

*DOCTORAT EN DEMOGRAFIA
TESI DOCTORAL*

***HISTORIAS REPRODUCTIVAS EN EL CONTEXTO
DE LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD.***

*Estudio de la trayectoria conyugal y anticonceptiva
de mujeres Colombianas.*

MARGARITA R. MEDINA V.

*Directora:
MARÍA EUGENIA COSÍO ZAVALA
Tutor:
JUAN ANTONIO MÓDENES*

*DEPARTAMENT DE GEOGRAFIA
UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA
CENTRE D'ESTUDIS DEMOGRÀFICS*

*A
María y Manuel,
mis padres*

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo se desarrolló en el espacio amable del Centro de Estudios Demográficos, con el apoyo de Anna Cabré, su Directora, quien en diferentes circunstancias gestionó las condiciones favorables para adelantar mis estudios de Doctorado, durante los cuatro años de estadía en el Centro.

La dirección técnica de María Eugenia Cosío Zavala, orientó el desarrollo de las distintas etapas del trabajo, su experiencia en la demografía de América Latina contribuyó a la consolidación final de la tesis.

Mis compañeros del Centro de Estudios Demográficos también hicieron posible esta tesis, no solamente por la grata experiencia de vida cotidiana compartida, sino también por las explicaciones técnicas que de ellos recibí en distintos momentos. Joan García Roman, mi vecino de oficina, no solo me auxilió pacientemente en muchos detalles técnicos de informática, sino que además compartió conmigo, paso a paso, la aplicación del análisis armónico cualitativo en dos de las tres encuestas analizadas con esta metodología. Pau Miret Gamundi, en un primer momento me orientó en el manejo del SPSS para procesar los datos de las Encuestas de Demografía y Salud; en un momento posterior, comenté con Pau algunos de los indicadores de nupcialidad incluidos. Daniel Devolder, me introdujo en la construcción de los indicadores de fecundidad. Magda Ruiz, mi colega colombiana, revisó minuciosamente el capítulo sobre el modelo reproductivo de Bogotá. Albert Esteve, mi compañero de oficina en París, me dio alientos para terminar, e hizo una revisión del documento final.

Durante el periodo en que escribí la tesis, obtuve una beca del Programa Alfapop II, financiado por la Unión Europea.

Finalmente, en París, en el Institut d'Estudes Demographiques pude terminar la tesis. Mi tutor Noel Bonneuil, fue comprensivo con la dedicación de tiempo requerida.

Antes de venir a Europa, en Bogotá, con Carmen Elisa Flórez del CEDE de la Universidad de los Andes, discutí parte de los antecedentes de esta tesis, y sus ideas estimularon la concepción inicial del proyecto. Además, con su apoyo y el de Argemiro Morales de la oficina de informática, fue posible tener acceso a una de las bases de datos analizadas en la tesis, la encuesta longitudinal sobre transición demográfica recolectada en 1984.

En el Instituto de Investigaciones Arthur Gillow de Bogotá, realicé un primer estudio sobre trayectorias reproductivas, con el cual inicié la línea de investigación que he continuado en la tesis. La encuesta biográfica sobre historias reproductivas que recogimos en este Instituto en 1994, forma parte de las bases de datos analizadas en la tesis.

Estoy agradecida por todas estas fuentes de apoyo.

INTRODUCCIÓN

La fecundidad es uno de los temas demográficos más estudiados en Colombia. Los censos nacionales de población y las grandes encuestas sobre demografía y salud (DHS) ofrecen una riqueza de datos que se han explotado en muchos estudios sobre la fecundidad y sus determinantes. Sin embargo, no existe una tradición de estudios biográficos que analicen la evolución en el tiempo de las trayectorias reproductivas. Por una parte, no se ha estudiado el comportamiento reproductivo de las generaciones en distintas etapas de la transición de la fecundidad. Por otra parte, pocos estudios se han realizado acerca de las estrategias individuales de la trayectoria reproductiva frente a los cambios propios de la modernización social.

En el contexto de la transición de la fecundidad en este estudio se propone explorar la influencia del uso masivo de anticonceptivos y otras condiciones demográficas y sociales relacionadas, sobre la biografía anticonceptiva y conyugal de tres cohortes de mujeres nacidas entre 1935 y 1969, que vivieron su periodo reproductivo entre 1950 y 1994. Entre las coyunturas sociales que conforman el contexto macrosocial de las biografías, se consideran de mayor importancia la evolución de los indicadores de fecundidad, nupcialidad y anticoncepción, junto con las políticas y programas de planificación familiar. El aspecto principal de interés en las historias reproductivas es la trayectoria de anticoncepción. Gracias a la disponibilidad de cuatro encuestas sobre biografías reproductivas de mujeres residentes en Bogotá, recogidas anteriormente (FLOREZ 1990; MEDINA 1999), se tiene la oportunidad de llevar a cabo un análisis biográfico de un largo periodo histórico que corresponde, precisamente, al tiempo de grandes cambios estructurales en el país.

El análisis biográfico parte de considerar que el comportamiento reproductivo de las cohortes no es homogéneo. Junto con el uso diferencial de anticonceptivos, hay patrones reproductivos distintos y también desigualdades sociales. En este orden de ideas, *en un primer momento* se busca identificar la heterogeneidad de las muestras.

Para tal efecto se aplica el Análisis Armónico Cualitativo (BARBARY 1996), con el cual se construyen tipologías de mujeres definidas por una variable longitudinal importante en la historia reproductiva; esta variable es la trayectoria de anticoncepción (el tiempo acumulado de uso). Para orientar el análisis tipológico de datos biográficos se considera el siguiente supuesto: la extensión de los periodos de uso de anticonceptivos se relaciona con patrones reproductivos distintos, en el sentido de que duraciones extensas se asocian con patrones modernos de fecundidad y viceversa. En Colombia, estas asociaciones se ha establecido en grupos sociales con distintas condiciones de vida¹ (FLOREZ 1984; MEDINA 1995; MEDINA 1998; FLOREZ 2000; DHS 1985, 1990, 1995, 2000). *En un segundo momento*, se comparan las características sociodemográficas (al momento de la encuesta) de los grupos que componen cada una de las tipologías (identificadas a partir del análisis biográfico). Con esta comparación se busca discutir la importancia de los factores sociales relacionados con el comportamiento reproductivo y aspectos de las trayectorias personales. Así, para discutir las diferencias entre tipologías se busca de identificar ambientes sociales y patrones reproductivos prototipo.

El segundo problema de interés es discutir la influencia de condiciones específicas de la transición de la fecundidad evidenciada en Bogotá, sobre el comportamiento diferencial de las cohortes. El análisis considera que el pertenecer a una generación condiciona que la vida reproductiva (o parte de ella) haya transcurrido en un periodo específico en el que las opciones de reproducción estuvieron influenciadas por las condiciones sociales y culturales dominantes en ese periodo particular. Dos condiciones específicas de la transición de la fecundidad interesan especialmente: por una parte se explorará la posible influencia del uso de anticonceptivos en el país y en la capital en la segunda mitad del siglo sobre la trayectoria anticonceptiva en particular y el comportamiento reproductivo en general de las generaciones (encuestadas). De esta forma, se da una particular atención a cómo los cambios en las experiencias reproductivas de las biografías se podrían asociar con otros cambios demográficos y sociales, entre otros,

¹ Patrones modernos de fecundidad referidos a bajos niveles de fecundidad y alto uso de anticonceptivos, concomitantes a niveles educativos relativamente altos y tasas elevadas de participación laboral. Dada la heterogeneidad de la transición de la fecundidad en Colombia (y también en América Latina), los estratos sociales bajos y las zonas rurales tienen un comportamiento reproductivo y un patrón de uso de anticonceptivos que no siguen las tendencias de modernidad lideradas por los estratos altos y medios urbanos (MEDINA 2002). Esta diferencia permitirá contrastar la hipótesis propuesta.

los niveles de fecundidad, los patrones de nupcialidad y anticoncepción de la población general².

La propuesta teórica de esta tesis tiene un carácter exploratorio. En ningún momento se proponen relaciones de causalidad entre el contexto demográfico y aspectos de las biografías. Se trata de mirar el problema estudiado con dos metodologías complementarias, los indicadores transversales y longitudinales clásicos sobre la transición de la fecundidad, con los resultados de un análisis biográfico resultante de aplicar un método descriptivo exploratorio, el análisis armónico cualitativo. Así, los datos referidos al modelo reproductivo de Bogotá, se comentan con los datos biográficos en tres momentos históricos distintos: las trayectorias reproductivas de las tres cohortes ocurridas en 1950-84, 1969-85 y 1979-94 (correspondientes a generaciones nacidas en 1935-39, 1955-59 y 1965-69 respectivamente) se discuten con la dinámica de la transición de la fecundidad en Bogotá ocurrida en la segunda mitad del siglo.

Este documento está organizado en tres partes. En la primera parte se exponen los aspectos teóricos y metodológicos del estudio, a saber, el marco teórico referido a la trayectoria de los paradigmas que explican la fecundidad, y los objetivos e hipótesis que orientan los análisis. A continuación, aparece la metodología donde se describen las grandes encuestas de fecundidad del país utilizadas para reconstruir el modelo reproductivo de Bogotá en la segunda mitad del siglo, y se exponen los métodos de estimación de los indicadores transversales y longitudinales utilizados. Finalmente, se describe el procedimiento estadístico del análisis armónico cualitativo (AHQ), método biográfico descriptivo aplicado en el estudio de las cohortes de mujeres residentes en Bogotá. Luego, para dar a conocer el contexto demográfico de las historias reproductivas objeto de estudio, en la segunda parte se presenta un análisis de la transición de la fecundidad en América Latina, Colombia y Bogotá. En un intento por explicar la dinámica demográfica de contextos relacionados, la situación de la capital se compara con la del país y la del país con el conjunto de la región en la segunda mitad

² En el análisis aquí propuesto, se tendrá especial cuidado de no caer en la falacia ecológica al asociar las características de las biografías con las características de las mujeres de la población general. Se tendrán en cuenta las debidas consideraciones metodológicas al comentar los resultados encontrados en la población general con los datos individuales de las biografías.

del siglo. En este análisis se privilegia el comportamiento de la fecundidad, la nupcialidad y la anticoncepción, además, se incluye una descripción sobre la intervención de la fecundidad en la región y el país. La tercera parte, referida al estudio de las trayectorias reproductivas en el contexto de la transición de la fecundidad, comprende dos capítulos, el primero trata sobre la identificación de comportamientos prototipo en cada una de las tres cohortes analizadas, y el otro capítulo se exploran los posibles vínculos entre el comportamiento reproductivo de la población general de la ciudad y la evolución de las biografías. Finalmente, las conclusiones se presentan en dos apartados, el uno sobre los procesos de transición de la fecundidad en América Latina, Colombia y Bogotá, y el otro, sobre las diferencias en las trayectorias reproductivas de las cohortes en el contexto de los cambios demográficos generales.

PRIMERA PARTE: ASPECTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS

1. PERSPECTIVA DEL ESTUDIO 27

1.1 Marco teórico: paradigmas que explican la transición de la fecundidad

- La transición de la fecundidad en la teoría clásica inicial
- Modelo de los determinantes próximos de la fecundidad
- Análisis biográfico de las trayectorias reproductivas

1.2 Objetivos e hipótesis

2. METODOLOGÍA 45

2.1 Indicadores para reconstruir el modelo reproductivo de Bogotá

- Las encuestas de demografía y salud: antecedentes, contenidos, tamaños muestrales
- Medición de la fecundidad: estructura por edad, calendario e intensidad
- Medición de la nupcialidad: estado conyugal, uniones y separaciones, nupcialidad total, calendario y primonupcialidad
- Diferenciales en fecundidad y la nupcialidad según educación
- Medición de la anticoncepción: prevalencia actual y tipo de métodos
- Perspectiva de las generaciones

2.2 Trayectorias reproductivas de mujeres residentes en Bogotá

- **Fuentes de datos**
- **Análisis armónico cualitativo**
 - Identificación de tipologías
 - Caracterización sociodemográfica de las tipologías

**SEGUNDA PARTE:
TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD
EN AMÉRICA LATINA, COLOMBIA Y BOGOTÁ**

**3. RECIENTES TRANSFORMACIONES DEMOGRÁFICAS
EN AMÉRICA LATINA 1950-2000** **69**

3.1 Preludio de la transición: crecimiento extraordinario

3.2 Transición demográfica

- Cambios en el conjunto de la región
- Etapas de la transición en los países

3.2 Transición de la fecundidad

- Heterogeneidad entre países
- Heterogeneidad entre grupos sociales y grupos étnicos

4. TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD EN COLOMBIA **85**

4.1 Contexto de los cambios de la fecundidad: la transición demográfica

4.2 Cambios de la fecundidad

- Evolución de la intensidad y la estructura por edad
- Heterogeneidad del proceso de transición
- Influencia de la nupcialidad y la anticoncepción en la dinámica de la fecundidad
- Situación del país a finales de siglo

**5. CONTEXTO DE LA INTERVENCIÓN DE LA FECUNDIDAD
AMÉRICA LATINA Y EN COLOMBIA** **103**

**5.1 Antecedentes: cambios en el enfoque de las políticas mundiales de
población**

- Estabilizar el crecimiento de la población (décadas 1960 y 1970)
- De la integración de la mujer al desarrollo hacia la salud

- reproductiva (décadas 1980 y 1990)
- Vínculos entre explicaciones e intervenciones de la fecundidad

5.2 Políticas de población en América Latina y en Colombia

- Primeros planteamientos de políticas de población
- Política de salud sexual y reproductiva
- Acciones de planificación familiar en Colombia

6. MODELO REPRODUCTIVO DE BOGOTÁ:

TENDENCIAS Y DIFERENCIALES EN 50 AÑOS

127

6.1 Fecundidad

- Intensidad
- Calendario
- Estructura por edad
- Influencia de la educación formal sobre la fecundidad
- El caso de la fecundidad adolescente

6.2 Nupcialidad

- Estado conyugal
- Uniones y separaciones conyugales
- Primonupcialidad
- Calendario de la nupcialidad
- Cambios concomitantes en la nupcialidad, la fecundidad y la anticoncepción

6.3 Anticoncepción

- Prevalencia actual de anticoncepción
- Tipos de métodos utilizados

6.4 Experiencias de las generaciones

- Fecundidad: estructura por edad, intensidad y reproducción de las generaciones
- Primonupcialidad de las generaciones
- Prevalencia de anticoncepción por edad de las generaciones

**TERCERA PARTE:
TRAYECTORIAS REPRODUCTIVAS
EN EL CONTEXTO DE LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD**

**7. TRAYECTORIAS REPRODUCTIVAS
DE MUJERES RESIDENTES EN BOGOTÁ 171**

**7.1 Tipología de la cohorte nacida en 1935-39
(vida reproductiva en 1950-84)**

- Caracterización sociodemográfica de la muestra
- Heterogeneidad de la muestra
- Caracterización sociodemográfica de los grupos

**7.2 Tipología de la cohorte nacida en 1955-59
(vida reproductiva en 1969-84)**

- Caracterización sociodemográfica de la muestra
- Heterogeneidad de la muestra
- Caracterización sociodemográfica de los grupos

**7.3 Tipología de la cohorte nacida en 1965-69
(vida reproductiva en 1969-84)**

- Caracterización sociodemográfica de la muestra
- Heterogeneidad de la muestra
- Caracterización sociodemográfica de los grupos

**8. TRAYECTORIAS REPRODUCTIVAS DE LAS COHORTES
Y TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD EN BOGOTÁ 207**

8.1 Vínculos entre las biografías y el contexto demográfico

8.2 Cohorte nacida en 1935-39 (vida reproductiva en 1950-84)

8.3 Cohorte nacida en 1955-59 (vida reproductiva en 1969-84)

8.4 Cohorte nacida en 1965-69 (vida reproductiva en 1979-94)

9. CONCLUSIONES

221

9.1 Transición de la fecundidad en América Latina, Colombia y Bogotá

9.2 Trayectorias reproductivas de mujeres residentes en Bogotá en el contexto demográfico de la ciudad

BIBLIOGRAFÍA CITADA

235

LISTA DE GRÁFICOS

- Recientes transformaciones demográficas en América Latina

Gráfico 3.1.1

Tasas de crecimiento de la población mundial por grandes áreas. 1950-95

Gráfico 3.2.1

América Latina: tasa total de fecundidad, tasa de crecimiento poblacional, esperanza de vida al nacimiento. 1950-2000

- Transición de la fecundidad en Colombia

Gráfico 4.1.1

Tasa de crecimiento poblacional, tasa de natalidad y tasa de mortalidad. Colombia. 1951-2004.

Gráfico 4.1.2

Pirámides de la población colombiana. 1965, 1985, 1993, 2004

Gráfico 4.2.1

Tasa total de fecundidad. Colombia 1905- 1999

Gráfico 4.2.2

Tasas de fecundidad por edad. Colombia 1950-2000

Gráfico 4.2.3

Tasas de fecundidad por edad de las generaciones colombianas nacidas en 1940-70

Gráfico 4.2.4

Tasa total de fecundidad por nivel educativo y zona. Colombia 1992-1995

Gráfico 4.2.5

Tasa total de fecundidad por zona de residencia. Colombia 1990-2000

Gráfico 4.2.6

Tasa total de fecundidad por nivel educativo. Colombia 1990-2000

Gráfico 4.2.7

Prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres unidas según zona de residencia. Colombia 1990-2000

Gráfico 4.2.8

Prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres unidas por nivel educativo. Colombia 1990-2000

- **Modelo reproductivo de Bogotá**

• **Fecundidad**

Gráfico 6.1.1

Tasa general de fecundidad. Colombia. Bogotá. 1971-1999.

Gráfico 6.1.2

Tasa total de fecundidad. Colombia. Bogotá. 1971-1999.

Gráfico 6.1.3

Edad media a la maternidad. Edad media a la primera maternidad. Colombia. Bogotá. 1971-99.

Gráfico 6.1.4

Tasas de fecundidad por edad. Bogotá. 1971-1999.

Gráfico 6.1.5

Tasas de fecundidad por edad. Colombia. 1971-99.

Gráfico 6.1.6
Promedio de años de educación formal según hijos habidos de las generaciones nacidas en 1925-60. Bogotá.

Gráfico 6.1.7
Tasas de fecundidad de las mujeres con 15-19 años de edad. Colombia y Bogotá. 1971-99. duración

Gráfico 6.1.8
Proporción de adolescentes madres por edad. Bogotá. Colombia. 1976-2000.

Gráfico 6.1.9
Prevalencia de anticoncepción de las mujeres unidas con 15-19 años. Colombia. Bogotá. 1976-2000.

• Nupcialidad

Gráfico 6.2.1
Estado conyugal de las mujeres en edad fértil. Colombia .1976-2000.

Gráfico 6.2.2
Estado conyugal de las mujeres en edad fértil. Bogotá. 1976-2000.

Gráfico 6.2.3
Proporción de mujeres unidas por edad. Colombia. 1976-2000.

Gráfico 6.2.4
Proporción de mujeres unidas por edad. Bogotá. 1976-2000.

Gráfico 6.2.5
Nupcialidad total por edad. Colombia. Bogotá. 1976 y 2000.

Gráfico 6.2.6
Proporción de mujeres separadas según edad. Colombia. 1.976-2000.

Gráfico 6.2.7
Proporción de mujeres separadas según edad. Bogotá. 1.976-2000.

Gráfico 6.2.8
Separaciones conyugales en Colombia y Bogotá. 1976 y 2000.

Gráfico 6.2.9
Índice sintético de nupcialidad. Colombia . Bogotá. 1971-99.

Gráfico 6.2.10
Tasas de primeras uniones por edad. Colombia. 1971-99.

Gráfico 6.2.11
Tasas de primeras uniones por edad. Bogotá. 1971-99.

Gráfico 6.2.12

Edad media a la primera unión según años de la unión. Colombia. Bogotá. 1965-1999.

Gráfico 6.2.13

Edad media a la primera unión, edad media a la primera maternidad, tasa total de fecundidad. Colombia. Bogotá. 1981-99.

Gráfico 6.2.14

Promedio de años de educación formal según situación conyugal de las mujeres con 25 y más años de edad. Bogotá. 1976-2000.

• Anticoncepción

Gráfico 6.3.1

Prevalencia de anticoncepción en mujeres unidas. Colombia. Bogotá. 1976-2000.

Gráfico 6.3.2

Prevalencia de anticoncepción por edad en mujeres unidas. Colombia. Bogotá. 1976-2000.

Gráfico 6.3.3

Prevalencia de anticoncepción por edad en mujeres unidas. Colombia. 1976-2000.

Gráfico 6.3.4

Distribución de las mujeres unidas usuarias de anticoncepción por tipo de método. Colombia. 1976-2000.

Gráfico 6.3.5

Distribución de las mujeres unidas usuarias de anticoncepción por tipo de método. Bogotá. 1976-2000.

Gráfico 6.3.6

Distribución de mujeres unidas usuarias de anticoncepción según tipo de método para grupos quinquenales de edad. Colombia. 1976-2000.

• Experiencias de las generaciones

Gráfico 6.4.1

Tasas de primonupcialidad por edad de las generaciones nacidas entre 1951-79. Bogotá. Colombia

Gráfico 6.4.2

Tasas de fecundidad por edad de las generaciones nacidas entre 1946-75. Bogotá. Colombia

Gráfico 6.4.3

Prevalencia de anticoncepción por edad de las generaciones bogotanas nacidas entre 1936-75.

Gráfico 6.4.4

Probabilidades de crecimiento de la familia de las generaciones nacidas en 1927-55. Colombia.

Gráfico 6.4.5

Probabilidades de crecimiento de la familia de las generaciones nacidas en 1927-55. Bogotá.

Gráfico 6.4.6

Descendencia final de las generaciones nacidas en 1927-55. Colombia. Bogotá.

Gráfico 6.4.7

Tasa bruta de reproducción de las generaciones nacidas en 1927-55. Colombia. Bogotá.

• Trayectorias reproductivas de mujeres residentes en Bogotá

Gráfico 7.1.1

Trayectoria de anticoncepción. Perfil biográfico de la muestra total. Cohorte nacida en 1935-39 (con vida reproductiva en 1950-84).

Gráfico 7.1.2

Trayectoria de unión conyugal. Perfil biográfico de la muestra total. Cohorte nacida en 1935-39 (con vida reproductiva en 1950-84).

Gráfico 7.1.3

Participación porcentual de los grupos definidos por la trayectoria de anticoncepción. Cohorte nacida en 1935-39 (con vida reproductiva en 1950-84).

Gráfico 7.1.4

Perfil biográfico de los grupos. Trayectoria de anticoncepción. Cohorte nacida en 1935-39 (con vida reproductiva en 1950-84).

Gráfico 7.1.5

Perfil biográfico de los grupos. Trayectoria de unión conyugal. Cohorte nacida en 1935-39 (con vida reproductiva en 1950-84).

Gráfico 7.1.6

Caracterización sociodemográfica de los grupos y la muestra. Cohorte nacida en 1935-39 (con vida reproductiva en 1950-84).

Gráfico 7.2.1

Trayectoria de anticoncepción. Perfil biográfico de la muestra total. Cohorte nacida en 1955-59 (con vida reproductiva en 1969-84).

Gráfico 7.2.2

Trayectoria de unión conyugal. Perfil biográfico de la muestra total. Cohorte nacida en 1955-59 (con vida reproductiva en 1969-84).

Gráfico 7.2.3

Participación porcentual de los grupos definidos por la trayectoria de anticoncepción. Cohorte nacida en 1955-59 (con vida reproductiva en 1969-84).

Gráfico 7.2.4

Perfil biográfico de los grupos. Trayectoria de anticoncepción. Cohorte nacida en 1955-59 (con vida reproductiva en 1969-84).

Gráfico 7.2.5

Perfil biográfico de los grupos. Trayectoria de unión conyugal. Cohorte nacida en 1955-59 (con vida reproductiva en 1969-84).

Gráfico 7.2.6

Caracterización sociodemográfica de los grupos y la muestra. Cohorte nacida en 1955-59 (con vida reproductiva en 1969-84).

Gráfico 7.3.1

Trayectoria de anticoncepción. Perfil biográfico de la muestra total. Cohorte nacida en 1965-69 (con vida reproductiva en 1979-94).

Gráfico 7.3.2

Trayectoria de unión conyugal. Perfil biográfico de la muestra total. Cohorte nacida en 1965-69 (con vida reproductiva en 1979-94).

Gráfico 7.3.3

Participación porcentual de los grupos definidos por la trayectoria de anticoncepción. Cohorte nacida en 1965-69 (con vida reproductiva entre 1979 y 1994).

Gráfico 7.3.4

Perfil biográfico de los grupos. Trayectoria de anticoncepción. Cohorte nacida en 1965-69 (con vida reproductiva en 1979-94).

Gráfico 7.3.5

Perfil biográfico de los grupos. Trayectoria de unión conyugal. Cohorte nacida en 1965-69 (con vida reproductiva en 1979-94).

Gráfico 7.3.6

Caracterización sociodemográfica de los grupos y la muestra. Cohorte nacida en 1965-69 (con vida reproductiva en 1979-94).

Diagrama 8.1

Años de vida reproductiva observados en las cohortes y periodos de referencia observados en el modelo reproductivo de Bogotá.

Diagrama 8.2

Heterogeneidad de la cohorte nacida en 1935-39 (con vida reproductiva en 1950-84).

Diagrama 8.3

Heterogeneidad de la cohorte nacida en 1955-59 (con vida reproductiva en 1969-84).

Diagrama 8.4

Heterogeneidad de la cohorte nacida en 1965-69 (con vida reproductiva en 1970-94).

ANEXO 1: CUADROS ESTADÍSTICOS

242

- Recientes transformaciones demográficas en América Latina

243

Cuadro 3.1.1

Tasas de crecimiento de la población mundial por grandes áreas. 1950-95.

Cuadro 3.2.1

América Latina: tasa total de fecundidad, tasa de crecimiento poblacional, esperanza de vida al nacimiento. 1950-2000.

Cuadro 3.2.2

Etapas de la transición demográfica en países de América Latina 2000. Índice de riesgo reproductivo 1.995

Cuadro 3.3.1

Tasa total de fecundidad en países latinoamericanos. 1960, 1985, 2000.

- **Modelo reproductivo de Bogotá**

244

• **Fecundidad**

Cuadro 6.1.1

Tasas de fecundidad por edad. Tasa general de fecundidad. Tasa total de fecundidad. Colombia. 1971-99.

Cuadro 6.1.2

Tasas de fecundidad por edad. Tasa general de fecundidad. Tasa total de fecundidad. Bogotá. 1971-99.

Cuadro 6.1.3

Edad media a la maternidad y edad media a la primera maternidad. Colombia. Bogotá. 1971-99.

Cuadro 6.1.4

Promedio de años de educación formal según hijos habidos de las generaciones nacidas en 1925-60. Bogotá.

Cuadro 6.1.5

Promedio de años de educación formal según hijos habidos de las generaciones nacidas en 1925-60. Intervalos de confianza. Bogotá.

Cuadro 6.1.6

Tasas de fecundidad de las mujeres con 15-19 años. Colombia. Bogotá. 1971-99.

Cuadro 6.1.7

Proporción de adolescentes que han sido madres. Bogotá. Colombia. 1976-2000.

Cuadro 6.1.8

Prevalencia actual de anticoncepción de mujeres unidas con 15-19 años. Bogotá. Colombia. 1971-99.

• **Nupcialidad**

247

Cuadro 6.2.1

Estado conyugal de las mujeres en edad fértil. Colombia. 1976-2000.

Cuadro 6.2.2

Estado conyugal de las mujeres en edad fértil. Bogotá. 1976-2000.

Cuadro 6.2.3

Proporción de mujeres unidas según edad. Colombia. 1976-2000.

Cuadro 6.2.4
Proporción de mujeres unidas según edad. Bogotá. 1.976-2000.

Cuadro 6.2.5
Nupcialidad total. Colombia. Bogotá. 1976-2000.

Cuadro 6.2.6
Proporción de mujeres separadas según edad. Colombia. 1.976-2000.

Cuadro 6.2.7
Proporción de mujeres separadas según edad. Bogotá. 1.976-2000.

Cuadro 6.2.8
Índice sintético de nupcialidad. Colombia. Bogotá. 1971-99.

Cuadro 6.2.9
Tasas de primeras uniones por edad. Colombia. 1971-99.

Cuadro 6.2.10
Tasas de primeras uniones por edad. Bogotá. 1971-99.

Cuadro 6.2.11
Edad media a la primera unión según año de la unión. Colombia. Bogotá. 1965-1999.

Cuadro 6.2.12
Edad media a la primera unión, edad media a la primera maternidad, tasa total de fecundidad. Colombia. Bogotá. 1981-99.

Cuadro 6.2.13
Promedio de años de educación formal según situación conyugal de las mujeres con 25 y más años de edad. Bogotá. 1976-2000

Cuadro 6.2.14
Promedio de años de educación formal según situación conyugal de las mujeres con 25 y más años de edad. Intervalos de confianza y significancia estadística. Bogotá. 1976-2000.

• **Anticoncepción**

252

Cuadro 6.3.1.
Prevalencia de anticoncepción en mujeres unidas. Colombia. Bogotá. 1976-2000.

Cuadro 6.3.2
Prevalencia de anticoncepción por edad en mujeres unidas. Colombia. 1976-2000.

Cuadro 6.3.3
Prevalencia de anticoncepción por edad en mujeres unidas. 1976-2000.

Cuadro 6.3.4

Distribución de mujeres unidas usuarias de anticoncepción según tipo de método. Colombia. 1976-2000.

Cuadro 6.3.5

Distribución de mujeres unidas usuarias de anticoncepción según tipo de método. Bogotá. 1976-2000.

Cuadro 6.3.6

Distribución de mujeres usuarias de anticoncepción según tipo de método para grupos quinquenales de edad. Bogotá. 1976-2000.

• Experiencias de las generaciones

255

Cuadro 6.4.1

Tasas de primonupcialidad por edad de las generaciones bogotanas nacidas entre 1951-79.

Cuadro 6.4.2

Tasas de primonupcialidad por edad de las generaciones colombianas nacidas en 1951-79-

Cuadro 6.4.3

Tasas de fecundidad por edad de las generaciones bogotanas nacidas en 1941-84

Cuadro 6.4.4

Tasas de fecundidad por edad de las generaciones colombianas nacidas en 1941-84

Cuadro 6.4.5

Prevalencia de anticoncepción por edad de las generaciones bogotanas nacidas en 1936-79.

Cuadro 6.4.6

Prevalencia de anticoncepción por edad de las generaciones colombianas nacidas en 1936-79.

Cuadro 6.4.7

Probabilidades de crecimiento de la familia y descendencia final de las generaciones nacidas en 1927-55. Colombia.

Cuadro 6.4.8

Probabilidades de crecimiento de la familia y descendencia final de las generaciones nacidas en 1927-55. Bogotá.

Cuadro 6.4.9

Descendencia final. Tasa bruta de reproducción de las generaciones nacidas en 1927-55. Colombia. Bogotá.

Cuadro 7.1.1

Trayectoria de anticoncepción. Perfiles biográficos de la muestra y de los grupos. Cohorte nacida en 1935-39 (con vida reproductiva en 1950-84).

Cuadro 7.1.2

Trayectoria de unión conyugal. Perfiles biográficos de la muestra y de los grupos. Cohorte nacida en 1935-39 (con vida reproductiva en 1950-84).

Cuadro 7.1.3

Características sociodemográficas al momento de la encuesta. Cohorte nacida en 1935-39 (con vida reproductiva en 1950-84).

Cuadro 7.2.1

Trayectoria de anticoncepción. Perfiles biográficos de la muestra y de los grupos. Tipología de la cohorte nacida en 1955-59 (con vida reproductiva en 1969-84).

Cuadro 7.2.2

Trayectoria de unión conyugal. Perfiles biográficos de la muestra y de los grupos. Tipología de la cohorte nacida en 1955-59 (con vida reproductiva en 1969-84).

Cuadro 7.2.3

Características sociodemográficas al momento de la encuesta. Cohorte nacida en 1955-59 (con vida reproductiva en 1969-84).

Cuadro 7.3.1

Trayectoria de anticoncepción. Perfiles biográficos de la muestra y de los grupos. Tipología de la cohorte nacida en 1965-69 (con vida reproductiva en 1979-94).

Cuadro 7.3.2

Trayectoria de unión conyugal. Perfiles biográficos de la muestra y de los grupos. Tipología de la cohorte nacida en 1965-69 (con vida reproductiva en 1979-94).

Cuadro 7.3.3

Características sociodemográficas al momento de la encuesta. Cohorte nacida en 1965-69 (con vida reproductiva en 1979-94).

Cuadro 7.3.4

Distribución de las muestras en grupos definidos por la trayectoria de anticoncepción. Cohortes nacidas en 1935-39, 1955-59 y 1965-69 (con periodos reproductivos en 1950-84, 1969-84 y 1979-94 respectivamente).

ANEXO 2: CUESTIONARIOS DE LAS ENCUESTAS ANALIZADAS 261

A2.1 Trayectorias reproductivas de mujeres residentes en Bogotá. Encuesta biográfica. Instituto Arthur Gillow. Bogotá. 1994.

A2.2 La transición demográfica en Colombia. Estudio longitudinal. Centro de Estudios de Desarrollo Económico. Universidad de los Andes. Bogotá. 1984.

A.2.3 Encuesta Mundial de Fecundidad. Colombia. 1976. Sección de reproducción, nupcialidad y anticoncepción.

A.2.4 Encuesta de Demografía y Salud. Colombia. 1986. Sección de reproducción, nupcialidad y anticoncepción.

A.2.5 Encuesta de Demografía y Salud. Colombia. 1990. Sección de reproducción, nupcialidad y anticoncepción.

A.2.6 Encuesta de Demografía y Salud. Colombia. 1995. Sección de reproducción, nupcialidad y anticoncepción.

A.2.7 Encuesta de Demografía y Salud. Colombia. 2000. Sección de reproducción, nupcialidad y anticoncepción.

ANEXO 3

ANÁLISIS ARMÓNICO CUALITATIVO: ENFOQUE Y OPERACIONALIZACIÓN

299

A.3.1 Enfoque

A.3.2 Adecuación de archivos

A.3.3 Recodificación

- Manejo del tiempo
 - Tiempo histórico y tiempo biográfico
 - Partición temporal
 - Datos censurados
- Tabla de recodificación

A.3.4 Diseño del perfil biográfico

A.3.5 Análisis factorial de correspondencia

- Pesos muestrales y construcción de la variable estado
- Construcción de factores
- Implicaciones de los datos censurados
- Distribución espacial de los factores

A.3.6 Creación de grupos

A.3.7 Caracterización de la tipología

- Identificación de los casos que pertenecen a cada grupo
- Diseño de los perfiles biográficos de los grupos
- Comparación sociodemográfica de los grupos y la muestra

PRIMERA PARTE

ASPECTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS

1. PERSPECTIVA DEL ESTUDIO

1.1 MARCO TEÓRICO:

PARADIGMAS QUE EXPLICAN LA FECUNDIDAD

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX se han dedicado muchos esfuerzos en la investigación en demografía para explicar los cambios y dar las bases para intervenir la fecundidad. Autores que han hecho una revisión crítica de las teorías que se han propuesto para explicar la fecundidad, coinciden en afirmar que la teoría clásica de la transición demográfica es el planteamiento inicial que sirve de base para los desarrollos teóricos posteriores (MASON 1997, VAN DE KAA 1997). Así, se evidencia una continuidad en el surgimiento de los paradigmas que explican los cambios en la fecundidad, de tal manera que un paradigma se basa en los desarrollos teóricos anteriores y al mismo tiempo sirve base para la formación de nuevos conceptos.

En el marco de la economía y la sociología, se han propuesto diferentes paradigmas para explicar los cambios de la fecundidad, entre ellos sobresalen cinco enfoques:

- La teoría clásica inicial es una visión macroeconómica propuesta a mediados del siglo, para analizar fenómenos macrosociales, desarrollo social, urbanización, industrialización, vinculados con problemas demográficos, transición de la fecundidad, transición de la mortalidad (NOTESTEIN 1945, citado por MASON 1997). La urbanización y la industrialización progresivas favorecen cambios demográficos, en un proceso en el que inicialmente hay un estado social en el que prevalece una alta mortalidad y una alta fecundidad necesaria para conservar la sobrevivencia de la población. En este proceso, primero desciende la mortalidad y en consecuencia se incrementa el tamaño de familia al disminuir la mortalidad materna y la esterilidad causada por enfermedades infectocontagiosas. Con el paso del tiempo, el cambio progresivo hacia un “estado social moderno” caracterizado por mejoras en la salud y aumentos en la educación, conlleva necesidades sociales, valores ideológicos y cambios en la condición social de la mujer que son favorables al descenso de la fecundidad. En este orden social la menor fecundidad es conveniente para el bienestar de las poblaciones.

- A comienzos de los años 80s se consolida la teoría neoclásica sobre “el costo beneficio relativo de los hijos” (BECKER 1960, 1981). Esta es la teoría neoclásica sobre la fecundidad, una visión de la microeconomía en la que se cuantifica la utilidad marginal de tener un hijo por el equilibrio entre la oferta y la demanda de hijos dentro de la familia que se comporta como una empresa: la demanda de hijos (que es función del nivel de ingresos con elasticidad variable según el costo de la crianza, el estatus de la mujer y el precio de los hijos dado por los costos de educación y otros bienes) y la oferta de hijos (en ausencia de anticoncepción deliberada y control por lactancia, mortalidad infantil y edad a la unión) están reguladas por los costos sociales y económicos de evitar nacimientos. En esta concepción sobresale una fuerte asociación negativa entre la cantidad y la cualidad de los hijos. En un orden social en el que las exigencias de cualidad de los hijos son cada vez mayores, el aumento de la fecundidad puede ser adverso al bienestar de las familias.

- El modelo de los determinantes próximos de la fecundidad se fundamenta en una perspectiva sociológica novedosa que analiza el comportamiento biológico regulado culturalmente (DAVIS, BLAKE 1945). Se plantea que cualquier factor cultural que influya sobre la fecundidad necesariamente actúa sobre los aspectos biológicos y tecnológicos relacionados con el coito, la concepción y el embarazo. Teniendo en cuenta que las normas sociales y los valores ideológicos implicados en la fecundidad cambian según el nivel de desarrollo socioeconómico, en la propuesta original se define un modelo típico para sociedades urbano industriales, diferente al modelo de las sociedades menos desarrolladas. Después de su formulación inicial, durante las décadas siguientes el modelo ha sido validado en estudios con datos de países de diferentes niveles de desarrollo, y también ha sido modificado y complementado. Entre los aportes posteriores a la formulación inicial sobresalen los de Bongaarts y colaboradores (1983) quienes simplifican el modelo y conservando el enfoque sociológico, descomponen la fecundidad legítima observada en los factores que la alejan de la fecundidad natural para medir, por medio de una ecuación contable, el porcentaje de nacimientos que se evitarían por el peso de cuatro factores, infecundabilidad posparto, anticoncepción, aborto inducido y frecuencia de las

uniones. Utilizando esta cuantificación el modelo se ha validado empíricamente en distintas realidades sociales y sus resultados han tenido trascendencia a nivel político. De todas formas, los cambios demográficos en el marco del desarrollo socioeconómico son ideas de la teoría clásica inicial que también se consideran en este modelo, que en últimas también busca explicar la transición de la fecundidad, en el contexto del desarrollo social.

- También a comienzos de los años 80 se expone la teoría del flujo intergeneracional de riquezas (CALDWELL 1978, 1982). Para explicar los cambios de la fecundidad Caldwell hace un estudio histórico sociocultural en el que compara sociedades pretransicionales en las que domina el modo de producción familiar con sociedades modernas en las que predomina el mercado de trabajo. A partir de esta comparación, se explican las ventajas económicas de una alta fecundidad dadas por el valor económico de las familias tradicionales, se explica el descenso de la fecundidad por la pérdida del valor económico de los hijos y se explica la baja fecundidad por la producción basada en el mercado de trabajo dominante en las sociedades modernas. La teoría del flujo intergeneracional de riquezas replantea las ideas clásicas al proponer la heterogeneidad de la transición de la fecundidad en sociedades del tercer mundo que han vivido procesos singulares comparativamente con la modernización de occidente. Tal singularidad, dada por la coexistencia de grupos sociales que lideran la transición en condiciones sociales tendientes a la modernización junto con grupos sociales rezagados de este proceso con transiciones incipientes y relativamente tardías, no fue prevista por las generalizaciones que hizo la teoría clásica, ni tampoco se consideró en los planteamientos de la microeconomía neoclásica. Sin embargo, en análisis empíricos basados en el “flujo intergeneracional de riquezas”, se conservan los presupuestos clásicos aún más generales sobre la relación inversa entre fecundidad y modernización.

- En la explicación de los cambios de la fecundidad los análisis iniciales sobre la estratificación social de la mujer desarrollados por la demografía social, permiten llegar posteriormente a la estratificación de género (FEDERICI N., MASON K., SOGNER S., 1993). Puede considerarse que el concepto estatus de la mujer es un “puente” entre la teoría clásica y los estudios de género. En las

primeras reflexiones sobre el tema aparecidas en estudios de demografía social de los años 70s y 80s, se confunden conceptual y operativamente los dos conceptos: hay distintas definiciones que aluden tanto al acceso como al control de los recursos materiales por parte de las mujeres, y se utilizan distintos tipos de indicadores que conceptualmente tienen significados diferentes, indicadores propiamente demográficos de parentesco y familia, e indicadores económicos. Los indicadores propuestos no lograron reflejar la complejidad de multidimensional y comparativa de la categoría. Luego, en los años 80s y 90s, se desarrollan dos líneas de investigación en las que no solo se diferencian conceptual y operativamente las dos categorías, sino que se propone una articulación entre estrato social que ya era tradición en demografía y estrato de género. Estas líneas de investigación son: una, el enfoque sobre inequidades de género en el que se mide la distancia en la representación social de hombres y mujeres en esferas claves de la vida social, a partir de análisis multivariados que utilizan estadísticas desagregadas por sexo referidas a empleo, familia, educación, migración, mortalidad y fecundidad, entre otras. Dos, el enfoque sobre posición de la mujer en el cambio demográfico que propone como uno de sus objetivos centrales analizar si el cambio demográfico es determinante o resultado de cambios en el estatus de la mujer, cambio demográfico referido a fecundidad, mortalidad, migración, conyugalidad y movilidad geográfica. En las dos últimas décadas en las que se han desarrollado los estudios de población con enfoque de género, se ha discutido ampliamente la articulación entre estrato social y estrato de género, como condiciones que explican los cambios de la fecundidad (YOUG G., FORT L., DANNER M., 1994; GARCÍA B. Et al., 1999).

Dado que el objeto de estudio de esta tesis se enmarca dentro de la transición de la fecundidad ocurrida en América Latina, Colombia y Bogotá en particular, los conceptos sobre transición de la fecundidad derivados de la teoría clásica inicial y el modelo de los determinantes próximos de la fecundidad, se pueden considerar dos perspectivas útiles para construir el enfoque de esta tesis. Bajo las ideas de la transición de la fecundidad se puede analizar el proceso demográfico ocurrido en América Latina, en Colombia y en particular en Bogotá. Además, los análisis sobre el país y la ciudad se pueden enriquecer con algunos de los aspectos propuestos en el modelo de los determinantes próximos de

la fecundidad, en el cual se vinculan los niveles de fecundidad con los niveles de nupcialidad y anticoncepción. Por esta razón, a continuación se argumentan, con mayor detalle, estas dos perspectivas.

• ***La transición de la fecundidad en la teoría clásica inicial***

Entre 1930 y 1945 aparecieron las primeras formulaciones de la teoría de la transición demográfica (NOTESTEIN 1945, citado por MASON 1997). Las bases iniciales de la teoría hablan de lo que se conocía en ese entonces sobre las poblaciones de Europa y Estados Unidos. Según esta teoría, los cambios en el descenso de la mortalidad y la fecundidad se atribuyen a cambios en la vida social causados por la industrialización y la urbanización. En esta formulación inicial hay un supuesto principal de linealidad según el cual, el crecimiento económico y el desarrollo social conllevan descensos de la mortalidad y la fecundidad. La concepción supone una relación lineal entre el descenso de la fecundidad y el aumento de la modernización, entendida como rasgos culturales de progreso, educación moderna, mejores condiciones de salud, industrialización, urbanización, civilización tecnológica.

Entre un régimen demográfico antiguo y uno moderno hay un periodo de desestabilización o transición en el cual se pueden identificar tres etapas. En las sociedades premodernas con alta mortalidad, la fecundidad elevada es necesaria para conservar la sobrevivencia. Con el paso del tiempo la mortalidad baja al tiempo que está ausente el control de la fecundidad y en consecuencia se produce un crecimiento extraordinario. Después de que la mortalidad desciende, los drásticos cambios en el entorno social y económico, las necesidades sociales y los valores ideológicos favorecen el descenso de la fecundidad con lo cual se reduce el crecimiento demográfico. Una vez desciende la fecundidad, el control racional como elección individual de las parejas favorece el incremento notable del uso de anticonceptivos, y aunque la mortalidad continúa descendiendo a menor ritmo que en la etapa anterior, el crecimiento poblacional disminuye y así se consolida el régimen moderno en una etapa avanzada de la transición.

Dentro de estas ideas se plantea el concepto de *modernización* como contexto social que explica el descenso de la fecundidad: rasgos culturales de progreso, educación moderna,

mejores condiciones de salud, desarrollo industrial, influencia urbana, civilización tecnológica. La modernización, así entendida es el indicador de desarrollo social favorable para el descenso de la fecundidad. Con esta visión macroeconómica se propone que el descenso de la fecundidad es necesario para lograr el crecimiento económico porque el rápido aumento de la población impide la acumulación de capital necesaria para el despegue industrial. En esta idea se apoyan las estrategias de intervención propuestas con un enfoque antinatalista. Desde las primeras formulaciones, dentro del concepto de modernización las distintas orientaciones consideran la condición social de la mujer es un eje de análisis principal en la explicación de la fecundidad. Esto es lógico ya que con la población femenina se obtienen mediciones más precisas de la fecundidad y porque las mujeres son las responsables del rol reproductivo.

Desde la formulación inicial, ha habido distintos estudios que por contraste empírico han apoyado o refutado las bases de las generalizaciones que hace la teoría. Entre las distintas críticas planteadas hay dos sobresalientes: la relatividad del supuesto de linealidad en función de las escalas de tiempo en las que se observen los fenómenos, y el no considerar la importancia de los cambios culturales en la transición. ARANGO (1980) discute que hay muchas diferencias entre países en la cronología de la industrialización (urbanización, alfabetización, secularización, cambios en la condición de la mujer) y la reducción drástica de los niveles de natalidad. Según la experiencia europea, no siempre los países más avanzados económicamente fueron los que primero registraron descensos de la natalidad. Sin embargo, MASON (1997) argumenta que tales irregularidades se evidencian cuando los análisis se hacen para décadas de tiempo. En una escala de décadas, hay razones para esperar que se pierdan vínculos temporales entre cambios ideológicos y estructurales de larga duración que pueden influir en los cambios de la mortalidad y la fecundidad. Es evidente que hay transición de la fecundidad con cultura agraria y con subdesarrollo como el caso de Haití y de Bangladesh. En el mismo sentido COSÍO ZAVALA (1993) afirma que el esfuerzo globalizador de la teoría ha sido controvertido porque los procesos han sido muy distintos en los países europeos donde la transición empezó en el siglo XVIII, en comparación a Latinoamérica donde empezó hace 50 ó 60 años. También, el aumento drástico de información demográfica disponible desde su formulación inicial y las herramientas técnicas han progresado muchísimo en las décadas recientes, se han creado

las técnicas para estimar indicadores con datos incompletos y defectuosos, y se han hecho censos y encuestas para estimar los niveles y tendencias de la fecundidad, recursos técnicos no disponibles en los años en los que se formuló la teoría inicial.

Además, la preocupación por los factores culturales en el comportamiento reproductivo, no incluidos en la teoría clásica ha motivado desarrollos teóricos posteriores. VAN DE KAA (1997) dice que la necesidad de explicar el comportamiento de los países con menores niveles de desarrollo, que han vivido procesos distintos a la modernización experimentada por los países más desarrollados, en buena parte ha motivado el avance en las explicaciones socioculturales, las cuales se han desarrollado principalmente a partir de los años 80s¹. En este sentido, uno de los desarrollos más importantes es el modelo de los determinantes próximos de la fecundidad, modelo que en últimas también busca explicar la transición de la fecundidad. (El modelo se describe en el acápite siguiente).

A pesar de la polémica suscitada, es indudable que la teoría clásica ha contribuido al desarrollo de la demografía, diferentes analistas lo confirman, ARANGO (1980), COSÍO ZAVALA (1993), VAN DE KAA (1997). En el marco de la teoría de la transición demográfica se ha analizado uno de los fenómenos más trascendentales del mundo contemporáneo: la dinámica del crecimiento de las poblaciones resultante de cambios en los niveles de fecundidad y mortalidad, que se vinculan con el desarrollo económico. En un sentido similar se habla del valor epistemológico de la teoría. La dinámica de la mortalidad, la nupcialidad, la fecundidad y la migración, conforman un modelo de reproducción de las poblaciones, donde cada una de las variables poblacionales determina y responde a la vez a parámetros económicos, sociales y culturales. Según el contexto histórico y espacial cambian los modelos de reproducción. Entonces, se puede hablar de modelos de transición demográfica cambiantes.

¹ A pesar de la polémica suscitada, es indudable que la teoría clásica ha contribuido al desarrollo de la demografía, diferentes analistas lo confirman, ARANGO (1980), COSÍO ZAVALA (1993), VAN DE KAA (1997). En el marco de la teoría de la transición demográfica se ha analizado uno de los fenómenos más trascendentales del mundo contemporáneo: la dinámica del crecimiento de las poblaciones resultante de cambios en los niveles de fecundidad y mortalidad, que se vinculan con el desarrollo económico. En un sentido similar se habla del valor epistemológico de la teoría. La dinámica de la mortalidad, la nupcialidad, la fecundidad y la migración, conforman un modelo de reproducción de las poblaciones, donde cada una de las variables poblacionales determina y responde a la vez a parámetros económicos, sociales y culturales. Según el contexto histórico y espacial cambian los modelos de reproducción. Entonces, se puede hablar de modelos de transición demográfica cambiantes.

En este estudio, se “adopta” el enfoque de la transición de la fecundidad para analizar el modelo reproductivo de Bogotá (en contraste con el conjunto del país). El proceso vivido en la capital se considera el contexto demográfico en el que se desarrollan las trayectorias reproductivas objeto del estudio biográfico de tres cohortes de mujeres encuestadas en Bogotá. El objetivo general de la tesis es vincular el comportamiento de las biografías con los cambios demográficos ocurridos en la ciudad.

• ***Modelo de los “determinantes próximos” de la fecundidad***

Desde las primeras reflexiones sobre la transición demográfica el estudio de la fecundidad natural cobró importancia como objeto de investigación. Desde entonces, se conocieron las bases biológicas de la fecundidad (amenorrea posparto, periodo de susceptibilidad), los patrones naturales de nupcialidad (edad, duración) y el impacto del control deliberado de los nacimientos. El reconocido trabajo de DAVIS Y BLAKE (1956) se considera una revolución en el pensamiento demográfico en el estudio de los factores biológicos que inciden en la fecundidad. Los autores plantean que cualquier factor cultural que influya en el nivel de fecundidad debe actuar sobre las variables intermedias (en el sentido de que están entre la fecundidad y las características sociodemográficas de las mujeres) o determinantes próximos que afectan tres momentos claves del proceso reproductivo, el coito, la concepción y el embarazo, estas variables son: edad de inicio en la sexualidad, celibato permanente, abstinencia voluntaria, abstinencia involuntaria, frecuencia del coito, esterilidad involuntaria, contracepción, esterilización, mortalidad fetal involuntaria y aborto. Entonces, se propone un modelo en el que las variables intermedias son indicadores de factores biológicos y tecnológicos que influyen sobre el nivel de fecundidad. Sin embargo, el enfoque que soporta la inclusión de cada una de estas variables es sociológico.

Otra consideración general importante en esta concepción es que las normas sociales y los valores ideológicos implicados en la fecundidad, cambian según el nivel de desarrollo socioeconómico, con lo cual se define un modelo típico para las sociedades menos desarrolladas, distinto al de las sociedades urbano industriales. Con base en datos disponibles a mitad de siglo, los autores proponen dos modelos: “en las sociedades preindustriales, donde prevalecen niveles de fecundidad más altos, se estimula el inicio

precoz en la sexualidad, una edad menor a la unión y una mayor proporción de nupcialidad. En estas sociedades se practica poco la anticoncepción y no se practica la esterilización, en cambio es posible que se recurra con mayor frecuencia al aborto y al infanticidio para evitar nacimientos, sobre todo en los grupos más pobres. Por el contrario, las sociedades industriales consiguieron disminuir la fecundidad por medio de disminuir la edad al matrimonio, sobre todo en las etapas primeras y medias de la industrialización, además, en estos contextos el celibato no aumentó porque la anticoncepción y el aborto permitían relaciones sexuales prematrimoniales sin temor al embarazo. Aquí era mayor el uso de anticonceptivos porque se disponía de tecnología, y la práctica del aborto en condiciones relativamente seguras podía contribuir a fecundidades más bajas”. Según esta última consideración, el modelo retoma las ideas de la teoría clásica inicial sobre los cambios en el nivel de fecundidad en función de los niveles de desarrollo, el modelo también busca explicar la transición de la fecundidad.

Ahora bien, con base en el modelo propuesto por Davis y Blake, BONGAARTS (1978) presenta un modelo cuantificable para analizar las relaciones entre las variables intermedias y los niveles de fecundidad, en el que clasifica tres tipos de factores: factores de exposición al embarazo (proporción de casadas), factores del control deliberado (contracepción, aborto inducido) y factores de la fecundidad natural marital (infecundabilidad por lactancia, frecuencia de las relaciones sexuales, esterilidad, mortalidad intrauterina espontánea, duración del periodo fértil). El aporte de Bongaarts está en simplificar el modelo propuesto por Davis y Blake, y en cuantificar el peso relativo de las variables intermedias sobre el nivel de fecundidad. A partir de este modelo se puede establecer el peso de las distintas variables intermedias en el nivel de fecundidad y se puede estimar la tasa de fecundidad total para comparar subgrupos de una misma población, o para comparar poblaciones diferentes. El modelo se validó con datos de distintos países en los años 60s y 70s, y se establecieron diferenciales notables entre poblaciones pertenecientes a distintos estadios del proceso de transición de la fecundidad.

BONGAARTS continuó trabajando en esta línea de pensamiento y junto con POTERS publicaron en 1983 una cuantificación refinada del modelo basada en una ecuación contable. La cuantificación parte del análisis de la fecundidad natural. Siguiendo a HENRY (1979), los autores consideran que la fecundidad es natural cuando no se usa

anticoncepción o aborto inducido. La mayoría de las poblaciones están en niveles cercanos a la fecundidad natural antes de empezar la transición, como es el caso actual de las poblaciones rurales con bajos niveles educativos del mundo en desarrollo. Para explicar el descenso de la fecundidad los autores construyeron un modelo focalizado en los cuatro determinantes próximos de la fecundidad más influyentes, uniones conyugales, contracepción, aborto inducido e infecundabilidad posparto asociada a la lactancia materna, todos estos determinantes inhibitorios de la fecundidad. El modelo considera que la fecundidad tendrá el valor más bajo cuando sean máximos los efectos de posponer el matrimonio y de la separación conyugal, del uso de anticonceptivos y del aborto inducido, de la infecundabilidad posparto por lactancia materna y de la abstinencia voluntaria en las relaciones sexuales. El modelo se formula con un conjunto de ecuaciones que descomponen la fecundidad legítima observada en los factores (arriba mencionados) que la alejan de la fecundidad natural. Los resultados se expresan en el porcentaje de nacimientos que se evitarían por el peso de cada factor.

Después de esta formulación, se han realizado diferentes estudios que por contraste empírico han permitido refinar los indicadores de originalmente propuestos, (BULATAO, LEE, 1984; STOVER 1998, citados por RUÍZ 2002). En estas aplicaciones del modelo las características socioeconómicas que más se han documentado son, la escolaridad de la mujer, el tamaño del lugar de residencia y socialización, el tipo de hogar y la participación de la mujer en el mercado laboral.

Ahora bien, las Encuestas de Demografía y Salud realizadas en Colombia en las últimas décadas, son los datos básicos utilizados para analizar los cambios de la fecundidad en Colombia y Bogotá, elementos principales del contexto demográfico considerado en este estudio. Una dimensión importante en el marco conceptual de estas encuestas es la teoría de los determinantes próximos de la fecundidad (PERMANYER 2004). Con estos datos, es posible reconstruir la historia de fecundidad, nupcialidad y anticoncepción a lo largo de varias décadas y discutir los vínculos entre los fenómenos. En el acápite sobre fuentes de datos, incluido en la metodología se habla con más detalle de estas encuestas. Y en el acápite sobre métodos demográficos aplicados en el modelo reproductivo de Bogotá, se explican los indicadores construidos con los datos de las encuestas de demografía y salud.

• *Análisis biográfico de las trayectorias reproductivas*

Los enfoques de historia de vida aplicados al estudio del comportamiento reproductivo de la mujer consideran que los eventos de embarazo, anticoncepción y nupcialidad ocurren a lo largo de la vida en un determinado ambiente social. El ambiente social más inmediato está dado por el estatus económico, el estatus al interior de la familia y las restricciones normativas en el comportamiento sexual y generacional (Riley 1976, Elder 1974, 1978, 1980; Featherman 1982, citados por FLOREZ 1990).

En el análisis biográfico el objeto de estudio es un fenómeno continuo. Los métodos empleados en esta metodología describen el tiempo de las trayectorias individuales, mediante una reconstrucción longitudinal. Se habla de trayectoria en el sentido de una secuencia de eventos que ocurren en el tiempo, donde la ocurrencia de un nuevo evento se ve influida por la ocurrencia de eventos anteriores (GODAR 1990). Se estudia el orden de la secuencia de los eventos y la duración en el tiempo, el tiempo vivido en situaciones sucesivas. En este enfoque la unidad de análisis no es un fenómeno demográfico en particular, sino la biografía compleja del individuo. Esto porque en los distintos momentos del análisis, se tienen en cuenta no solo la interacción entre las variables longitudinales que expresan comportamientos a lo largo del tiempo, sino también las variables transversales con las que se pueden caracterizar los casos en un momento determinado, por ejemplo el momento de la encuesta.

Tradicionalmente en demografía se manejan análisis transversales, o indicadores longitudinales univariados. Sin embargo, en las últimas décadas han aparecido nuevas propuestas metodológicas dentro del análisis biográfico, aplicables a las ciencias sociales (BARBARY 1994; COURGEAU 1989, 1996; ALLISON 1984). Dentro de estas propuestas, el análisis exploratorio descriptivo y la modelización probabilística, son dos enfoques diferentes y a la vez complementarios para analizar datos biográficos.

Barbary (1994, 1996), dice que la modelización probabilística (basada en modelos no paramétricos, semiparamétricos o paramétricos) considera las biografías como procesos aleatorios, maneja variables aleatorias sobre el tiempo de permanencia en los distintos estados analizados, en otras palabras, se analiza el orden cronológico dado por la

secuencia de etapas y el tiempo de permanencia en cada una de ellas. Bajo este enfoque, considerado determinista², se pueden estudiar las interacciones entre fenómenos demográficos, la influencia de las características personales y el impacto de fenómenos externos (contexto) sobre el tiempo de permanencia en los distintos estados. Por el contrario, el análisis exploratorio de biografías, llamado descriptivo particularmente por la escuela francesa, utiliza análisis factoriales y clasificaciones automáticas para describir estadísticamente los datos. Este enfoque se considera estructuralista porque analiza cómo se estructuran las relaciones entre los fenómenos estudiados. Estos análisis pueden hacerse con dos tipos de series cronológicas: series cronológicas asincrónicas donde la secuencia de eventos tiene fechas diferentes en los distintos individuos observados y series sincrónicas construidas con fechas fijas. El autor considera que los dos enfoques pueden ser complementarios porque en un primer momento es interesante conocer la estructura de los datos a partir de un análisis exploratorio, el cual puede orientar el diseño del análisis probabilístico que se debería realizar en un segundo momento.

En la estadística descriptiva y tipológica de datos longitudinales individuales, el análisis armónico cualitativo (AHQ) es una metodología apropiada para explorar datos biográficos. El objetivo último de este análisis es identificar una tipología del objeto de estudio, definida por grupos compuestos por individuos que tienen trayectorias similares. Para identificar los grupos se toma una variable que prioriza el objeto de estudio, es decir, una variable muy importante en la trayectoria analizada. Además, para cada grupo se presenta una caracterización sociodemográfica con variables transversales al momento de la encuesta, y también con variables longitudinales lo cual da un enfoque multivariado interesante. Así, la identificación de tipologías de itinerarios individuales, se logra a partir de considerar distintas dimensiones del problema como son, las trayectorias de vida y la situación de la población en un momento determinado, por ejemplo el de la encuesta (Barbary 1994, 1996; Dureau et al. 2000).

El AHQ es la metodología empleada en este estudio para el análisis de las trayectorias reproductivas de tres cohortes de mujeres encuestadas en Bogotá. En el acápite sobre

² En el sentido de que para cada individuo se predetermina la probabilidad de ocurrencia de un fenómeno. Los enfoques probabilísticos proponen modelos en los que la hipótesis supone que los datos se ajustan a leyes determinadas.

metodología se detallan las etapas del AHQ, y en el anexo No.4 se describen algunos fundamentos teóricos de este método y los procedimientos operativos seguidos en su aplicación.

Las cohortes estudiadas que se someten al AHQ, vivieron su periodo reproductivo en diferentes etapas del proceso de transición de la fecundidad en Bogotá. Interesa vincular el comportamiento reproductivo de cada cohorte con el contexto demográfico de la ciudad, y discutir si hay, o no, vínculos entre el devenir individual y el acontecer macrosocial. El devenir individual está dado por la heterogeneidad de cada cohorte. Heterogeneidad que en cada cohorte está indicada por la conformación de subgrupos de mujeres que tienen trayectorias y características sociodemográficas diferenciadas³. Y el acontecer macrosocial está dado por la transición de la fecundidad en Bogotá, ocurrida en el periodo en el que la cohorte en cuestión vivió su vida reproductiva o parte de ella.

1.2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS

• *Generales*

- Analizar los cambios en la trayectoria anticonceptiva y otros aspectos de la historia reproductiva y social de tres cohortes de mujeres que vivieron su vida reproductiva en diferentes periodos de la transición de la fecundidad en Bogotá.

- Considerando la trayectoria anticonceptiva como eje principal, explorar vínculos entre la historia reproductiva de las cohortes y diferentes coyunturas del proceso de transición de la fecundidad en Bogotá.

• *Específicos*

- Identificar una tipología en cada una de las cohortes, compuesta por grupos de mujeres con trayectorias de anticoncepción similares, y discutir las diferencias entre los

³ Según se explica en la metodología del AHQ, los grupos se identifican y caracterizan con variables longitudinales construidas con datos individuales y variables transversales sobre la situación al momento de la encuesta.

grupos teniendo en cuenta la evolución en el tiempo de la nupcialidad y la anticoncepción junto con la situación sociodemográfica al momento de la encuesta.

- Con base en datos externos a las biografías, discutir la posible asociación entre las trayectorias anticonceptivas de las cohortes y algunas condiciones demográficas dominantes en los años en los que las cohortes vivieron su vida fértil: tendencias y diferenciales de la fecundidad, la nupcialidad, la anticoncepción y la educación.

• ***Hipótesis***

Referida a la heterogeneidad de las historias reproductivas:

- La trayectoria de uso de métodos anticonceptivos se vincula con la heterogeneidad sociodemográfica de las cohortes, de tal forma que al momento de la encuesta las características sociodemográficas, fecundidad, nupcialidad, estrato social, trabajo y educación, varían según la trayectoria de anticoncepción.

Dos subhipótesis se derivan de este planteamiento:

. Dependiendo de la pertenencia a una cohorte determinada, patrones modernos de fecundidad, nupcialidad y anticoncepción en las mujeres de estratos medios y altos se asocian con niveles de educación y trabajo relativamente altos.

. Dependiendo de la pertenencia a una cohorte determinada, patrones tradicionales de fecundidad y nupcialidad en las mujeres de estrato bajo, se asocian con los menores niveles educativos y una participación laboral relativamente baja.

Referida al efecto de los cambios demográficos más generales ocurridos en el conjunto de Bogotá, sobre las experiencias reproductivas de mujeres residentes en la ciudad:

- En Colombia en la segunda mitad del siglo XX, y particularmente en Bogotá la ciudad capital, los cambios en el comportamiento reproductivo (fecundidad, nupcialidad y anticoncepción) paralelos a los aumentos en los niveles de educación de las mujeres, influyen en la trayectoria reproductiva las cohortes estudiadas. De tal manera, se pueden identificar vínculos entre el comportamiento reproductivo y la situación social de estas cohortes, con las condiciones de nupcialidad, anticoncepción y fecundidad dominantes en el conjunto de la capital.

2. METODOLOGÍA

2.1 INDICADORES PARA RECONSTRUIR EL MODELO REPRODUCTIVO DE BOGOTÁ

• *Las encuestas de demografía y salud: antecedentes y contenidos*

El programa mundial de encuestas sobre demografía y salud, conocido como Measure/DHS+ (Monitoring and Evaluation to Assess and Use Results of Demographic Health Survey), está coordinado por Macro International Inc., con la financiación de la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID). En este marco, desde los años 80 en varios países de América Latina, África Asia y oriente medio se han realizado más de 170 encuestas representativas a nivel nacional de 70 países, recogidas en 4 rondas o fases, DHS I, DHS II, DHS III y DHS+. Muchos de los países participantes, también han recolectado las WFS (Encuestas Mundiales de Fecundidad) realizadas en los años 60s y 70s.

Tanto en las WFS como en las DHS se consideran temas y metodologías similares que hacen posible la comparación. Los cuestionarios de las DHS son versiones ampliadas de los cuestionarios de las WFS. Además, los diseños muestrales de las distintas encuestas en los distintos países por lo general son comparables, de tal forma que es posible construir series de tiempo para analizar el comportamiento reproductivo de las poblaciones en las últimas décadas del siglo.

Sin embargo, las DHS tienen un enfoque de salud sexual y reproductiva, y manejan los problemas de salud con una perspectiva demográfica. Medina et al. (2004) y Permanyer (2004) anotan que hay un cambio de enfoque evidente entre las WFS y las DHS. La época en la que se hicieron las WFS, décadas 60 y 70, los países del tercer mundo experimentaban un fuerte crecimiento demográfico, con lo cual el interés de las agencias para el desarrollo se centraba en la reducción de la fecundidad, implementando programas de planificación familiar. A diferencia, en las décadas 80 y 90 las DHS toman el enfoque de salud sexual y reproductiva, considerando los derechos humanos y la perspectiva de género. Una vez evidenciado el descenso notable de la fecundidad en muchos países con bajos niveles de desarrollo, el problema del control natal se

incorporó dentro de una perspectiva más amplia de salud y derechos reproductivos⁴.

Otra dimensión importante en el marco conceptual de las DHS es la teoría de los determinantes próximos de la fecundidad. Para explicar el descenso de la fecundidad se consideran determinantes culturales relacionados con factores biológicos de la concepción, el embarazo y el parto: exposición al embarazo, control deliberado, fecundidad marital (DAVIS, BLAKE, 1956; BONGAARTS 1983). Por esta razón, en las encuestas se incluyen módulos de sexualidad, nupcialidad, anticoncepción y embarazo. Además, otros temas principales incluidos en el cuestionario estándar y en los cuestionarios aplicados en Colombia son, fecundidad, mortalidad infantil, salud maternoinfantil, nutrición, SIDA, violencia doméstica, seguridad social y agudeza visual. En consecuencia con el enfoque de género y salud reproductiva se incluyen cuestionarios para mujeres, hombres, parejas y niños. Para el análisis que aquí proponemos, interesa la información sobre reproducción, anticoncepción y nupcialidad:

- En la sección de reproducción se recoge la historia reproductiva de la encuestada, no solo se registran los hijos nacidos vivos con los datos de sobrevivencia, sino también los embarazos terminados en aborto o nacido muerto.
- En el capítulo de anticoncepción se recogen datos sobre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre distintos tipos de métodos anticonceptivos. Estos contenidos siguen el enfoque de las encuestas sobre conocimientos actitudes y prácticas (Contraceptive Prevalence Surveys) realizadas en las décadas 60 y 70 principalmente, también en el marco de un proyecto de cooperación técnica internacional que cubrió distintos países de América Latina y el Caribe, entre otros.
- En el capítulo de nupcialidad se recogen datos sobre el estado conyugal, el tipo de unión marital, la edad a la primera unión y su duración, y además se incluye

⁴ Las recomendaciones de las dos primeras conferencias mundiales de población (Bucarest 1974 y México 1984), apoyaron el enfoque de las WFS promoviendo la importancia de una política antinatalista. Las recomendaciones sobre género, salud sexual y reproductiva de la conferencia de El Cairo (1993) se consideraron en el enfoque de las DHS. El cambio de perspectiva fue producto de años de reflexión sobre los derechos reproductivos (por parte de grupos feministas y trabajadores de la salud), y por otra, de una tradición teórica que inicialmente desarrolló el concepto de género en el marco la antropología social, la sociología cualitativa y la psicología social, y posteriormente en la demografía (MEDINA et al 2004).

alguna información acerca de la historia de uniones. También hay datos sobre aspectos de la vida sexual de la encuestada.

Entonces, elementos útiles para la comprensión del contexto sociodemográfico en el que las generaciones observadas en el estudio biográfico vivieron su periodo reproductivo, son las pautas de fecundidad, nupcialidad y anticoncepción para Colombia y Bogotá en la segunda mitad del siglo XX. En la encuesta mundial de fecundidad de 1976 y las encuestas de demografía y salud (DHS) de 1986, 1990, 1995 y 2000 se encuentra información sobre estas variables para 30 años comprendidos entre 1970 y el 2000. En la página web de Macro International Inc. se obtienen las bases de datos originales de las DHS recolectadas por PROFAMILIA (Asociación por el Bienestar de la Familia Colombiana). La Encuesta Mundial de Fecundidad de 1976 para Colombia recolectada por la CCRP (Corporación Centro Regional de Población) está disponible en la página web de Princeton University. Por el momento no se tuvo acceso a las bases de datos de otras encuestas nacionales realizadas anteriormente en el país⁵.

- **Tamaños muestrales**

Análisis de diferenciales y series de tiempo construidas con las distintas encuestas de fecundidad son posibles porque las diferentes muestras tienen diseños muy similares, elaborados por los mismos grupos de trabajo a lo largo de los años. En el caso de Colombia, las primeras encuestas de nacionales sobre temas de salud reproductiva (1969, 1976, 1978, 1980 y 1986), se hicieron con submuestras de la muestra maestra del sistema nacional de información en salud, y para las últimas DHS (1990, 1995, 2000) se consideró el marco de la muestra maestra nacional de PROFAMILIA. Las dos grandes muestras tienen diseños probabilísticos, estratificados, multietápicos, por conglomerados, e incluyen submuestras que pueden utilizarse independiente y simultáneamente, y que son sumables. Cada submuestra representa la población civil no institucional, las zonas rural y urbana, y las subregiones del país.

⁵ Por otra parte, en el país se han hecho otras encuestas nacionales más antiguas que tienen información sobre fecundidad: el Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia realizado en 1965 (MINSALUD, ASCOFAME), la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1969 (MINSALUD, ASCOFAME, CCRP), y las Encuestas de Prevalencia y Uso de Métodos Anticonceptivos realizadas en 1978 y 1980 (CCRP, MINSALUD, INS). A pesar de que no se logró acceso a las bases de datos de estas últimas encuestas, se puede aprovechar parte de la información publicada para discutir la tendencias y diferenciales de las variables de interés, tal como aparece en los capítulos respectivos.

Las muestras de Bogotá y el conjunto del país que se utilizan en esta tesis incluyen las mujeres de 15 a 49 años de edad con los siguientes tamaños:

ENCUESTA	AÑO RECOLECCIÓN	MUESTRA	
		PAÍS	BOGOTÁ
EMF	1976	5387	756
DHS	1986	5329	908
DHS	1990	8644	1541
DHS	1995	11164	1515
DHS	2000	11585	1812

Con estos datos se trata de hacer un análisis de la fecundidad, la nupcialidad y la anticoncepción, construyendo series de tiempo comparativas para el país y la capital para el periodo 1970-2000, periodo en el que se ha venido dando la transición de la fecundidad en Colombia. En las publicaciones originales de las distintas encuestas y en diferentes estudios realizados sobre el tema, se encuentra información completa sobre estos aspectos para el país. Sin embargo, no se encuentra la misma información para Bogotá, principal contexto demográfico de interés. Recordemos que, el cambio generacional en el contexto de la transición de la fecundidad, objetivo principal de este estudio, se analiza en biografías de mujeres residentes en Bogotá (ver perspectiva del estudio, capítulo 2). Por esto, es necesario construir las tendencias y diferenciales observados en la capital y compararlos con los del país.

- ***Medición de la fecundidad: estructura por edad, calendario e intensidad***

Para el análisis del proceso de transición que aquí se estudia, es útil tener diferentes indicadores que permitan confirmar las tendencias sobresalientes, indicadores de estructura por edad, calendario e intensidad que a continuación se describen⁶.

A. Estructura de la fecundidad por edad

Las tasas de fecundidad por edad, se construyen con base en los nacimientos de los cinco años anteriores a la encuesta clasificados por edad de la madre al evento. Las

⁶ Para los cálculos respectivos se utilizó el programa SPSS junto con una hoja de cálculo.

fechas de nacimiento de cada hijo (según el calendario de fecundidad registrado en la encuesta) y la edad de la madre a la encuesta son la base para clasificar los nacimientos, en el siguiente orden:

$$EMNH=ANH-ANM-((MNH-MNM)/12)$$

Donde, EMNH=edad de la madre al nacimiento del hijo

ANH=año de nacimiento del hijo

ANM=año de nacimiento de la madre

MNH=mes de nacimiento del hijo

MNM=mes de nacimiento de la madre

Una vez clasificados los nacimientos por edad de la madre (en intervalos quinquenales), se filtran los eventos de interés, o sea, los nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta. Así, se producen los numeradores requeridos para tasas de periodo, en los que los nacimientos están clasificados por la edad de la madre y por la fecha del evento según el periodo de referencia de la encuesta.

Para construir los denominadores se estiman los años-mujer que aportaron eventos a cada uno de los siete quinquenios de edad en los que se divide el periodo fértil de las mujeres. Entonces, a la distribución de mujeres por edades (simples) a la encuesta, se les aplica multiplicadores para reconstruir los años contribuidos al quinquenio. Por ejemplo, para estimar los años-mujer que aportan eventos a la tasa de fecundidad del primer quinquenio de edad (15-19), se toman las mujeres que en la encuesta tenían entre 15 y 23 años, con los siguientes multiplicadores: 15*1, 16*2, 17*3, 18*4, 19*5, 20*4, 21*3, 22*2, 23*1, y así sucesivamente para los demás quinquenios.

B. Calendario de la fecundidad

Edad media a la primera maternidad, indica la edad teórica a la que las mujeres tienen su primer hijo. Esta edad también puede expresar la distancia media transcurrida entre la generación de las madres y la generación de los hijos, en otras palabras, el tiempo que requiere una generación para reproducirse (en ausencia de mortalidad)⁷. El promedio ponderado se estima con base en las tasas por edad de los primeros nacimientos, con el siguiente orden:

⁷ Cuando la edad media a la maternidad se toma como indicador de “tempo”, tiempo que necesita una generación para reproducirse, no se considera ni la distribución de los nacimientos a lo largo de la vida fecunda de la generación considerada, ni tampoco los efectos que tendría la fecundidad total de la dicha generación (LIVI-BACCI 1993).

$$\sum a \cdot f_a / \sum f_a$$

Donde a=punto medio del intervalo quinquenal de edad, fa=tasas de fecundidad de primeros nacimientos.

- La edad media a la maternidad, indica la edad teórica a la que el conjunto de la población de mujeres en edad fértil tiene sus hijos. Este promedio ponderado se estima con la estructura por edad de la fecundidad considerando los nacimientos de todos los órdenes, de manera análoga al cálculo de la edad media a la primera maternidad⁸.

C. Intensidad de la fecundidad

- La tasa general de fecundidad, promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres en edad fértil, indica el número de hijos que teóricamente tendrían cada 1000 mujeres de la población observada en un periodo determinado, que en este caso son los cinco años anteriores a la encuesta.

- La tasa total de fecundidad, promedio ponderado que indica el número de hijos que tendría una mujer al final del periodo reproductivo si se consideraran las condiciones de fecundidad vigentes en el año de la estimación. El indicador se estima con la sumatoria de las tasas de fecundidad por edad, multiplicada por la amplitud de los intervalos de edad, para efectos operativos, cinco años.

• Medición de la nupcialidad: estado conyugal, uniones y separaciones, nupcialidad total, calendario y primonupcialidad

Interesa conocer los cambios en los patrones de nupcialidad de Bogotá en las tres últimas décadas del siglo, como otra dimensión que, que junto con la fecundidad y la anticoncepción, contribuye a explicar el modelo reproductivo de la ciudad. Así, la distribución de las mujeres en edad fértil según categorías del estado conyugal, permitirá observar la dinámica de las uniones (legales, consensuales) y las separaciones conyugales, para evidenciar si ha habido una modernización de la nupcialidad en el contexto de la transición de fecundidad. La distribución de la nupcialidad total por edad, junto con el perfil de la fecundidad y la anticoncepción por edad, permiten comparar

⁸ $\sum f_a / \sum a \cdot f_a$, donde a=punto medio de cada intervalo quinquenal y fa=tasas específicas de fecundidad por edad incluyendo todos nacimientos.

elecciones, necesidades y demandas propias de diferentes etapas del ciclo vital. En este estudio se consideran indicadores de estructura de edad, intensidad y calendario:

- El estado conyugal de las mujeres en edad fértil, permite observar la importancia de las uniones consensuales en comparación con las uniones legales y la dinámica en el tiempo de las separaciones conyugales, indicadores de procesos de formación y disolución de las familias.

- La distribución por edad de las mujeres unidas y las mujeres separadas indican comportamientos propios de las distintas etapas vitales, reflejo de constantes sociales más o menos acentuadas, que pueden cambiar a lo largo de los años a medida que avanza el proceso de transición de la fecundidad.

- La nupcialidad total, dada por la proporción de mujeres en unión legal y consensual al momento de la encuesta, puede indicar si la intensidad de las uniones es alta y tiende a ser estable en el tiempo, tal como puede esperarse. Con base en este indicador interesa discutir, en una etapa posterior del análisis, si los cambios en la intensidad de la nupcialidad obedecen a cambios coyunturales favorables o desfavorables.

- La edad media a la primera unión indica si el inicio en la vida conyugal tiende a ser temprano o tardío. Este promedio ponderado se estima con base en las primeras uniones clasificadas por edad y por año de ocurrencia del evento:

$$\text{Edad media primera unión} = \frac{\sum fa}{\sum f}$$

Donde a= edad al evento, f= frecuencia de primeras uniones.

Para efectos operativos se estima la distribución de mujeres según edad a la primera unión, filtrando únicamente los eventos ocurridos dos quinquenios anteriores a la encuesta, en los cuales se incluyen declaraciones de las mujeres de 15-40 y de 15-49 años. Por ejemplo, para la encuesta recolectada el año 2000, se filtran los eventos ocurridos en 1995-99 periodo en el que hay declaraciones de las mujeres de 15-49 años, y, los eventos ocurridos en 1990-94 periodo en que hay declaraciones de las mujeres de 15-40 años. De esta manera, con base en la EMF 1976 y las DHS 1986, 1990, 1995 y 2000, es posible reconstruir observaciones para el periodo de referencia 1965-99.

- Las tasas de nupcialidad indican el número de primeras uniones por cada 1000 mujeres de una edad determinada observadas en el periodo de referencia (cinco años antes). El índice sintético de primeras uniones es un promedio ponderado que indica el número total de mujeres que contraerían primeras uniones si se conservaran las condiciones de nupcialidad vigentes en el periodo de la estimación. Estas medidas de flujo permiten observar el comportamiento para periodos. Así, al comparar varias encuestas secuentes en el tiempo, es posible reconstruir las tendencias con mayor precisión.

$$ISPN = \sum TPU_x * 5$$

Donde,

ISPU= índice sintético de primeras uniones

$TPU_x = (PU_x / AÑOS-MUJER_x) * 1000$

TPU_x=tasas por edad de primeras uniones

PU_x=primeras uniones en edad x.

AÑOS-MUJER_x= años-mujer que aportan eventos a cada uno de los siete quinquenios de edad (x).

Para construir los numeradores, la distribución de las mujeres por edad (simple) a la primera unión se agrupa en intervalos quinquenales. Luego, se seleccionan los años de ocurrencia de la unión correspondientes al periodo de referencia de la encuesta, cinco años atrás, y se cruzan las dos variables así definidas. Para construir los denominadores, los años mujer que aportan eventos a cada quiquenio, se sigue el mismo procedimiento arriba descrito para las tasas de fecundidad por edad.

• ***Diferenciales de fecundidad y nupcialidad según educación***

La educación es una la variable estrechamente relacionada con la fecundidad y la nupcialidad, según lo han propuesto diferentes teorías sobre el tema (DAVIS K., BLAKE J. 1956; BONGAARTS J., POTERS R. 1.983). Además, distintos estudios sobre transición de la fecundidad han corroborado dicha asociación (FLOREZ C. 1990; COSÍO ZAVALA M. 1993; MEDINA M. et al. 1999; FLOREZ C. 2000; MEDINA M, 2004). Entonces, la asociación entre la educación y la fecundidad puede considerarse “universalmente” establecida.

En el caso de una asociación fuertemente valorada, puede pensarse que a pesar de que se hagan cruces bivariados (educación y nupcialidad, educación y fecundidad), la asociación no se invalida por el peso de otras variables “escondidas” u otros factores

intervinientes que no se tienen en cuenta. Con esta perspectiva se estiman los diferenciales de fecundidad y nupcialidad por educación. Para el caso de la fecundidad se estima el promedio de años de educación formal alcanzado según el número de hijos habidos. Y para el caso de la nupcialidad, también se estima el mismo promedio para las mujeres alguna vez unidas y las mujeres nunca unidas.

Para los cálculos de nupcialidad y educación se toman las mujeres con 25 y más años de edad, considerando que a esta edad la gran mayoría de mujeres han tenido su primera unión y por lo tanto se tiene un universo aproximadamente estable para hacer las comparaciones. Recordemos que en los últimos 30 años la edad media a la primera unión en Bogotá está entre 20 y 21,9 años de edad (ver el calendario de la primonupcialidad en el capítulo 5 sobre el modelo reproductivo de Bogotá). De esta forma se suaviza el efecto de la edad sobre la estimación.

Igualmente, se estima el promedio de años de educación formal según el número de hijos habidos (ninguno, uno, dos, tres y más). Estas estimaciones se hacen para la mujeres con 40 y más años de edad, porque se considera que a esta edad ya se tiene el tamaño de familia deseado, de hecho, según lo observado en los análisis anteriores, las tasas específicas de fecundidad disminuyen a medida que aumenta la edad, hasta el punto en que después de los 40 años se alcanzan los valores mínimos, (ver estructura e intensidad de la fecundidad en el capítulo 5 sobre el modelo reproductivo de Bogotá).

El promedio de años de educación formal para un grupo de mujeres se estima como el promedio ponderado resultante de la distribución de las mujeres según el número de años de educación formal alcanzado, según:

$$\bar{X} = \sum fa / \sum f$$

Donde \bar{X} = promedio de años de educación formal, a= número de años de educación formal, f= el número de mujeres (en cada nivel de "a").

Ahora bien, para valorar si es significativa la diferencia entre los promedios comparados⁹, en este caso el promedio de años de educación formal de las mujeres alguna vez unidas y el promedio de las nunca unidas, se aplica la prueba de asociación

⁹ Las pruebas estadísticas se utilizan para decir si cierta propiedad supuesta para una población es confirmada por la observación de una muestra (FERRÁN s.f.).

estadística T, bajo los siguientes criterios: se trata de muestras independientes, se trabaja con un indicador cuantitativo como es el promedio ponderado y se analiza una distribución aproximadamente normal¹⁰.

Al aplicar la prueba T a los datos mencionados, se asume el supuesto de la igualdad de varianzas (hipótesis nula), según el cual, son iguales las varianzas de las dos distribuciones analizadas, la distribución de mujeres nunca unidas clasificadas por el más alto año de educación formal alcanzado y la distribución de mujeres alguna vez unidas clasificadas por el mismo criterio. Los resultados indican que la diferencia entre los dos promedios es significativa a n nivel de significación del 95%, porque el “p” valor asociado al estadístico de contraste (0,000), es menor que 0,05. Por lo tanto, podemos concluir que a un nivel de significancia del 95% existen diferencias significativas en los años promedio de educación entre los dos grupos (cuadro 5.4.4).

Por otra parte, para comparar las medias de dos subgrupos poblacionales, la estadística descriptiva considera que la estimación puntual no es suficiente y propone estimar intervalos de confianza, definidos como la longitud mínima que contiene el verdadero valor del parámetro con una probabilidad previamente establecida (FERRÁN s.f.). Aquí se estiman los intervalos de confianza para el promedio de años de educación formal alcanzado por las mujeres según la unión conyugal, nunca unidas y alguna vez unidas, y los intervalos de confianza para las variaciones del mismo promedio según el número de hijos habidos, ninguno, uno, dos, tres y más.

En los casos analizados se toma un nivel de confianza del 95%, es decir, se considera que la estimación puntual está contenida entre los límites superior e inferior del intervalo, con una probabilidad del 95%. Para estimar los intervalos se considera:

$$IC = \pm \bar{x} (1,96 * \text{error típico})$$

Siendo IC = intervalo de confianza; \bar{x} media; 1,96 valor equivalente al 95% de confianza¹¹.

¹⁰ En una ciudad como Bogotá, la distribución de mujeres según el último año de educación formal alcanzado es aproximadamente normal porque los niveles de analfabetismo son relativamente bajos, la cobertura de la educación superior también es relativamente baja y la mayoría de las mujeres han alcanzado educación primaria o secundaria incompleta.

¹¹ En una distribución normal, el 95% de los casos se consideran incluidos entre los valores de la normal -1,96 y 1,96 (distribución con media=0 y desviación típica=1).

Según los resultados observados, pueden considerarse que las variaciones del promedio de años de educación formal entre los subgrupos considerados, mujeres nunca unidas y alguna vez unidas, son estadísticamente significativas. No se encontró ningún caso en el que los valores de las distintas celdas (categorías de la variable) se traslapen, con lo cual se puede concluir que si hay diferencias entre las medias. Así las cosas, el cálculo de los límites de confianza da mayor seguridad a las conclusiones establecidas (cuadro 5.5.4). (Estos resultados se comentan con detalle en el acápite 5.5 sobre heterogeneidad de la transición de la fecundidad en Bogotá).

Igualmente, pueden considerarse importantes las variaciones del promedio de años de educación formal entre los subgrupos definidos por el número de hijos habidos en todos los años observados. Aquí tampoco se encontró ningún caso en el que haya traslapo de valores entre los distintos valores (cuadro 5.5.2). (Estos resultados se comentan con detalle en el acápite 5.5 sobre heterogeneidad de la transición de la fecundidad en Bogotá).

- ***Medición de la anticoncepción: prevalencia actual y tipos de métodos utilizados***

- La prevalencia de uso de anticonceptivos cobra especial interés porque, contrariamente a lo ocurrido en sociedades históricas, en Colombia en el periodo transicional analizado la anticoncepción ha sido la principal estrategia de control. Esta proporción se estima con base en las usuarias (al momento de la encuesta) de algún método anticonceptivo, independientemente del tipo de método usado.

- La distribución de las mujeres unidas usuarias de anticoncepción por edad permite vincular las necesidades y demandas de control según los riesgos de embarazo. Al vincular las curvas por edad de la fecundidad y las curvas por edad de la anticoncepción, es posible identificar si la dinámica de la fecundidad a lo largo de los años responde a la dinámica de la anticoncepción, de manera singular en las distintas etapas vitales.

- La distribución de usuarias de anticoncepción según tipo de método refleja la aceptación de los distintos métodos, la correspondencia entre la oferta y la demanda de

planificación familiar, las preferencias de anticoncepción de acuerdo con el acceso a servicios de salud, la importancia de la demanda de anticoncepción para espaciar los nacimientos o para limitar el tamaño de familia, y la contribución mayor o menor de los hombres en asumir responsabilidades en el control natal.

- Teniendo en cuenta que el comportamiento reproductivo de las mujeres bogotanas es de especial interés en este estudio, el comparar los patrones de uso de métodos anticonceptivos en los distintos quinquenios del periodo fértil, permite analizar los cambios en la demanda de anticonceptivos dados no solo por los cambios en la oferta, sino también por las necesidades propias de cada etapa vital: el inicio de la vida en pareja, las edades preferenciales para tener los hijos y el final de la vida reproductiva.

• *Perspectiva de las generaciones*

- **Construcción de generaciones con una serie de encuestas transversales: fecundidad, primonupcialidad y prevalencia de anticoncepción por edad**

En el análisis longitudinal se define como objeto de estudio la población nacida en un mismo año, y se sigue a lo largo de toda la vida, analizando cómo va desapareciendo a medida que llega a las diferentes edades, cuándo llega a casarse, a tener hijos, a trabajar, a jubilarse y a morir. con las generaciones así construidas es posible observar la tendencia de los fenómenos en un largo periodo de tiempo, aunque en ocasiones no se tengan generaciones completas (PEREZ 1988). En este estudio se analiza el comportamiento de las generaciones bogotanas en diferentes dimensiones de la fecundidad, la nupcialidad y la anticoncepción. Para construir la mirada longitudinal, se toman datos transversales de la EMF 1976 y las DHS 1986, 1990, 1995 y 2000.

Con las tasas específicas de fecundidad por edad es posible hacer una descripción precisa de la fecundidad de una generación y compararla con la de otra generación sin lugar a distorsiones. Las comparaciones pueden hacerse porque se trabaja sobre una cohorte hipotética de 1000 mujeres, considerada libre de los efectos de la mortalidad LIVI-BACCI (1993). Las generaciones se definen por el quinquenio de nacimiento, y a partir de los 15 años se sigue su evolución a lo largo del periodo reproductivo. Para definir las generaciones se supone que las mujeres que en una encuesta inicial están en un quinquenio de edad determinado, en la encuesta siguiente “son las mismas” que

están en el quinquenio siguiente, y así sucesivamente. Por ejemplo, se supone que las mujeres que en la encuesta de 1990 tenía 15-19 años, son las mismas que en la encuesta de 1995 tenían 20-24 años, y son las mismas que en la encuesta del 2000 tenían 25-29 años. Lógicamente, las muestras de estas encuestas son comparables dado el diseño estadístico utilizado. (Ver el acápite titulado, las encuestas de demografía y salud de este capítulo).

El manejo del supuesto anterior se hace necesario por los métodos de recolección de la información utilizados en estas encuestas, en las que se recoge información transversal en casi todos los temas, excepto en el caso de la historia de embarazos. Con los datos disponibles tan solo se pueden construir ciclos vitales irreales e incompletos, sin embargo, se trata de una mirada exploratoria que permite mirar los fenómenos en largos periodos de tiempo.

En los diagramas 5.4.1 (tasas de fecundidad), 5.4.2 (tasas de primonupcialidad) y 5.4.3 (prevalencia de anticoncepción), se indica la construcción de tasas y proporciones para las generaciones, con base en datos transversales de las encuestas. (Ver acápite 5.4 titulado “experiencias de las generaciones”, capítulo 5).

En este orden de ideas, con las cinco encuestas que arrojan datos transversales para el periodo 1971-99, es posible reconstruir datos de generaciones para el periodo 1940-84 y observar su historia durante casi 45 años. De todos modos, como aquí se analizan aspectos de la vida reproductiva, realmente el periodo de referencia interesante es el inicio de la vida reproductiva, más que el periodo en el que nacen las generaciones. El siguiente es el orden temporal considerado para analizar la fecundidad, la nupcialidad y la anticoncepción por edad de las generaciones:

GENERACIONES	1941-45	1946-50	1951-55	1956-60	1961-65	1966-70	1971-75	1975-79	1980-84
INICIO VIDA REPRODUCTIVA	1956-60	1961-65	1966-70	1971-75	1976-80	1981-85	1986-90	1990-94	1995-2000
ENCUESTAS*				EMF1976	**	DHS 1986	DHS 1990	DHS 1995	DHS 2000

* Fuentes de datos

** No se analizó una encuesta con información para esta generación.

- Intensidad de la fecundidad de las generaciones

Con base en los datos de las encuestas transversales se pueden estimar indicadores de intensidad de la fecundidad, que resumen o sintetizan el comportamiento de las generaciones, a saber:

- La probabilidad de que 1000 mujeres de un determinado orden de nacimiento alcance el siguiente orden de nacimiento llamada, “probabilidad de crecimiento de la familia”, se estima con base en la distribución de las mujeres del último quinquenio fértil, clasificadas según el orden del nacimiento de los hijos que tuvieron durante su historia reproductiva. Cuando los datos provienen de una encuesta transversal, la generación del último quinquenio es la única generación con información completa, porque en ella se registra la historia de nacimientos desde el comienzo hasta el final de la vida reproductiva. Para efectos contables, inicialmente a esta distribución se le aplica la base 1000 para estimar la distribución acumulada. La probabilidad de un rango determinado resulta de dividir la frecuencia acumulada de ese orden, por la frecuencia acumulada del rango anterior.

- La descendencia final o intensidad final, indica el número total de hijos que tendrían las generaciones al final de su vida reproductiva. El indicador puede interpretarse como el número total de nacidos por cada 1000 mujeres, o el número medio de nacidos por mujer. La intensidad final puede entenderse como el resumen del comportamiento reproductivo de una generación. El indicador también se estima con la distribución de las mujeres del último quinquenio fértil según el orden del nacimiento de sus hijos. A esta distribución se le aplica la base 1000, y la sumatoria de esta nueva distribución es la descendencia final. La descendencia final así estimada corresponde a una generación de 1000 mujeres sin efecto alguno de la mortalidad.

- Reproducción de las generaciones

Un indicador del proceso de reemplazo considerando únicamente la población de mujeres es la tasa bruta de reproducción, TRB. Este indicador se construye con supuestos: uno, se considera una mortalidad nula, es decir, que la generación hipotética compuesta de 1000 mujeres no pierde ningún efectivo desde el comienzo hasta el final

de la vida reproductiva. Dos, la descendencia final que sirve como insumo para la estimación se refiere únicamente a los nacimientos femeninos.

Para estimar la TBR bajo estos dos supuestos, se puede considerar una relación aproximadamente constante entre nacimientos femeninos y masculinos de 106 hombres por 100 mujeres¹². Entonces, la relación entre los nacimientos femeninos y el total de nacimientos, es 0.485 (100/206). Así, para la estimación se aplica la siguiente fórmula:

$$TBR=DF*0,485$$

El nivel de la TBR indica si la población analizada es creciente, decreciente o estacionaria. Cuando la TBR es mayor que uno, como es el caso de las poblaciones aquí analizadas, se trata de poblaciones con crecimiento positivo en las que por cada mujer nacen más de una hija mujer, con lo cual la reproducción está por encima del nivel de reemplazo.

2.2 TRAYECTORIAS REPRODUCTIVAS DE MUJERES RESIDENTES EN BOGOTÁ

. Fuentes de datos

Las Fuentes de información serán dos encuestas realizadas anteriormente sobre las historias reproductivas de mujeres residentes en Bogotá. En los dos estudios se aplicó la metodología clásica de las biografías demográficas, para recoger datos sobre las trayectorias que conforman una historia reproductiva, embarazo, anticoncepción, educación, trabajo, migración, hogar de residencia.

Uno de estos estudios se titula, Impacto de la transición de la fecundidad sobre la formación de la familia en Colombia, realizado en el Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico de Bogotá (FLOREZ 1990), en el cual se manejó una muestra de 1.073 mujeres en el estudio urbano. Esta muestra recogida en 1984, es estadísticamente representativa del universo de mujeres residentes en viviendas urbanas

¹² A pesar de que en las encuestas que se tomaron como bases de datos para estas estimaciones se tiene el sexo de los nacimientos, se optó por manejar este supuesto generalizado.

particulares de Bogotá en ese año, pertenecientes a dos grupos de edad, 25-29 años y 45-49 años. En la recolección de datos se obtuvo una cobertura del 93% para un total de 1073 entrevistadas. Se utilizó un diseño muestral probabilístico, preestratificado y bietápico con conglomerados desiguales¹³. Sin embargo, todos los análisis que se realizarán en el presente documento se harán con valores muestrales, lo cual es apropiado para los procedimientos matemáticos que se emplearán.

El otro es el estudio titulado, Trayectorias reproductivas de mujeres residentes en Bogotá realizado en el Instituto Gillow (MEDINA et al. 1999), en el cual se manejó una muestra de 1.000 mujeres. Esta muestra recogida en 1995 es de 1.000 mujeres escogidas por cuotas, teniendo en cuenta la distribución por estratos sociales de la población bogotana en 1995¹⁴. De acuerdo con la variabilidad deseada, diferentes estratos sociales y grupos de edad, se consideró suficiente este tamaño muestral. Debido a que el estudio fue realizado por una institución especializada en la prestación de servicios de salud reproductiva, otro criterio de inclusión en la muestra fue el embarazo al momento de la encuesta¹⁵. Sin embargo, la caracterización sociodemográfica de esta muestra, es muy similar a la de las mujeres bogotanas de los mismos estratos sociales.

Hay que tener en cuenta que los diseños muestrales diferentes no interfieren en el procesamiento estadístico porque cada encuesta se procesa por separado, cada una se somete al análisis armónico cualitativo. El principal interés del estudio es discutir las condiciones históricas que son el contexto del comportamiento reproductivo de las distintas cohortes.

¹³ La muestra se estratificó según el SISE-DANE (1980), que clasifica las viviendas por su calidad física y por la infraestructura locativa del barrio.

¹⁴ La clasificación oficial distribuye los barrios de la ciudad en 6 estratos, considerando la calidad exterior de la vivienda y la infraestructura física del barrio (Departamento Administrativo de Planeación Distrital 1982). Para seleccionar la muestra se tomaron los estratos 1 y 2 como bajo, 3 y 4 como medio, 5 y 6 como alto. Sin embargo, en algunos casos, la clasificación de los barrios se ajustó considerando la educación y el empleo de la mujer. Este ajuste fue necesario porque el criterio de la clasificación oficial, no siempre refleja las condiciones materiales reales de vida.

¹⁵ Por la dificultad en establecer un marco muestral de mujeres embarazadas se realizó un muestreo empírico de cuotas con el criterio de inclusión mencionado. Se optó por este criterio porque la institución en la que se realizó el estudio se dedica a la prestación de servicios de salud reproductiva.

De acuerdo con el objetivo principal de esta tesis, estas muestras se escogieron teniendo en cuenta que su vida fértil hubiese comenzado en distintas etapas del proceso de transición demográfica vivido en Bogotá y en conjunto del país. Así, las cohortes encuestadas “representan” distintos momentos de la transición de la fecundidad: la cohorte con vida reproductiva en 1950-84 tuvo experiencias de fecundidad en la etapa de crecimiento demográfico extraordinario (la llamada “explosión demográfica”). La cohorte con periodo reproductivo en 1969-84 vivió los primeros quinquenios fértiles en la etapa de descenso drástico de la fecundidad. En tanto que la cohorte con vida reproductiva en 1979-84 vivió una etapa más avanzada del proceso de transición, cuando la fecundidad continuó descendiendo a un ritmo más lento. Entonces, se considera valiosa la oportunidad de tener información biográfica para ilustrar el comportamiento reproductivo de cohortes que se mueven en un periodo histórico en el que se pasa de un crecimiento demográfico extraordinario a un descenso drástico de la fecundidad.

En el siguiente cuadro las encuestas se clasifican según la generación a la que pertenecen las mujeres estudiadas (definida por década de nacimiento) y según los periodos reproductivos vividos. Además, para cada generación se indica la edad promedio al momento de la encuesta.

POBLACIÓN EN ESTUDIO

Estudio	Fecha encuesta	Tamaño muestra	Década nacimiento cohorte	Promedio edad cohorte	Periodo Reproductivo
CEDE	1984	496 mujeres	1930	47.5 años	1950-84
CEDE	1984	578 mujeres	1960	27.5 años	1969-84
GILLOW	1995	1.000 mujeres	1970	25 años	1979-94

La generación de 1930 tiene historias reproductivas completas, en tanto que las generaciones de 1960 y 1970 tienen trayectorias truncadas a la derecha porque la historia reproductiva se recogió hasta el tercer quinquenio fértil¹⁶. De todos modos, en los tres primeros quinquenios las experiencias reproductivas se viven más intensamente, de acuerdo con el patrón reproductivo observado en la población general de Bogotá y

¹⁶ En el análisis de resultados de cada cohorte (capítulo 6) se explican las implicaciones de los datos censurados.

del conjunto del país. Entonces, en las trayectorias truncadas también se tiene información interesante.

Las variables longitudinales que más importancia tienen en el análisis estadístico, la trayectoria de anticoncepción y la trayectoria de nupcialidad, en las 3 muestras se recogieron de la misma manera: se tienen las fechas de terminación de cada evento.

Para terminar, dos consideraciones sobre la calidad de la información:

- Puede pensarse que la mortalidad de los grupos de edades intermedias es muy baja, tanto en el momento de la entrevista, como 30 años atrás cuando la cohorte más antigua vivió los primeros quinquenios de su vida fértil. O sea, que al comparar las distintas cohortes el efecto de la mortalidad no debe ser muy importante.
- La verificación de la consistencia interna de la información en el momento de la entrevista observada en las dos encuestas, favoreció la buena calidad de la información. El diseño de la matriz de historia de vida también favoreció la recolección de información de buena calidad porque las trayectorias se recolectaron paralelamente con lo cual se controlaba la precisión del tiempo en el que ocurrieron los eventos y las características de los mismos.

. ANÁLISIS ARMÓNICO CUALITATIVO (AHQ)¹⁷

- **Identificación de tipologías**

A partir de un enfoque biográfico basado en el análisis longitudinal para variables categóricas (BARBARY O. 1996), inicialmente se establece la heterogeneidad de cada muestra, definiendo tipologías o grupos de mujeres con trayectorias reproductivas similares. Dentro de cada encuesta, los grupos se definen por el tiempo acumulado de uso de anticonceptivos técnicos. Como se mencionó en la perspectiva del estudio

¹⁷ En el anexo No.4 de este documento, se presenta el AHQ con mayor detalle, se exponen algunos de sus presupuestos teóricos, y se describe la metodología indicando la operacionalización respectiva.

(capítulo primero), se considera que el tiempo acumulado de uso de anticonceptivos define patrones reproductivos distintos, en el sentido de que periodos extensos se pueden asociar con patrones modernos de fecundidad y viceversa. Para el procesamiento estadístico se aplicará el Análisis Armónico Cualitativo, basado en el análisis de correspondencia para variables categóricas (BARBARY O., 1996). Este análisis se hace en tres etapas:

A. Perfil biográfico

Adecuación de archivos: para el procesamiento de cada una de las variables longitudinales, cada evento, por ejemplo, el número de meses de uso de anticoncepción, se constituye en una etapa con su fecha de inicio y de terminación. Así, para cada etapa se crea un registro y cada archivo tiene tantas líneas como etapas se presenten.

Temporalidades: el período observado se define desde la fecha del último evento considerado, retrospectivamente, hasta el evento (uso de un método determinado) más lejano a la misma. El período observado así definido se denomina **tiempo calendario**. Para establecer el límite inferior del periodo se corta el análisis en el momento en el que el mayor porcentaje de mujeres está cubierta por determinado tiempo de uso¹⁸. El período observado se divide en intervalos (iguales o desiguales), teniendo en cuenta la distribución de los casos en las modalidades de la variable (si uso, no uso). Esta partición óptima del periodo en estudio es la que conserva un número suficiente de observaciones en cada intervalo temporal.

Recodificación: para la recodificación se aplica el procedimiento de RECAHQ adaptado al SAS (BARBARY, 1996, 1996). La recodificación se hace a partir del tiempo de permanencia de cada una de las mujeres en cada modalidad (de la variable, si uso, no uso de anticonceptivos), para cada uno de los intervalos temporales en los que se dividió el periodo de observación. Entonces, la tabla de recodificación (tabla de frecuencias) se construye a partir del tiempo que cada mujer aporta en cada intervalo

¹⁸ Con esta partición se eliminan las etapas de una trayectoria que no agregan cambios a las modalidades de la variable.

temporal. Para esto se calculan las frecuencias de estadía media de las mujeres en las modalidades para cada intervalo temporal. El perfil biográfico así construido, refleja los cambios de posición de las mujeres en los intervalos temporales de la trayectoria observada.

B. Partición de la muestra

Se establece la heterogeneidad de la muestra, o su partición en subgrupos conformadas por mujeres con periodos de uso acumulado similares en extensión. El proceso estadístico para identificar las tipologías es el siguiente.

Análisis factorial: con base en la **tabla de frecuencias recodificada** (resultante del RECAHQ) se aplica el análisis de correspondencia, por medio del procedimiento Proc Corresp del paquete estadístico SAS¹⁹. La construcción de los factores se realiza teniendo en cuenta la contribución que hace cada mujer (fila) en cada modalidad de la variable (columna), contribución en términos del tiempo que aporta a la extensión del periodo (de uso de anticonceptivos) en cada intervalo de la partición temporal. Entonces, cada factor se construye con base en la varianza como medida de variabilidad de los tiempos que las mujeres aportan en cada periodo temporal. Aquí cada periodo temporal se comporta como una variable dicotómica, con las categorías “sí” y “no”. A partir de esta información se decide el número de factores determinantes, teniendo en cuenta el porcentaje acumulado de **inercia explicada** (o varianza acumulada) de los factores.

Clasificación: partiendo de los factores construidos se establecen grupos de mujeres, mediante el procedimiento Proc Cluster del SAS. La partición en grupos se obtiene teniendo en cuenta que la **diferencia** entre elementos de un mismo grupo sea mínima y máxima para los elementos de grupos diferentes. Es decir, la clasificación (jerárquica) se establece minimizando la varianza intragrupo y maximizando la varianza intergrupo. Se hacen varios ensayos, por ejemplo, utilizando particiones de 2 y 3 clases. Finalmente, se escoge la partición en el número de tipologías (o clases) que mejor refleje la heterogeneidad de las trayectorias individuales.

¹⁹ SAS, Statistic Analisis Sistem.

- Caracterización sociodemográfica de las tipologías

Una vez identificados los grupos (de mujeres con trayectorias de anticoncepción similares), en un segundo momento el interés se centra en explicar por qué las diferencias entre grupos. Para responder a esta pregunta, al interior de cada cohorte se comparan las características sociales y reproductivas de los distintos grupos entre sí, y de los grupos con la muestra. Entonces, en cada cohorte, cada grupo se caracteriza con las variables longitudinales y transversales de interés: los perfiles biográficos de anticoncepción y nupcialidad, y los indicadores transversales sobre la situación en el momento de la encuesta, estrato social, educación, trabajo, unión (edad a la primera unión, proporción de unidas), fecundidad (edad al primer hijo, paridez) y anticoncepción. Los grupos y la muestra total así caracterizadas son la base para la descripción exploratoria referida a la heterogeneidad de la muestra.

SEGUNDA PARTE

**TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD
EN AMÉRICA LATINA, COLOMBIA Y BOGOTÁ**

3. RECIENTES TRANSFORMACIONES DEMOGRÁFICAS EN AMÉRICA LATINA 1950-2000

Descensos de la mortalidad y aumentos de la nupcialidad total favorecieron el crecimiento demográfico extraordinario evidenciado en América Latina entre 1950 y 1965. A partir de entonces, la fecundidad comenzó a descender, el descenso estuvo favorecido por la política de población relacionada con la anticoncepción, paralela al aumento del empleo y la educación de la mujer. La transición de la fecundidad ha sido un proceso heterogéneo: en los países con una fuerte inmigración europea el descenso generalizado de la fecundidad se dio desde principios de siglo, a diferencia del resto de países, donde el proceso de transición comenzó a mediados de la década de 1960. Los cambios evidenciados desde entonces, también han sido desiguales, en función de los niveles de desarrollo socioeconómico. En consecuencia, al final del siglo los países se encuentran en distintas etapas del proceso de transición. Además, al interior de un mismo país el proceso de cambio también ha sido desigual, la transición relativamente acelerada de las grandes ciudades y los estratos socioeconómicos altos, paralela a descensos lentos de zonas rurales y estratos pobres. Indicadores del comportamiento reproductivo vinculados con la educación y el trabajo de la mujer contribuyen a explicar las diferencias observadas en los modelos de transición.

En este orden de ideas, el presente capítulo tiene tres partes: inicialmente se describe el crecimiento demográfico extraordinario evidenciado en la mayoría de países de la región entre la década de 1950 y mediados de la década de 1960, crecimiento extraordinario que es el preludio de la transición demográfica. En la segunda parte se expone el proceso de transición demográfica evidenciado en el conjunto de la región y se clasifican los países según las etapas de la transición en la que se encuentran a finales del siglo. En la tercera parte, se discute la heterogeneidad de la transición de la fecundidad en los países de la región, y la heterogeneidad evidenciada entre grupos sociales y grupos étnicos al interior de los países.

3.1 PRELUDIO DE LA TRANSICIÓN: CRECIMIENTO EXTRAORDINARIO

Cosío Zavala (1993) afirma que la transición demográfica en América Latina se inició en los años 30s en la mayoría de países. A partir de entonces, la difusión de la

tecnología médica y las acciones en salud pública permitieron que la esperanza de vida se duplicara entre 1930 y 1960, pasando de 30 a 60 años en la mayoría de países. En consecuencia la población latinoamericana aproximadamente se duplicó en los mismos 30 años (1930-1960), de 111 millones pasó a 216 millones. Los países más pobres, Bolivia, Ecuador, Perú y varios de Centro América alcanzaron estos niveles más tarde. En solo tres décadas, buena parte de América Latina alcanzó el recorrido que los países europeos hicieron en 200 años. Pero, después de 1970 las evoluciones se han hecho más lentas y las diferencias sociales frente a la muerte se han acentuado. La mayoría de países de la región tienen altos niveles de pobreza PNUD (2000), con la prevalencia de inequidades sociales entre países y dentro de un mismo país. Inequidades dadas por la carencia de servicios básicos para las viviendas y condiciones de salud precarias en las poblaciones rurales y las poblaciones urbanas más pobres. Estas desigualdades sociales favorecen riesgos de enfermedad y muerte muy distintos entre países y al interior de los países independientemente de su nivel de desarrollo.

La reducción de la mortalidad en América Latina tuvo un fuerte impacto en el aumento de la fecundidad: al mejorar las condiciones sanitarias de los embarazos y partos la mortalidad materna disminuyó, al disminuir la viudez aumentó la duración de las uniones y la nupcialidad total aumentó porque cada vez más cohortes llegaban a la edad reproductiva. Además, es probable que la reducción de las enfermedades infecciosas disminuyó la esterilidad (asociada a enfermedades de transmisión sexual), y en consecuencia aumentó la fecundidad (FLOREZ 2000; COSÍO 1993). A mediados del siglo XX, a medida que aumentó la esperanza de vida, la nupcialidad y la fecundidad también aumentaron. En los años 60s hubo coyunturas económicas favorables en distintos países de América Latina (por ejemplo Brasil, México, Venezuela, Colombia) en un contexto en el que el crecimiento demográfico y el crecimiento económico se estimulaban mutuamente. El rejuvenecimiento de la población de estos años condiciona y condicionará la evolución futura de la población. En el periodo 1950-1965, la tasa de crecimiento poblacional tiene los niveles más altos del siglo, con una tasa media anual de 2.8% en el período. Descensos acentuados de la mortalidad en varios países de la región y la permanencia de altos niveles de fecundidad, 6 hijos por mujer en promedio,

pueden explicar el alto crecimiento del periodo. Este proceso se ha identificado como una etapa de crecimiento poblacional extraordinario¹.

Así, el preludio de la transición reproductiva se caracteriza por la elevación de la nupcialidad y de la fecundidad hasta 1965. La elevación de la nupcialidad y la precocidad de las uniones en la década 1950-1960, se ha establecido tanto con datos de los censos como con otras fuentes de información. La proporción de mujeres unidas aumentó en el periodo, sobre todo aumentó la nupcialidad legal, en tanto que la proporción de solteras definitivas disminuyó del 19 al 9% entre 1950 y 1980. Aunque con diferencias notables entre países², se dio una disminución generalizada de la edad a la primera unión, de tal forma que algunos autores hablan del “marriage boom” latinoamericano paralelo al “marriage boom” europeo de la posguerra (HULE R., SOLSONA M., TRIVIÑO R., 2001). Este aumento de la nupcialidad total (entre el 87 y el 97% de las mujeres llegaron a casarse en el periodo 1950-65) podría explicarse por el crecimiento económico, la migración campo ciudad acelerada y con ella el aumento de la oferta de empleo urbano³. Como consecuencia de una nupcialidad cada vez más universal y precoz, se produce un aumento de la fecundidad hasta 1965, consecutivo al descenso de la mortalidad. En 1960, año de máximo crecimiento poblacional, la tasa total de fecundidad latinoamericana se situaba entre 6 y 7.5 hijos por mujer⁴. Entonces, puede decirse que en general la fecundidad natural⁵ se mantiene hasta 1965.

¹ Este proceso también se ha denominado “explosión demográfica”, término que se usaba desde los años 50s en textos de demografía y que también se ha usado en el lenguaje de las políticas de población.

² En el periodo de la “explosión demográfica” se distinguen tres grupos de países según los modelos de nupcialidad: en el primero la nupcialidad es muy temprana, con una edad promedio a la primera unión entre los 18 y 19 años de edad, dominante en América Central y el Caribe con una alta proporción de uniones consensuales. En el segundo la nupcialidad es precoz, con una edad promedio a la primera unión entre 20 y 21 años de edad en países de América del Sur (Colombia, Ecuador, Perú, Paraguay, Venezuela) y el altiplano Mexicano. Además, en este grupo están Costa Rica y Panamá donde el patrón de nupcialidad menos precoz puede relacionarse con aumentos de la educación formal entre las mujeres. En el tercer grupo están los países que desde comienzo del siglo tuvieron una inmigración europea importante, Chile, Argentina, Brasil con una nupcialidad tardía dada por una edad promedio a la primera unión entre 22 y 23 años de edad (COSÍO 1993).

³ En los primeros 50 años del siglo, el éxodo rural masivo y el consecuente crecimiento de los centros urbanos, es una de las condiciones favorables a esta dinámica demográfica.

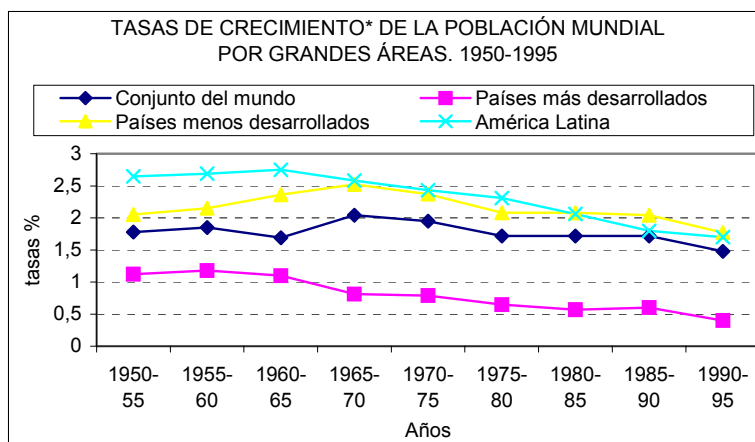
⁴ La tasa total de fecundidad es el número promedio de hijos que una mujer tendría al final del periodo reproductivo si se mantienen las condiciones de fecundidad vigentes (en el momento de la medición).

⁵ Henry (1984) define la fecundidad natural como la ausencia de control de los nacimientos durante la vida fértil de las parejas.

Excepcionalmente Cuba, Chile, Argentina y Uruguay tenían una tasa inferior a 6 hijos (cuadro 3.1.1), que son los países que habían logrado un descenso temprano. Al aumento de la fecundidad marital siguió la disminución de la mortalidad, con lo cual bajó la esterilidad, la viudez, la mortalidad materna e intrauterina⁶.

Dentro de este orden de cosas, en el periodo 1950-70 América Latina tuvo tasas de crecimiento poblacional superiores a las del conjunto de países del planeta, superiores a las tasas de los países más desarrollados, e incluso la población de la región creció a un ritmo más acelerado que el conjunto de países menos desarrollados (gráfico 3.1.1, cuadro 3.1.1). Lógicamente, en la segunda mitad del siglo XX el conjunto de países más desarrollados tienen las menores tasas de crecimiento poblacional. Tan solo en las últimas décadas del siglo el crecimiento poblacional de la región es similar al del conjunto de países menos desarrollados.

GRÁFICO 3.1.1



FUENTE: elaborado con base en COSÍO (1998)

*Tasa de crecimiento promedio anual %.

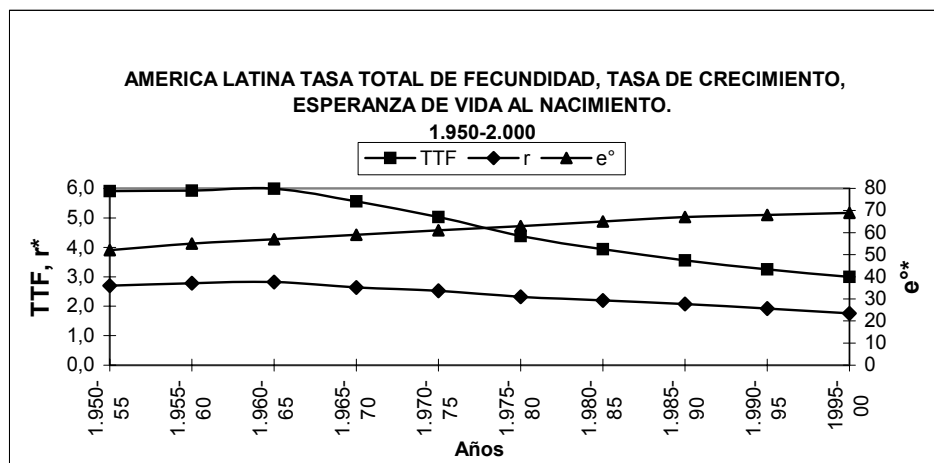
3.2 TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

En América Latina en la segunda mitad del siglo XX hay una transformación demográfica evidente: entre 1950 y el año 2000 se observa un descenso continuo de la mortalidad que se refleja en aumentos constantes de la esperanza de vida, de 52 pasa a

⁶ Cosío (1993) ilustra estos procesos con datos mexicanos. La proporción de mujeres sin hijos a los cinco años de unión que en las generaciones de 1927-1931 era 15%, bajó a 5% en las generaciones 1947-1951. La proporción de mujeres unidas a los 35 años sin ningún hijo disminuyó del 4 al 2% entre las generaciones de 1927-1931 y las de 1947-1951.

69 años. Un descenso sostenido de la tasa total de fecundidad que de 5.9 en 1960-65, pasa a 3 hijos en 1995-2000. Y en consecuencia, una tasa de crecimiento que también desciende sostenidamente, de 2.77 a 1.76% entre 1950 y el año 2000 (gráfico 3.2.1, cuadro 3.2.1).

GRÁFICO 3.2.1



FUENTE: Boletín Demográfico. Año XXVI, 48. CELADE

* TTF, tasa total de fecundidad. r, tasa de crecimiento poblacional, e° esperanza de vida al nacimiento.

FUENTE: Boletín Demográfico. Año XXVI., 48. CELADE.

Ahora bien, el proceso de transición ha sido heterogéneo entre países de la región. En el año 2000 los países se encuentran en distintas etapas de la transición demográfica en función de su desarrollo socioeconómico:

Pretransición, con mortalidad elevada y fecundidad elevada, Bolivia y Haití; “explosión demográfica” con mortalidad moderada y fecundidad elevada, Nicaragua, Guatemala, Honduras, el Salvador y Paraguay; primera etapa de la transición con mortalidad moderada y fecundidad moderada, Ecuador, Perú y Brasil, segunda etapa de la transición con mortalidad baja y fecundidad moderada, República Dominicana, México, Costa Rica, Venezuela, Panamá y Colombia; tercera etapa de la transición con mortalidad baja y fecundidad baja, Argentina, Uruguay, Chile y Cuba (BERQUÓ 1993; CELADE 2002) (cuadro 3.2.2).

CUADRO 3.2.2
TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA 2000.
INDICE DE RIESGO REPRODUCTIVO 1995

ETAPAS DE TRANSICIÓN	Población	Tasa anual crecimiento	Tasa total de fecundidad	Esperanza de vida (al nacimiento)	PAÍSES	IRR* 1995
	2002 (miles)	1995-2000 (%)	2000	2000		
Pretransición						
Mortalidad elevada	8329.	23,3	5	61,4	Bolivia	Muy alto
Fecundidad elevada	8357.	18,4	5	57,2	Haití	n.d.**
Crecimiento extraordinario						
Mortalidad moderada	5071.	27,2	5,5	68	Nicaragua	Alto
Fecundidad elevada	11385.	26,4	5,8	64,2	Guatemala	Muy alto
	6485.	27,5	5,6	69,8	Honduras	Alto
	6276.	20,4	4,5	69,4	Salvador	Alto
	5.496	25,9	4,6	69,7	Paraguay	Alto
1° Etapa:						
Mortalidad moderada	12646.	19,7	4,1	69,9	Ecuador	Alto
Fecundidad moderada	25662.	17,3	4	68,3	Perú	Medio
	170693.	13,4	3,2	67,9	Brasil	Medio
	8396.	17,2	3,8	68,6	Rep. Domini.	Medio
	5071.	16,3	3,6	72,4	México	Medio
	4023.	24,8	3,4	76,5	Costa Rica	Bajo
2° Etapa:						
Mortalidad baja	24170.	20,2	3,5	72,8	Venezuela	Medio
Fecundidad moderada	2856.	16,4	3,1	74	Panamá	Medio
	42321.	18,7	2,9	70,7	Colombia	Medio
	37032.	12,6	3	73,1	Argentina	Bajo
3° Etapa:						
Mortalidad baja	3337.	7,3	2,4	74,1	Uruguay	Bajo
Fecundidad baja	15211.	13,6	2,7	75,2	Chile	Bajo
	11199.	4,2	1,8	76	Cuba	Muy bajo

Fuente: CELADE. 2002. BERQUÓ 1.993

*IRR, índice de riesgo reproductivo diseñado con base en indicadores de estado de salud y atención de salud reproductiva .
La clasificación se hizo entre los países de América Latina, con base en PAI 2001.

Es interesante vincular la clasificación de los países de la región según etapas de la transición, con indicadores de la salud reproductiva propios de cada país (cuadro 3.2.2). El índice de riesgo reproductivo diseñado por Population Action International (2001) incluye diez indicadores, unos reflejan estados de salud y otros reflejan acceso a los servicios de salud; estos indicadores són: prevalencia de VIH/SIDA (en hombres y en mujeres), regulación de la fecundidad (prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres), proporción de mujeres que reciben atención prenatal, nutrición en el embarazo (prevalencia de anemias), proporción de nacimientos atendidos por personal calificado, la sobrevivencia a eventos de maternidad (muertes maternas por mil nacidos vivos), procreación temprana (nacimientos en adolescentes 15-19 años), tasa total de fecundidad, estado de la legislación de aborto (disponible a solicitud, permiso basándose en razones de salud o sociales amplias, permitido basándose en razones de salud limitadas, permitido solo en casos especiales de violación, incesto, sobrevivencia de la mujer, ilegal o permitido sólo para salvar la vida de la mujer)⁷. Resulta interesante

⁷ Cada uno de los diez indicadores utilizados se calificó en una escala de 1 a 100, luego, se estimó el promedio de las puntuaciones. Las puntuaciones se clasificaron en quintiles, muy alto, alto, moderado, bajo y muy bajo (PAI 2001).

intentar vincular el índice de riesgo reproductivo con la etapa de la transición de la fecundidad en la que se encuentran los países⁸. Países con un riesgo reproductivo muy alto o alto, están en la etapa de pretransición, o en la explosión demográfica (mortalidad elevada o moderada con fecundidad elevada), situación que se asocia con estados precarios de salud reproductiva y atención materno infantil deficiente; este es el caso de Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Salvador, Honduras y Paraguay. Por el contrario, los países que están en la tercera etapa de la transición demográfica (con mortalidad baja y fecundidad baja) tienen niveles de riesgo reproductivo bajo o muy bajo; este es el caso de Costa Rica, Argentina, Chile y Cuba, que tienen los mejores indicadores de salud reproductiva de la región. En consecuencia, los países que están en la primera y segunda etapa de la transición (con mortalidad moderada o baja y fecundidad moderada) tienen niveles moderados de riesgo reproductivo; este es el caso de República Dominicana, México, Panamá, Venezuela y Colombia. De acuerdo con estos resultados, puede pensarse que el índice de riesgo reproductivo sintetiza algunas de las principales dimensiones de la salud reproductiva. Aunque no se incluye la totalidad de dimensiones de la mortalidad y la morbilidad reproductiva, ni todos los aspectos de los servicios de salud, la robustez del índice se valida por la correspondencia observada entre etapas de la transición demográfica y los distintos niveles de riesgo reproductivo⁹.

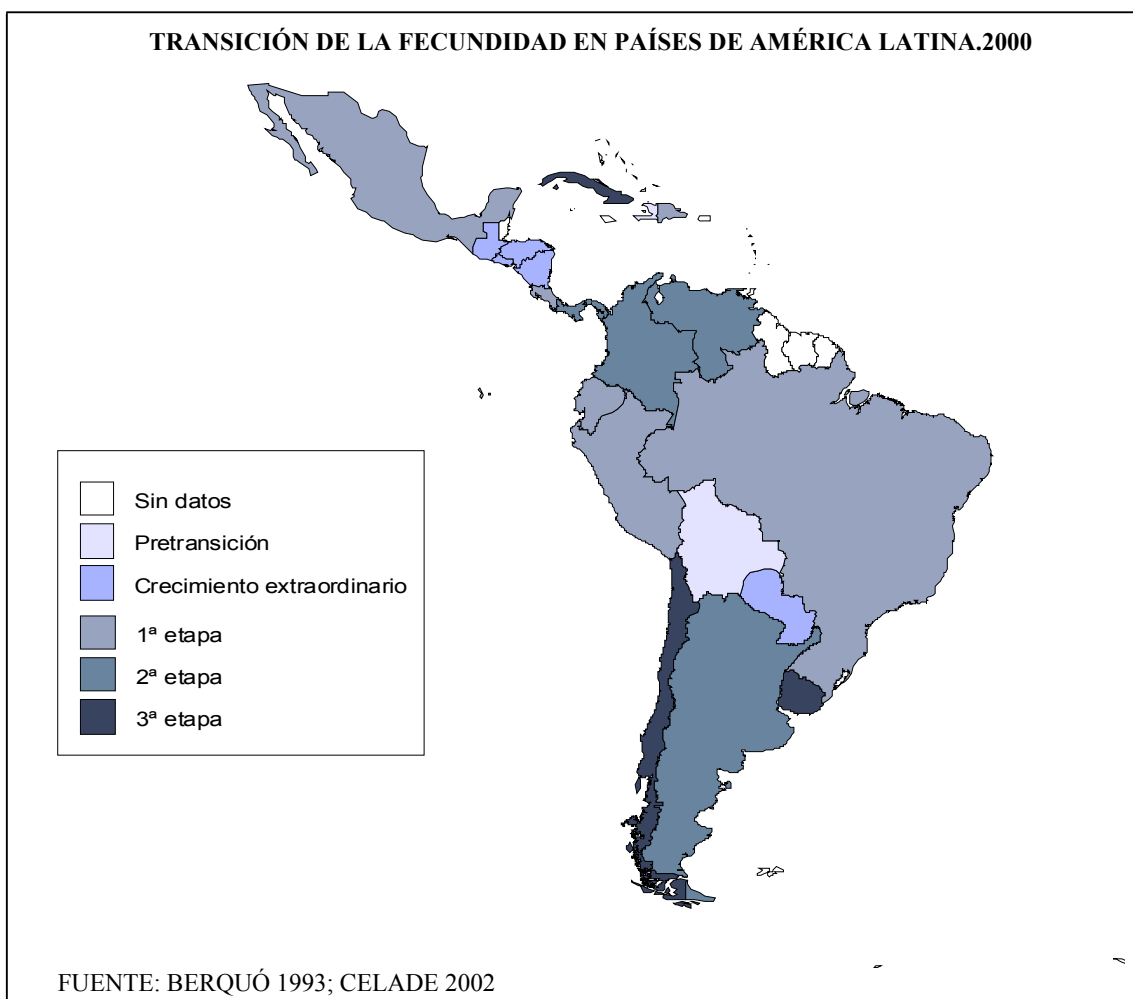
Finalmente, hay que tener en cuenta que al final del siglo, la distribución de los países de América Latina según etapas de la transición demográfica es parecida a la observada diez años atrás. Sin embargo, llama la atención Brasil, que puede considerarse un caso

⁸ Aunque las estimaciones de riesgo reproductivo son del año 1995 y la clasificación en etapas de transición es del año 2000, hay una coincidencia casi perfecta entre niveles de riesgos y etapas de transición, razón por la que los dos periodos se consideran comparables. Por la misma razón no se considera necesario hacer una prueba de asociación entre las variables. Además, en los últimos 10 años no ha habido cambios sustanciales en la clasificación de los países de la región según etapas de la transición.

⁹ Puede considerarse que el índice de riesgo reproductivo es un buen indicador de la problemática de salud reproductiva porque incluye indicadores de morbilidad, mortalidad y atención de la salud reproductiva. Entonces, los niveles altos, e incluso los niveles intermedios de riesgo pueden expresar simultáneamente distintas condiciones desfavorables: que la población no tiene acceso a los derechos de atención integral (servicios de planificación familiar, atención del embarazo y el parto, anemias en el embarazo), que la equidad de género no se refleja en las decisiones reproductivas y que son limitadas las condiciones sociales para decidir cuántos hijos tener y en qué momento tenerlos (alta procreación temprana, alta tasa total de fecundidad, legislación restrictiva sobre aborto), que existen niveles de morbilidad y mortalidad reproductiva que impiden que se lleve a la práctica el derecho universal de bienestar en la vida reproductiva (prevalencia de aborto, enfermedades de transmisión sexual incluido VIH/SIDA, muertes maternas).

atípico porque de acuerdo con la esperanza de vida se encuentra en la primera etapa (con mortalidad moderada), pero de acuerdo con la tasa total de fecundidad se encontraría en la tercera etapa de la transición, con fecundidad baja. Esto porque el descenso de la fecundidad de Brasil ha sido extraordinario, entre 1985-90 y 1995-2000 la tasa total de fecundidad descendió en un 40%, la tasa baja de 3.2 a 2.3 hijos. En los mismos años hay un descenso porcentual similar de la fecundidad en El Salvador (la tasa pasa de 4.5 a 3.2 hijos), país que vivió una situación excepcional de guerra. En el resto de países también la fecundidad ha continuado descendiendo, excepto Colombia que tiende al estancamiento (la tasa pasa de 2.9 a 2.8 hijos). Los descensos han sido moderados en Perú, Ecuador, República Dominicana, Honduras, México y Nicaragua (alrededor del 30%), con tasas de fecundidad moderadas que están entre 3 y 2.8 hijos, excepto Honduras que tiene una tasa elevada de 4.3. Entre tanto, los demás países han tenido descensos bajos (entre el 20 y el 10%), con tasas muy variadas, elevadas, moderadas y bajas, que están entre 4.9 y 2.4 hijos (PNUD 2002)¹⁰.

¹⁰ Una clasificación similar de los países de la región según etapas de la transición demográfica reportan Flórez y Núñez (2000).



3.3 TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD

Desde mediados de los años 60s, se inician distintas acciones para contener el rápido crecimiento de la población en la región. El control de la natalidad pasa a ser parte de los programas de los organismos internacionales y de los programas de los gobiernos locales¹¹. El resultado de las acciones en población se evidencia en la disminución de la tasa de la tasa total de fecundidad, que entre 1960 y el año 2000 baja de 5.9 hijos 2.7 hijos en promedio (cuadro 3.3.1). Así, en los últimos 30 años del siglo la fecundidad total en la región descendió en un 30% aproximadamente, y el descenso fue un poco

¹¹ En el capítulo quinto se habla con detalle sobre el cambio en las políticas de población durante el proceso de transición.

mayor en los primeros 15 años. Una vez más, se evidencia que el ritmo de cambio de los indicadores demográficos fue más acelerado en las primeras décadas de la transición, en la última década, el proceso continúa avanzando pero lentamente, con tendencia a la estabilidad en algunos aspectos (por ejemplo, la distribución de los países según etapas de la transición demográfica no ha cambiado en los últimos 10 años).

A pesar de los avances logrados, a finales de siglo en América Latina la fecundidad deseada aún está por debajo de la fecundidad real. Esto puede indicar que las necesidades de planificación familiar se atienden parcialmente y que si se tuviera mayor cobertura de anticoncepción la fecundidad podría reducirse aún más. En la mayoría de estos países las mujeres dicen que desean menos hijos de los que han tenido, a pesar del drástico descenso observado en la tasa total de fecundidad, de cada vez aumenta el uso de métodos anticonceptivos y que se pospone más la edad promedio a la maternidad. De todos modos, la fecundidad deseada está por encima del nivel de reemplazo y continúa predominando la fecundidad a “edad temprana” (BERQUÓ 1993, DHS 1995, 2000). Este orden de cosas significa que aún falta por hacer en materia de derechos reproductivos. La libertad de decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos se relaciona con la equidad de género, la prestación de servicios de salud reproductiva, la promoción del estatus social de la mujer, entre otros aspectos que han sido considerados pilar de la política de salud reproductiva. (En el capítulo quinto referido a políticas de población se comenta la política de salud sexual y reproductiva).

• HETEROGENEIDAD ENTRE PAISES

Según Cosío Zavala (1993), dos “revoluciones anticonceptivas” se identifican en América Latina. La autora reconoce una primera “revolución anticonceptiva” ocurrida a comienzos del siglo en los países que recibieron inmigración europea importante, Argentina, Uruguay, Chile y Cuba, donde se controlaban los nacimientos cuando en el resto de países predominaba la fecundidad natural¹².

¹² Se refiere al nivel de fecundidad que se alcanza en ausencia de control deliberado.

La otra “revolución anticonceptiva” se refiere a los cambios ocurridos desde los años 60s en la fecundidad, favorecidos por los programas de planificación familiar difundidos desde entonces en los países latinos. Entre 1960 y 1985 las tasas totales de fecundidad disminuyeron entre un 10 y un 61% (cuadro 3.3.1).

CUADRO 3.3.1
TASA TOTAL DE FECUNDIDAD EN PAÍSES LATINOAMERICANOS. 1960, 1985, 2000

PAÍSES	1.960	1.985	2.000	REDUC.% 1960-85	REDUC% 1985-2000
Argentina	3,1	3,4	2,4	-10	29,4
Bolivia	6,6	6,3	4,4	5	30,2
Brasil	6,1	4	2,3	35,5	42,5
Chile	4,9	2,6	2,4	47,8	7,7
Colombia	6,7	3,6	2,8	46,4	22,2
Costa Rica	6,9	3,5	2,8	49,6	20,0
Cuba	4,6	1,8	n.d*	61,5	n.d*
Ecuador	7	5	2,1	28,6	58,0
Guatemala	6,8	6,1	4,9	10,9	19,7
Haití	6,1	5,5	4,4	10,6	20,0
Honduras	7,3	6,5	4,3	11,6	33,8
México	6,7	4,7	2,8	30,4	40,4
Nicaragua	7,3	5,9	4,3	19,5	27,1
Panamá	5,9	3,5	2,6	40,9	25,7
Paraguay	6,6	4,9	4,2	26	14,3
Perú	6,8	5,2	3	24,1	42,3
Salvador	6,8	5,6	3,2	18,2	42,9
Uruguay	2,9	2,8	2,4	3,4	14,3
Venezuela	6,7	4,1	3	38,8	26,8
Rep. Domin.	7,3	4,1	2,9	44,4	29,3
TOTAL América Latina	5,9	3,9	2,7	33,9	30,8

FUENTE: Naciones Unidas 1985; Camiza Z.; CELADE 1983; PNUD 2000.

*n.d. no disponible

Por una parte, en Costa Rica, Chile, Colombia y algunas islas del Caribe la fecundidad descendió muy rápidamente entre 1960 y 1985, bajó principalmente la fecundidad marital al final de la vida reproductiva. Este descenso se debió al uso de anticonceptivos, la píldora principalmente y el dispositivo intrauterino. Casi siempre ha habido una asociación positiva entre el descenso de la fecundidad y el uso masivo de anticonceptivos técnicos.

Por otra parte, entre 1960 y 1985 los menores descensos están en países que habían tenido transiciones tempranas, Argentina y Uruguay, y en los países con crecimiento económico más lento y mayor analfabetismo, en los que la fecundidad permanecía

elevada aún en 1985, Bolivia, Nicaragua, Honduras, Haití, con tasas entre 5.5 y 6.5 hijos. Es estos países se acentúan las condiciones de pobreza de amplios grupos de población femenina, quienes tienen status social más bajo. Cuba y Chile que también tuvieron descensos desde comienzos del siglo lograron una fuerte caída de la fecundidad en el periodo mencionado, de 4.6 a 1.8 y de 5 a 2.6 respectivamente. Costa Rica, Colombia y República Dominicana también registraron descensos notables, entre el 40 y el 50%, pasando de 7 a 3 hijos aproximadamente, en el mismo periodo.

Por el contrario, los países con descensos relativamente tardíos alcanzaron reducciones importantes de la fecundidad 15 años más tarde, entre 1985 y el año 2000; estas reducciones fueron superiores al conjunto de la región: Ecuador, Brasil, Perú, Salvador y México. Después en los años 80 (hasta finales de siglo) se difundió rápidamente la esterilización femenina que en algunos países ha cubierto la cuarta parte de las mujeres unidas, en Brasil, Ecuador, Panamá, Puerto Rico y República Dominicana.

• **HETEROGENEIDAD ENTRE GRUPOS SOCIALES Y GRUPOS ETÁREOS**

El concepto de modelo de transición demográfica fue discutido por Cosío Zavala (1993): la dinámica de la mortalidad, la nupcialidad, la fecundidad y la migración, conforman un modelo de reproducción de las poblaciones, donde cada una de las variables poblacionales determina y responde a la vez a parámetros económicos, sociales y culturales. Según el contexto histórico y espacial cambian los modelos de reproducción. La transición demográfica es un cambio en la composición del modelo. Entonces, se puede hablar de modelos de transición demográfica cambiantes. Para ilustrar la especificidad de América Latina la autora habla de dos modelos de transición de la fecundidad, las poblaciones urbanas de estratos medios y altos que lideraron el proceso adoptando patrones modernos de fecundidad similares a los europeos, y los estratos de pobreza que han tenido descensos tardíos de la fecundidad conservando patrones tradicionales de nupcialidad y fecundidad.

En América Latina en los años 60s el descenso de la fecundidad comenzó en las grandes ciudades y entre las mujeres con mayor educación. Actitudes modernas hacia la reproducción, similares a las observadas en Europa, caracterizan la “segunda revolución anticonceptiva”. Esto explica que en las áreas metropolitanas de América

Latina los niveles estén al rededor de 2.5 hijos por mujer en 2000. Entre tanto, en las áreas rurales la fecundidad permanece entre 5 y 6 hijos asociada a una nupcialidad precoz. No solo en las capas más pobres de la sociedad, sino también en los países menos desarrollados, la fecundidad tiene elevados niveles asociados a la pobreza, la malnutrición y la atención de la salud pública precaria. Sin embargo, en estos grupos la fecundidad también ha bajado, la pobreza de los hogares obliga a tener menos hijos. La oferta amplia de servicios de anticoncepción en el marco de programas públicos y privados ha facilitado el descenso de la fecundidad en las zonas rurales y los estratos pobres de las ciudades. En estos casos el control se ha dado principalmente en la fecundidad marital y en los últimos quinquenios del período fértil, con lo cual preferencialmente se limita el tamaño de familia. Se ha recurrido a la esterilización después de tener muchos hijos, pero con pautas de fecundidad tradicionales, unión precoz y cortos intervalos intergenésicos. Sin embargo, en estos grupos aún es alta la fecundidad. La experiencia muestra que para lograr reducciones significativas es necesario el desarrollo social y económico, condiciones no presentes ni en las zonas rurales ni en los estratos de pobreza (COSÍO ZAVALA 1993).

Ante la heterogeneidad del proceso de transición en América Latina cabe preguntar: cuáles son las diferencias importantes al interior de estos dos modelos de transición?. Los vínculos entre fecundidad y trabajo son diferentes en cada caso?. En cada modelo, el comportamiento reproductivo es diferente según la educación de las mujeres?. Para responder a estas preguntas, distintos autores han discutido que los vínculos fecundidad educación y fecundidad trabajo contribuyen a explicar los diferenciales en los dos modelos de transición (GERMAIN, ORDWAY 1989; FLÓREZ 1990; BERQUÓ 1993; GOLDANI 1994; MASON, WULF 1996; MEDINA 1999; FLOREZ 2000). Más allá de las diferencias en los niveles de desarrollo económico en los países latinos, la industrialización y la modernización con una situación de los hogares cada vez más precaria, empujan a la mujer al mercado de trabajo. Sin embargo, hay *dos diferencias* notables:

Primera, en los grupos sociales más pobres, a pesar de que comparativamente (con las zonas urbanas y los estratos altos) se tienen más hijos, la mujer trabaja por la necesidad de elevar el ingreso del hogar, en tanto que las redes sociales de apoyo familiares y comunitarias participan en la crianza. En las zonas rurales se tienen más hijos porque el

uso de anticonceptivos es limitado, los hijos son mano de obra rural y se consideran una garantía para la vejez. En estas condiciones hay una edad temprana a la unión, hay diferencia de edad entre los cónyuges y las uniones tienden a ser estables. De todas maneras, los estratos pobres también han conseguido descensos en la fecundidad porque hay una oferta masiva de anticoncepción dentro de los servicios de salud pública; en varios países ha tenido importancia la esterilización para limitar el tamaño de familia conservando los patrones tradicionales de fecundidad. Es explicable que en condiciones de vida precarias los riesgos de mortalidad infantil son mayores y relacionados con los patrones de fecundidad: cortos intervalos entre los embarazos y alta paridez conllevan mayor riesgo de bajo peso al nacer y partos complicados, los servicios de salud deficientes favorecen atención materna deficiente. Se ha discutido ampliamente el hecho de que los hijos que se pierden en el primer año de vida tienden a ser reemplazados, lo cual aumenta la fecundidad.

Segunda, en los grupos sociales con mejores condiciones económicas y patrones modernos de fecundidad, hay un mayor uso de anticonceptivos, se incrementan los intervalos entre la unión y el primer hijo y también entre los demás nacimientos, aumenta la edad al primer hijo, se quieren tener pocos hijos bien escolarizados; aumenta la edad a la unión, hay más separaciones conyugales y la diferencia de edad entre los cónyuges tiende a desaparecer. Este es el caso en el que se valida la hipótesis sobre la incompatibilidad de roles: entre más incompatible sean los papeles de madre y trabajadora, la asociación entre participación laboral y fecundidad será más negativa. La incompatibilidad de roles aumenta con el nivel educativo, en consecuencia aumenta el costo o valor del tiempo asignado a la crianza. La hipótesis sobre el costo oportunidad de tener un hijo se valida cuando aumenta el nivel educativo: las mujeres valoran el costo oportunidad de tener un hijo de acuerdo con las circunstancias laborales definidas por su nivel educativo (FLOREZ 1990). Entonces, en los estratos con patrones modernos de fecundidad se validan las dos hipótesis. Por el contrario, estas hipótesis no se validan en los estratos de pobreza y dentro de ellos las zonas rurales, donde las mujeres con baja educación y patrones tradicionales de fecundidad se incorporan al trabajo remunerado por la necesidad de incrementar los ingresos del hogar.

Además, llama la atención que el descenso de la fecundidad en América Latina tampoco ha sido homogéneo en los distintos grupos de edad. A pesar de los descensos acentuados de la fecundidad adulta y total en los países de la región, la fecundidad adolescente y juvenil, sobre todo la adolescente, aumentó en la década de los 90s¹³. Para el periodo 1990-95 se estimó una tasa de fecundidad para las mujeres de 15 a 19 años de 92 por mil, en tanto que para el periodo 1980-90 esta tasa fue 89 por mil (DHS, 1990, 1995, 2000). Este aumento fue mayor en las zonas rurales que en las urbanas. En algunos casos las mujeres jóvenes tienen nacimientos a temprana edad porque consolidan uniones conyugales muy rápidamente y entran en eventos de fecundidad marital (República Dominicana). En otros casos, la maternidad a temprana edad se asocia con el inicio precoz en la actividad sexual y este es el caso del madresolterismo adolescente y juvenil (Colombia)¹⁴. Pero no siempre el inicio precoz en la sexualidad conlleva embarazos, como ocurre en los grupos en los que la anticoncepción tiene buena aceptación y se utiliza eficazmente (Brasil). Las desventajas sociales inherentes a las madres jóvenes y sus hijos dependen de sus condiciones materiales de vida. Así, los hallazgos de las Encuestas de Demografía y Salud para distintos países de América Latina indican que la baja educación, el origen rural y las condiciones socioeconómicas de los hogares influyen tanto en la edad de inicio en la sexualidad como en la maternidad juvenil, y sobre todo en el madresolterismo de adolescentes y jóvenes (FLOREZ, NÚÑEZ 2000).

¹³ Se refiere a un análisis de las tres últimas DHS de varios países latinos, en el que se concluyen las tendencias del periodo 1990-2000 (FLOREZ, NÚÑEZ 2000).

¹⁴ En el capítulo sexto se analiza el caso de la fecundidad adolescente con mayor detalle, comparando los indicadores de la capital con los del conjunto del país.

4. TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD EN COLOMBIA

Colombia se encuentra en la esquina noroccidental de Sudamérica, entre Panamá y Venezuela, rodeado por las aguas del Atlántico y del Pacífico, y cinco fronteras terrestres, Panamá, Venezuela, Perú, Brasil y Ecuador. El país tiene una superficie terrestre de 1'141.748 km².

MAPA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
BOGOTÁ, CIUDAD CAPITAL



FUENTE: DANE

Con base en la información censal de Colombia y las grandes encuestas de fecundidad, en el siglo XX se evidencian transformaciones en la dinámica de la población que dan cuenta del proceso de transición demográfica. Según el censo de 1951 en Colombia se registran 11,5 millones de habitantes, 33 millones en el censo de 1993 y con base en las proyecciones de población se estiman 45 millones en el año 2004 (DANE 2004).

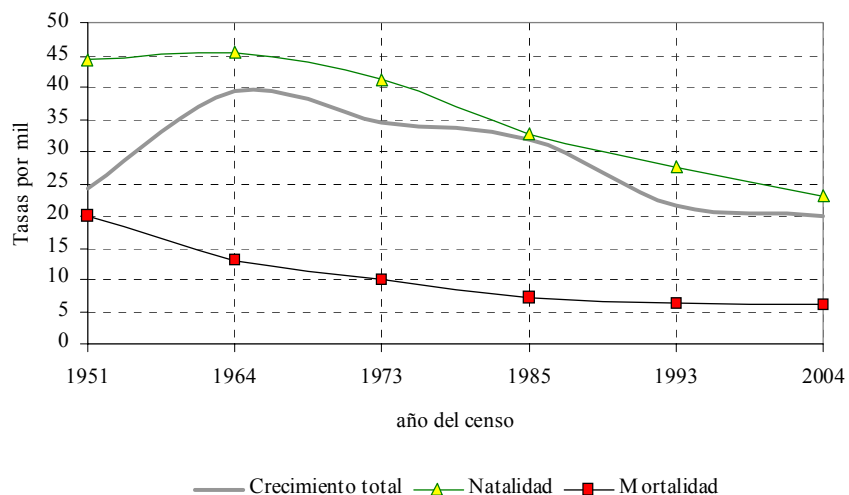
La tasa de crecimiento de 2.4% entre 1938-51 aumenta a 3% durante 1951-64, y desciende a 2.9 entre 1964-73, hasta alcanzar niveles bajos de 1,9% entre 1985-1993 y 1.6 para el quinquenio 2000-05 (UNFPA). Estos cambios en el crecimiento poblacional se explican por la dinámica de la mortalidad y la fecundidad.

4.1 CONTEXTO DE LOS CAMBIOS DE LA FECUNDIDAD: LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

Como es típico de un proceso de transición, en Colombia la mortalidad descendió antes que la natalidad, y en consecuencia lideró los otros cambios demográficos (COSÍO 1993). A comienzos del siglo se tenía una tasa bruta de mortalidad de 23.5‰, que descendió a 20‰ en los años 50, a 13‰ en el periodo intercensal 1951-64, a 6.3‰ para el periodo 1985-93, y a 5.7‰ para el año 2004. La mortalidad infantil, indicador de desarrollo sensible, también ha tenido descensos muy altos, de 186‰ a comienzos del siglo XX, baja a 150‰ en 1951, y a 25.6‰ en el año 2000. Y en la esperanza de vida al nacimiento se ganan 20 años entre 1950 y el año 2000, de 50 sube a 70 años, con un diferencial alto por sexo, para hombres 69.1 años y para mujeres 75.3 años (DANE 2004).

Entre tanto, la natalidad permanece alta y constante durante las tres primeras décadas del siglo, 42.8‰ entre 1905 y 1938, 45.4‰ entre 1951 y 1964. Desde mediados de los 60s la natalidad comienza a disminuir hasta 27.5‰ entre 1985 y 1993. Los principales descensos se dan en la década de 1970, cuando la tasa de natalidad se reduce en un 25% (FLOREZ 2000).

GRÁFICO 4.1.1
TASA DE CRECIMIENTO POBLACIONAL, TASA DE NATALIDAD Y TASA DE
MORTALIDAD. COLOMBIA. 1951-2004



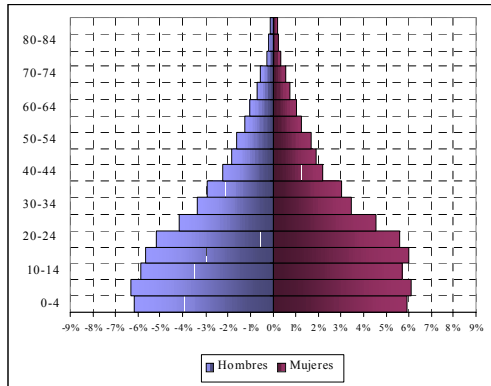
FUENTE: ROLDAN J., 2004 (con base en DANE 1964, 1985, 1993, 2004)

En consecuencia, durante estos años se ha modificado la estructura de la población del país. Las pirámides de población de basadas en los censos de 1964, 1985, 1993 y 2004, indican disminuciones progresivas en la proporción de menores de 15 años, que entre 1951-2004 bajó del 42.6% al 32%. Con estos cambios, lógicamente, ha caído notablemente la relación de dependencia (DANE 2004). Al mismo tiempo, ha venido aumentando la población adulta, sobre todo los adultos jóvenes, y se evidencia un envejecimiento demográfico relativamente incipiente pero creciente, con todas las implicaciones que esto trae sobre las necesidades y demandas de la población en las distintas áreas del bienestar social.

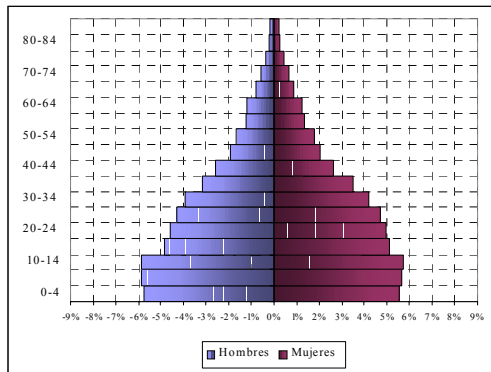
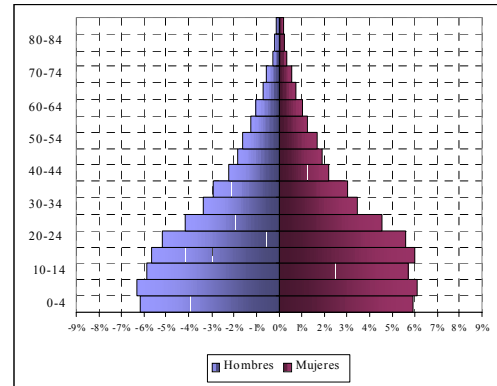
GRÁFICO 4.1.2

PIRÁMIDES DE LA POBLACIÓN COLOMBIANA. 1965, 1985, 1993, 2004

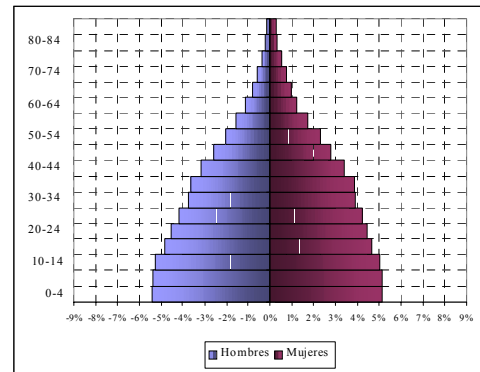
1964



1985



1993



2004

FUENTE: ROLDAN J., 2004 (con base en DANE 1964, 1985, 1993, 2004)

Finalmente, dentro de un proceso de transición demográfica es inherente la urbanización. Improductividad de algunas regiones del país por falta de infraestructura (transporte, comunicaciones, servicios básicos), mecanización de la agricultura, mejores condiciones económicas y mayor oferta de servicios de bienestar social en las áreas urbanas, y en menor medida el desplazamiento por violencia, han favorecido el proceso de concentración urbana vivido en el país desde 1930 hasta la actualidad. El censo nacional de 1951 registra un 38,7% de población urbana y para el año 2004 se estima que el 71% de la población del país vive en los centros urbanos (DANE 2004).

Todos estos cambios son típicos de un proceso de transición demográfica y en su contexto los cambios en la fecundidad, van de la mano con cambios en la nupcialidad, en el uso de anticonceptivos y en consecuencia cambia la organización de la familia.

Para este cambio, las parejas adoptan nuevos valores sobre la crianza y el tamaño de familia, con lo cual cambia el patrón reproductivo. La transición de la fecundidad hace parte del proceso de transición demográfica y se da en el contexto de la modernización, aumento de la participación de la mujer en la fuerza de trabajo, mayor cobertura de la educación, disminución del nivel de empleo agrícola y aumentos notables del empleo en el sector servicios y desarrollo de los medios de comunicación.

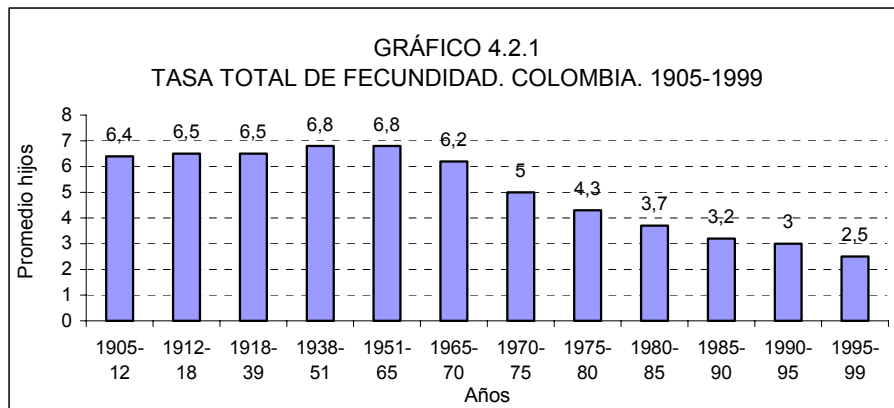
4.2 CAMBIOS DE LA FECUNDIDAD

• EVOLUCIÓN DE LA INTENSIDAD Y LA ESTRUCTURA POR EDAD

Cuál fue el contexto social colombiano que favoreció el inicio del proceso de transición de la fecundidad?. Desde los años 50s el gobierno colombiano enfatizó las campañas de salud que se habían emprendido en las dos décadas anteriores. Desde mediados de esta misma década aumentó el gasto público en educación, con lo cual en los siguientes 20 años disminuyó notablemente el analfabetismo y aumentó notablemente la tasa de educación primaria. Sin embargo, las inversiones en salud y educación fueron muy desiguales entre zonas rural y urbana. Estos cambios, unidos a la mecanización de la agricultura y el estímulo a la industria y la construcción urbana, favorecieron una fuerte migración rural urbana que duplicó el porcentaje de población urbana en el periodo 1937-73, cuando el grado de urbanización pasa del 30 al 62%. Los cambios estructurales propios de la modernización, la urbanización, el aumento de la educación, el crecimiento de la industria, la mayor participación de la mujer en la fuerza de trabajo, las mejoras en las condiciones de salud y vivienda, y el crecimiento económico de las décadas 1960 y 1970, favorecieron los cambios en la fecundidad. El crecimiento extraordinario de la década de los años 50 permitió que el gobierno aceptara la entrada de los programas de control natal. Los cambios en los valores y actitudes hacia la familia y hacia el papel social de la mujer, inicialmente tomaron fuerza en las zonas urbanas, más tarde y en menor medida comenzaron a difundirse en las zonas rurales. Por ejemplo, según la Encuesta Nacional de Fecundidad (1964), a mediados de la década de 1960 la fecundidad real era el doble que la deseada, este es un indicador de la receptividad al uso de anticonceptivos que había entre las mujeres colombianas al comienzo del proceso de transición. Todos estos cambios sociales se mantienen y se

intensifican en la segunda mitad del siglo XX, concomitantes al avance del proceso de transición de la fecundidad¹.

Ahora bien, en Colombia, durante las tres primeras décadas del siglo XX la fecundidad permanece constante, con una tasa total (TTF) aproximada de 6.4 hijos por mujer. Cuando comienza a disminuir la mortalidad, entre 1930 y 1950, la fecundidad total aumenta levemente (gráfico 4.2.1), probablemente por mejoras en las condiciones de salud de las mujeres, que conlleva la disminución de la mortalidad materna y la disminución de la esterilidad por enfermedades infecciosas. Para el periodo 1960-64 se tiene una TTF de 7 hijos por mujer, desde 1965 esta tasa comenzó a descender, a 4.6 en 1972-73, a 3.6 en 1980, hasta llegar a 2.5 hijos por mujer en 1995-99 (FLÓREZ 2000).



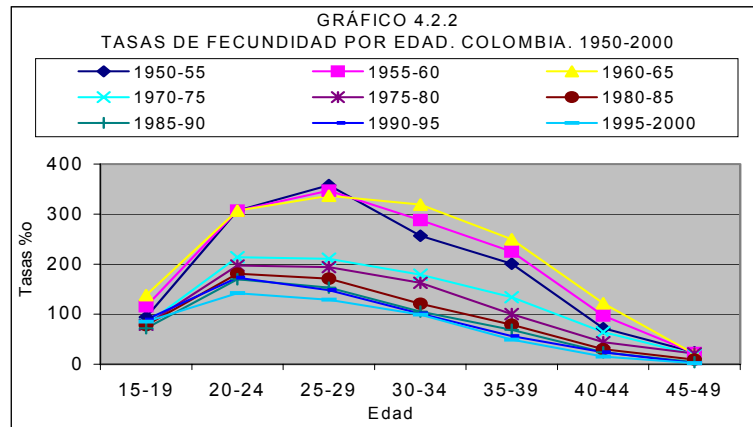
FUENTE: FLÓREZ 2000, con base en DANE 1988; Profamilia 1990, 1995,2000

Los descensos más importantes en la tasa total fecundidad se dieron entre 1965 y 1990. En menos de medio siglo la fecundidad en Colombia desciende en un 60%, pocos países en el mundo han logrado un descenso tan grande en 50 años. A finales de siglo el país se encuentra en una etapa avanzada de la transición de la fecundidad, similar a la situación de Costa Rica, Brasil, México, Ecuador, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela.

Con los descensos de la fecundidad también ha cambiado el patrón por edad, el nuevo patrón se asocia a una fecundidad regulada por el control natal. Los descensos de la fecundidad han ocurrido principalmente entre las mujeres de 25 y más años de edad, lo que permite pensar que las mujeres adultas (tercer quinquenio fértil en adelante) son las

¹ En el artículo titulado, acciones de planificación familiar en Colombia (capítulo cuarto), también se habla sobre el contexto social favorable al proceso de transición de la fecundidad en el país.

que más acogen el uso de anticonceptivos. Estos cambios han traído un rejuvenecimiento de la estructura por edad de la fecundidad y un descenso de la edad media a la maternidad² (gráfico 4.2.2).



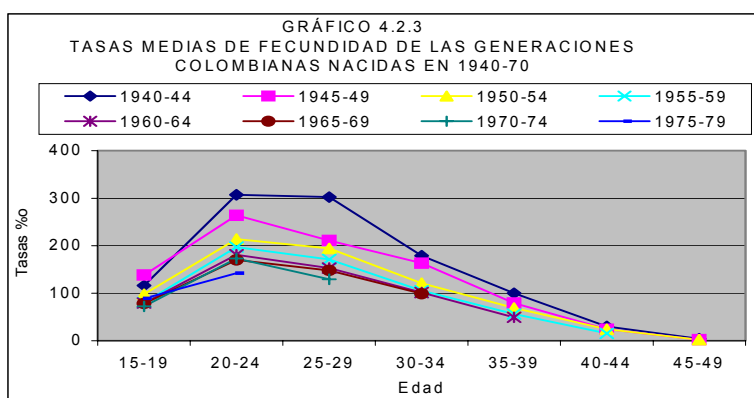
FUENTE: FLÓREZ (2000), con base en DANE 1988 PROFAMILIA 1990, 1995, 2000

En la etapa pretransicional (antes de 1965) el patrón tenía una cúspide dilatada a los 25-29 años, y una edad media a la maternidad de 30 años. Hacia finales del siglo, en la etapa avanzada de la transición hay una cúspide temprana a los 20-24 años con una edad media a los 27 años, esto implica que ha aumentado la contribución de las mujeres más jóvenes a la fecundidad. Así, la fecundidad del grupo 15-19 años ha aumentado desde la década de 1980, con todos los problemas que conlleva la maternidad juvenil para madres e hijos, la mayor incidencia del aborto y una mayor proporción de madres solteras. (En el acápite 5.5, heterogeneidad de la transición en Bogotá, se comparan los indicadores de la capital y el conjunto del país sobre fecundidad, nupcialidad y anticoncepción de las mujeres con 15-19 años).

Por otra parte, es interesante observar los cambios de la fecundidad por edad en las generaciones colombianas nacidas en 1940-70, quienes pasaron su vida reproductiva en 1955-2000, periodo en el que ocurrieron las grandes transformaciones demográficas en el país (gráfico 4.2.3).

². “Edad media de las madres en el momento de los nacimientos vivos según la tabla de fecundidad general” (PRESSAT 1987).

El comportamiento de las generaciones también indica el rejuvenecimiento de la estructura de la fecundidad. Las cuatro generaciones mayores, las nacidas en las décadas de 1940 y 1950, tienen una cúspide dilatada entre los 20 y los 29 años indicando que los niveles más altos se mantuvieron relativamente constantes en estas edades. Las generaciones más jóvenes, las nacidas de los años 60 en adelante, tienen descensos relativamente precipitados a partir de los 20 años, lo cual indica que hay un mayor aporte a la fecundidad por parte de las mujeres más jóvenes (del grupo 15-19 años).



FUENTE: Elaborado con base en FLÓREZ 2000

- HETEROGENEIDAD DEL PROCESO DE TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD

Un 58% del territorio de Colombia corresponde a las regiones de la Orinoquía y la Amazonía, llanuras y selvas en las que está asentada tan sólo un 3,8% de la población, mientras que la mayor parte se concentra en la Zona Andina, donde están los principales centros urbanos. En las grandes ciudades, Bogotá, Cali, Medellín y en las ciudades intermedias de la zona cafetera, se ubica el 70% de la población nacional. Esta distribución territorial de la población, observada desde los años 70, forma parte de las diferencias regionales, y se refleja en altas brechas en los indicadores demográficos regionales (ROLDAN 2004).

Entonces, en un país con una gran heterogeneidad geográfica y cultural, niveles de desarrollo desiguales entre regiones y subregiones, condiciones de vida muy distintas entre las zonas urbanas y rurales, y entre clases sociales medias, altas y bajas, la transición de la fecundidad no ha sido un proceso homogéneo. En América Latina, han

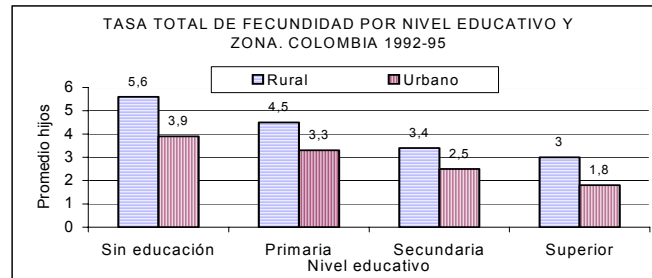
ocurrido procesos similares. Cosío (1993) habla de dos modelos de transición en la región: las poblaciones urbanas de estratos medios y altos que lideraron el proceso adoptando patrones modernos de fecundidad similares a los europeos, y los estratos de pobreza que han tenido descensos tardíos de la fecundidad conservando patrones tradicionales de nupcialidad y fecundidad.

En Colombia, las mujeres que iniciaron la transición de la fecundidad y entre quienes los descensos han sido mayores, son mujeres urbanas, con los mayores niveles de educación y empleo, y que pertenecen a los estratos más altos. Aunque el proceso lo lideraron las mujeres urbanas, en las zonas rurales también ha bajado la fecundidad notablemente, de 8 a 3.8 hijos por mujer en edad reproductiva entre 1965 y el año 2000. Sin embargo, el rezago de la fecundidad rural con respecto a la urbana es de dos décadas, los niveles rurales del 1995-2000, se habían alcanzado en las zonas urbanas en los años 70s. Los cambios de la fecundidad tampoco han sido homogéneos por región geográfica, y tampoco lo han sido por zona rural urbana. En 1973, Bogotá capital y mayor centro urbano se encontraba en una etapa avanzada de la transición demográfica, con una TTF de 3 hijos, y el mismo nivel lo tenían la mayoría de las zonas urbanas de la región Andina, que tiene relativamente alto desarrollo social. Entre tanto, la zona rural se podía clasificar en una etapa pretransicional con 5.5 hijos por mujer. Veinte años después, cuando el país se encuentra en una etapa avanzada de la transición de la fecundidad, persisten enormes diferencias en los niveles de fecundidad por áreas geográficas, la gran mayoría de las zonas rurales y sobre todo los departamentos limítrofes (Chocó, Amazonía, Orinoco) necesitan mejoras sociales, ambientales, de vivienda, salud y acceso a los servicios de planificación familiar. En el año 2000 los diferenciales mas grandes entre zonas son: una TTF entre 3.8 hijos para rural contra una TTF entre 2.3 hijos para urbana (DHS 2000).

Como se comentó en el artículo inmediatamente anterior (sobre América Latina), diferentes estudios han demostrado que la educación influye fuertemente sobre la fecundidad (FLOREZ et al., 1990; MASON WOLF 1966; GOLDANI 1994; MEDINA 1999). En Colombia, los diferenciales de fecundidad por nivel educativo son bastante marcados, seguramente que la mayor educación permite empleos con mayor remuneración, un acceso favorable a la planificación familiar, y valores que acogen las familias pequeñas. La TTF en 1995 es de 2 hijos para las mujeres con educación

superior y de 5 hijos para las mujeres que no tienen ningún nivel educativo. Los diferenciales son más marcados si se tienen en cuenta la zona de residencia junto con el nivel educativo. Las mujeres rurales sin educación tienen en promedio 5.6 hijos, en tanto que las mujeres urbanas con educación superior tienen en promedio 1.8 hijos (gráfico 4.2.4).

GRÁFICO 4.2.4

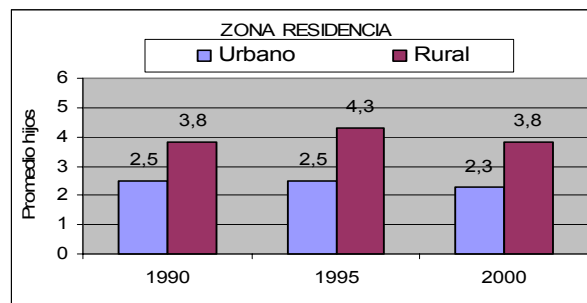


FUENTE: FLÓREZ (2000) con base en DANE 1988 PROFAMILIA 1990, 1995

En el mismo sentido, los diferenciales por zona rural urbana y por nivel educativo las tasas de fecundidad total de la última década del siglo, indican la heterogeneidad del proceso. Sin embargo, en esta década no solo se mantienen los diferenciales enormes entre niveles educativos y persisten los diferenciales urbano rural, sino que hay una relativa estabilidad del proceso de transición, las ganancias en el descenso de la fecundidad son cada vez menores. En la última década, excepcionalmente ha descendido la fecundidad de las mujeres sin educación formal, de 4.9 a 4 hijos en promedio; entre tanto, las oscilaciones de los demás subgrupos son muy pequeñas (gráficos 4.2.5 y 4.2.6).

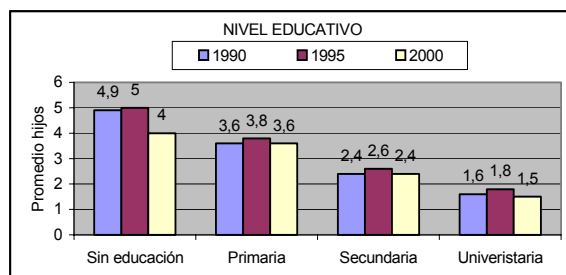
GRÁFICO 4.2.5

TASA TOTAL DE FECUNDIDAD POR ZONA DE RESIDENCIA. COLOMBIA. 1990, 1995, 2000



FUENTE: DHS 1990, 1995, 2000

GRÁFICO 4.2.6
TASA TOTAL DE FECUNDIDAD POR NIVEL EDUCATIVO
COLOMBIA. 1990-2000



FUENTE: DHS 1990, 1995, 2000

La información de las DHS (1986, 1990, 1995, 2000) indica claramente la heterogeneidad del proceso de transición de la fecundidad en Colombia, siguiendo la misma orientación observada en América Latina: el proceso se ha presentado con mayor rapidez en las zonas urbanas y en los grupos y en los grupos de mujeres con los mayores niveles educativos.

- INFLUENCIA DE LA NUPCIALIDAD Y LA ANTICONCEPCIÓN EN LOS CAMBIOS DE LA FECUNDIDAD

Uno de los factores que influyen en el nivel y en el patrón por edad de la fecundidad es la exposición al riesgo de embarazo dado por la unión conyugal (DAVIS K., BLAKE J., 1956; BONGAARTS J., POTERS R., 1983). La edad de entrada a la unión, la proporción de mujeres que permanece soltera y la proporción de uniones disueltas (por separación o viudez), son indicadores con los que se puede ver la influencia de la nupcialidad sobre la fecundidad. Entre más joven se forme la pareja es mayor el tiempo de exposición al embarazo, por esto la edad de entrada a la primera unión puede asociarse con la fecundidad. Por el contrario, la soltería y la disolución de las uniones reducen el potencial de reproducción. En una etapa inicial de la transición demográfica, una estrategia de población puede considerar importantes estos tres factores para controlar los niveles de fecundidad (control Malthusiano). En una etapa avanzada de la transición, la anticoncepción tiene más influencia sobre el nivel de fecundidad. (Estas reflexiones se exponen con mayor detalle en el marco teórico, acápite 1.2 del primer capítulo).

La edad media a la primera unión no cambia sustancialmente en Colombia en 40 años, entre 1951 y 1993 está alrededor de los 22 años. En los estratos más altos de las zonas urbanas más densamente pobladas se observa un leve aumento que indica entradas a

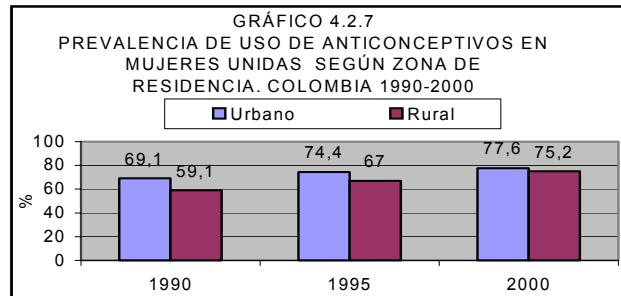
edades más tardías a la unión. Esto indica que la nupcialidad no ha tenido influencia en el descenso de la fecundidad, al igual que ha ocurrido en otros países latinoamericanos que han tenido descensos acelerados de la fecundidad (FLOREZ 2000).

En la segunda mitad del siglo XX las uniones consensuales en Colombia han aumentado, en 30 años (1964-1993) se duplicaron. En 1993 el 45% de las mujeres urbanas unidas estaban en unión consensual, y en las zonas rurales esta proporción es algo mayor, el 45%. Esto puede indicar procesos de secularización progresivos. Al mismo tiempo, la proporción de mujeres solteras a los 50 años también disminuyó notablemente, del 22% pasó a 12% entre 1951 y 1993. Al mismo tiempo, en el país se evidencia un aumento de la inestabilidad de la unión conyugal, por ejemplo, las separaciones conyugales se duplicaron en 20 años (entre 1972 y 1992 pasaron del 5 al 11% del total de las uniones). Junto con esta mayor inestabilidad de la unión, han aumentado los hogares monoparentales con jefatura femenina, las estructuras familiares se han hecho más complejas y las uniones sucesivas también han aumentado (ZAMUDIO, RUBIANO 1994). La estabilidad de la edad temprana a la primera unión (como se comentó arriba entre los años 50s y 90s está alrededor de los 22 años), paralelo a los cambios en la organización familiar, al descenso acentuado en la fecundidad y a los aumentos en la educación y en la participación femenina en el mercado de trabajo, ciertamente insinúan cambios importantes en la condición social de la mujer (FLOREZ 2000).

Esta dinámica de las uniones conyugales conlleva cambios en la organización de la familia. La composición de los hogares y la distribución de funciones en la familia, puede asociarse con los distintos tipos de uniones maritales. El incremento de las uniones consensuales paralelo al descenso de las uniones legales, obedece a las opciones de grupos poblacionales con los mayores niveles educativos, y también a opciones de la población que vive en condiciones de pobreza.

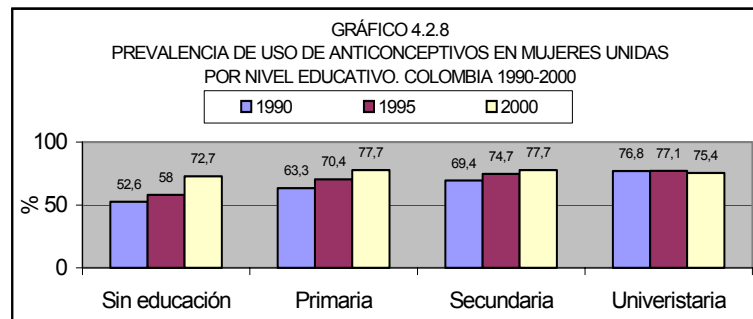
Ahora bien, cuál ha sido el papel de la planificación familiar en el proceso de transición de la fecundidad ocurrido en Colombia?. En la etapa pretransicional en 1964 tan solo el 27% de las mujeres en edad fértil (MEF) usaban métodos anticonceptivos, en el año 2000 después de que la fecundidad había descendido notablemente, el 77% de las MEF usaban anticonceptivos. En el periodo 1969-2000 entre las mujeres unidas de la zona rural el uso de anticonceptivos pasó del 15 al 75%, y en las zonas urbanas subió del 43

al 77% en el mismo período (gráfico 4.2.7). Esto indica que el aumento fue mucho mas fuerte en las zonas rurales, y que a finales de siglo el uso era alto en las dos zonas, con niveles similares.



FUENTE: DHS 1990, 1995, 2000

Es interesante reflexionar sobre los diferenciales en el uso de anticonceptivos por nivel educativo en la última década del siglo. A pesar de que en este periodo los niveles de fecundidad tienden a la estabilidad, el uso de métodos anticonceptivos ha tenido cambios distintos según el nivel educativo de las mujeres unidas (gráfico 4.2.8). En esta década, el aumento es extraordinario entre las mujeres sin educación, del 52.6% sube al 72.7%. Entre las mujeres unidas con primaria y secundaria los aumentos son moderados, en tanto que las universitarias conservan los niveles más altos, sin cambios importantes a lo largo de la década (76.8% en 1990 y 75.4% en el año 2000).



FUENTE: DHS 1990, 1995, 2000

Es interesante concluir que las mujeres rurales y las mujeres sin educación han tenido cambios acelerados en el uso de anticonceptivos durante la última década del siglo, hasta alcanzar niveles muy similares a las mujeres urbanas y las mujeres universitarias. Sin embargo, parece ser que la fecundidad no ha cambiado al mismo ritmo entre los

grupos sociales. Por ejemplo, en la misma década la fecundidad urbana ha mantenido niveles estables (alrededor de 2.5 hijos), y la fecundidad rural también se ha mantenido casi estable (alrededor de 3.8 hijos por mujer); entonces, las diferencias en el nivel de fecundidad entre zonas rural y urbana continúan siendo importantes. En el mismo sentido son enormes las diferencias en fecundidad por nivel educativo, 1.5 para las universitarias y 4 hijos en promedio para las mujeres sin educación formal.

Aunque en estos años el uso de métodos tradicionales y métodos modernos (píldora, DIU, esterilización) aumenta notablemente en las dos zonas, los niveles de la zona urbana siempre son mayores que los de la zona rural, sobre todo en el uso de la píldora y el DIU. Llama la atención el aumento notable de la esterilización en las zonas rurales a partir de los años 80s. El uso creciente de la esterilización femenina fue alto en el período, lo cual indica que la anticoncepción para limitar el tamaño de familia ha sido muy importante en el descenso de la fecundidad. La existencia de programas de planificación familiar y el cambio de valores hacia el tamaño de familia, hicieron posible un descenso de la demanda insatisfecha de anticoncepción tanto en las zonas rurales como en las urbanas, del 55 al 8% en el periodo 1978-2000 (FLOREZ 2000, DHS 2000). Sin embargo, los servicios de planificación familiar tienen el reto de atender la demanda de cerca de 3 millones de usuarias, entre quienes el acceso a la tecnología no es equitativo por razones culturales, geográficas y económicas.

Flórez (2000) estima que a finales de siglo en Colombia tiene una población de 40 millones (aproximadamente), de los cuales cerca de 10 millones son mujeres en edad fértil, cerca de 5 millones de mujeres están actualmente unidas y un poco más de 3 millones utilizan métodos anticonceptivos. Para entonces se contabilizan cerca de 1.150.000 embarazos, de los cuales 900.000 terminan en nacidos vivos y 250 terminan en abortos ya sean espontáneos o provocados.

Según la DHS de año 2000, cerca del 70% de las colombianas unidas dicen que no desean tener más hijos y esta situación es similar en las distintas regiones y zonas del país. Si todos los nacimientos no deseados se hubieran evitado, la tasa total de fecundidad sería 1.8 hijos y 2.6, nivel estimado con los datos de la encuesta (PROFAMILIA 2000). Esta cifra llama la atención sobre las necesidades de

planificación familiar en el país, y también sobre la cobertura de los programas vigentes, no solo de anticoncepción, sino también de educación sexual.

El 70% de las mujeres en edad fértil unidas no desea tener más hijos³ generalmente porque ya tiene uno o más hijos (en el momento de la encuesta). El número ideal de hijos para las colombianas es 2.3, cifra que es superior en las zonas rurales y entre las mujeres con menor educación.

• SITUACIÓN DEL PAÍS A FINALES DE SIGLO

- En el siglo XX Colombia tuvo grandes transformaciones demográficas, económicas y sociales. A mediados del siglo se da un éxodo rural y la población se concentra en las cuatro ciudades más grandes. En las zonas urbanas mejoran las condiciones de vida (en comparación con las zonas rurales) sobre todo por las oportunidades de empleo dadas por el crecimiento industrial, al tiempo que la mecanización de la agricultura desplaza mano de obra. Al final del siglo Bogotá concentra la cuarta parte de la población del país y el 40% está viviendo en las cuatro ciudades más grandes. Dentro de este proceso de urbanización se dan diferencias regionales importantes en la educación, la concentración espacial y la mortalidad infantil.

- En la primera mitad del siglo “la alta mortalidad exigía alta fecundidad” y se tiene una baja tasa de crecimiento, la cual prevalece durante los primeros cuarenta años del siglo. Durante los años 40s y 50s se realizan programas de educación, salud y cobertura de servicios básicos. Estos programas tienen influencia sobre los cambios ocurridos en la segunda mitad del siglo: se acentúa el proceso de urbanización, el aumento de la educación influye sobre la salud y sobre los valores hacia el tamaño de la familia y el papel social de la mujer; la educación crece principalmente entre las mujeres (con lo cual tiende a desaparecer el diferencial por sexo tanto en educación primaria como secundaria). Sin embargo, en 1993 solo el 7% de la población tenía algún nivel de educación universitaria.

³ Dentro de este grupo no se incluyen las mujeres esterilizadas ni las que saben que son estériles.

- Los avances en salud principalmente en el control de las enfermedades infecciosas, los programas de vivienda y saneamiento ambiental, el crecimiento de la economía en los años 60s y 70s, favorecieron la transición epidemiológica caracterizada por la disminución de las enfermedades infecciosas, y la caída de la mortalidad infantil y adulta. Dentro del proceso de transición epidemiológica las muertes violentas de los hombres adultos han crecido notablemente, lo cual ha aumentado el diferencial entre hombres y mujeres en la esperanza de vida, que en la actualidad es de 8 años. Para 1999 la esperanza de vida al nacer es 70.4 años (PNUD, Indicadores de Desarrollo Humano 2000).

- Los descensos de mortalidad evidentes desde los años 50, con una alta fecundidad constante favorecieron una explosión demográfica que alcanzó los niveles más altos a mediados de los años 60s. Los avances en educación que se venían dando desde los años 50s, sobre todo entre las mujeres, favorecen cambios en los valores sobre el tamaño de familia, de tal forma que cuando empiezan los programas de planificación familiar a mediados de la década 60 hay acogida de la anticoncepción entre las MEF y se logra un descenso de la fecundidad en periodos relativamente cortos. Colombia a finales del siglo XX se encuentra en una etapa avanzada del descenso de la fecundidad, sin embargo, hay diferenciales importantes entre regiones y estratos sociales.

- Con los procesos de urbanización e industrialización aumenta notablemente el empleo del sector terciario, frente a los sectores industrial y agrícola, sobre todo disminuye el empleo rural. Los menores tamaños de familia y los aumentos de la educación entre las mujeres, favorecen su incorporación masiva a la fuerza de trabajo. Los mayores niveles de empleo se dan entre las mujeres en edad fértil, lo cual confirma la relación entre mayor empleo, menor fecundidad.

- A principios y a finales del siglo XX se logra la misma tasa de crecimiento poblacional, el 2%, pero con características muy diferentes. La transición demográfica implica un cambio en la estructura por edades, primero se da un rejuvenecimiento de la población durante la explosión demográfica y luego se ha venido dando un envejecimiento por el descenso de la fecundidad. Estos cambios afectan la demanda por

servicios de educación, salud, vivienda y oferta de mano de obra y también afectan el consumo de productos finales.

- En el umbral del siglo XXI Colombia tiene las siguientes características: bajos niveles de fecundidad y mortalidad, relativamente alta incidencia de enfermedades endógenas y muertes violentas, una estratificación socioeducativa marcada, alta participación de la mujer en el mercado de trabajo, peso excesivo del empleo en el sector terciario, alta concentración urbana sobre todo en la capital del país y enormes diferencias sociodemográficas entre regiones y subregiones geográficas.

- A pesar de que la transición de la fecundidad es evidente, la población colombiana continuará aumentando, puede pensarse que solo se alcanzará la estabilidad a mediados del siglo XXI. Con el descenso continuo de la mortalidad y la fecundidad se acentuará el envejecimiento demográfico. Por el contexto de violencia la metropolización continuará aumentando y serán importantes otras formas de movilidad diferentes al cambio definitivo de residencia. Para entonces, las demandas de educación se centrarán en la educación media debido a la disminución de la población de niños, al aumento de los adolescentes, y a los alcances de la educación primaria en los 50 años anteriores. La población en edad de trabajar aumentará con la consecuente presión sobre el empleo (FLOREZ 2000).

- Entre los países de América Latina, Colombia es un caso en el que se alcanzó rápidamente un descenso drástico de la fecundidad (desde que se inició la transición hasta avanzada la década de 1980). Este descenso “espectacular” solo superado por Chile, Cuba y Costa Rica. En la última década el descenso se ha estancado. Colombia es un caso en el que es bien evidente la heterogeneidad del proceso de transición que también se da en el conjunto de América Latina, las zonas rurales alcanzaron el descenso de las zonas urbanas con dos décadas de retraso, y hoy día hay un diferencial que es cada vez menor; los diferenciales también son notables por nivel educativo de la mujer. Entre los países de América Latina Colombia está en la segunda etapa de la transición con mortalidad baja y fecundidad moderada. Comparativamente en la región el país tiene un índice de riesgo reproductivo medio, lo cual indica avances relativos en disminuciones de la morbilidad y la mortalidad reproductiva y en la calidad y cobertura

de los servicios de salud. Sin embargo, los indicadores permiten pensar que en materia de derechos reproductivos aún hay metas importantes por alcanzar.

5. CONTEXTO DE LA INTERVENCIÓN DE LA FECUNDIDAD EN AMÉRICA LATINA Y EN COLOMBIA

Los cambios sociodemográficos ocurridos en América Latina en la segunda mitad del siglo XX, han estado influenciados por distintas estrategias relacionadas con la intervención de la fecundidad. Al mismo tiempo, los programas han estado en buena parte orientados por las políticas de población legitimadas en las conferencias mundiales. El desarrollo fuerte de la investigación en población en países de la región, incluido Colombia, también ha dado pautas para orientar la intervención de la fecundidad. Las necesidades de investigación en demografía y las políticas de población han venido cambiando con las transiciones de la fecundidad. A continuación se describe el cambio de enfoque en las políticas mundiales de población, que en parte han orientado la intervención de la fecundidad en América Latina y en Colombia. Luego, en un contexto más general, se precisan algunos vínculos entre el surgimiento de paradigmas que explican la fecundidad y el cambio de enfoque en las políticas de población.

Tanto la investigación como la intervención en población en los países de la región han sido impulsadas por organismos internacionales. La asesoría técnica y financiera proveniente de estos organismos ha sido canalizada a través de instituciones privadas principalmente. Por ejemplo, en Colombia la acción del sector privado, ha tenido una importancia mayor en la cobertura de la planificación familiar, y las actividades de salud pública en menor medida han cubierto las demandas de la población. Con el interés de ilustrar este proceso, la exposición continúa con una descripción de las políticas relacionadas con el crecimiento demográfico en América Latina y en Colombia en particular. Por último, se describen los programas de planificación familiar realizados en el país, que han favorecido el proceso de transición de la fecundidad.

5.1 ANTECEDENTES: CAMBIOS EN EL ENFOQUE DE LAS POLÍTICAS MUNDIALES DE POBLACIÓN

• ESTABILIZAR EL CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN (DÉCADAS 1960 Y 1970)

Desde su creación en 1945, la comisión de población de la ONU se propuso la tarea de levantar censos en los países del planeta, profundizar en el conocimiento demográfico del tercer mundo y capacitar técnicos regionales; estas recomendaciones se concretaron en la conferencia de población realizada en Roma en 1954. Con el carácter de agencias locales se crean CELADE (1958) y el Centro Demográfico de El Cairo (1965). Desde comienzos de los años 70s el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP) comienza a trabajar con los países en desarrollo. Dentro de estos intereses se proponen medidas para estabilizar¹ la población mundial mediante el desarrollo económico y social de los países pobres, y mediante el control de los nacimientos dentro de los programas de desarrollo dirigidos a la mujer. La mayoría de los gobiernos de América Latina acogen estas ideas y crean programas de control natal.

Welti (1998) analiza una serie de eventos internacionales y de estudios de población realizados sobre América Latina en las décadas 1960 y 1970, que sirvieron de base para orientar la política demográfica de la época. El elevado crecimiento de la población que se dio en América Latina desde los años 50s, se entendió como un obstáculo para el desarrollo. En la primera mitad de la década 60, con una interpretación economicista basada en la distribución del ingreso, se analizaron las relaciones entre población y desarrollo, a partir de modelos demoeconómicos formulados por economistas ligados a la CEPAL². A pesar de que estos modelos

¹ El concepto de población estable aquí considerado se refiere a la tendencia hacia un crecimiento moderado y estable en el tiempo. El lenguaje político utilizado no tiene el sentido de la precisión demográfica, que habla de un crecimiento sostenido en el tiempo independientemente del nivel del mismo (PRESSAT 1987).

² El volumen y la estructura de la población afecta la producción y la renta total mediante la inversión y el consumo per cápita. Según esto, si el volumen de población disminuye (con la reducción de la natalidad) la producción per cápita aumenta (así habría una porción más alta de población disponible para el trabajo productivo). Cuando la fecundidad es alta el producto total hay que dividirlo entre más

fueron criticados³, su difusión aumentó la preocupación por el crecimiento de la población. En 1.965 se lleva a cabo la Conferencia Internacional sobre Programas de Planificación Familiar donde se propone que la planificación debe ser parte de los servicios de atención materno infantil, con lo cual se justifica la expansión de estos servicios en distintos países. La anticoncepción moderna generalizada, considerada como el medio para controlar el crecimiento de la población, hasta mediados de los 60s estaba ausente en la mayoría de los países latinoamericanos. CELADE y el Programa Internacional en Población de la Universidad de Cornell desarrollaron a mediados de los años 60s las encuestas CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) sobre anticoncepción, como proyecto comparativo en América Latina (PECFAL). Con la encuesta urbana se concluyó que la fecundidad real es mayor que la deseada y que el uso y conocimiento de anticonceptivos es limitado. Con la encuesta rural se concluyó que las mujeres siguen la fecundidad natural tienen el deseo de limitar la descendencia, al mismo tiempo que tienen conocimientos limitados sobre anticoncepción. En la Conferencia Regional Latinoamericana de Población (México 1970) se evidencia el interés de medir los diferenciales de la fecundidad, los cuales se explican por el uso de la anticoncepción. En consecuencia, a mediados de los años 70s se realiza la Encuesta Mundial de Población, proyecto comparativo internacional, orientado a evaluar los resultados de los programas de planificación familiar privados y públicos realizados hasta ese entonces. Con base en todas estas evidencias, se promueve la importancia de actuar sobre los niveles de fecundidad y los organismos internacionales insisten en la reducción del crecimiento de la población como una condición para la cooperación financiera. La orientación de estos organismos tiene dos principios: los problemas del crecimiento de la población radican en los problemas de salud, y la Planificación familiar es un medio de progreso en la salud pública y en el desarrollo económico (Milbank Memorial Fund Quaterly 1964, citado

consumidores. Una fecundidad elevada aumenta la inversión en sectores no productivos (escuelas, hospitales, seguridad social), en detrimento de los sectores productivos (agricultura, industria). Si la fecundidad es baja las familias tendrían más capacidad de ahorro y habría más capital (proveniente de este ahorro) que se puede invertir en sectores productivos. Así aumentaría la productividad y la inversión como condiciones para que aumente el ingreso (COALE, HOOVER 1965, citado por WELTI 1998).

³ Dos críticas principales: la disminución de la fecundidad no garantiza el aumento del ahorro familiar porque las familias no tienen una alta capacidad de ahorro. Si hay bajos niveles de ahorro per cápita (porque el ingreso es bajo), la disminución de los gastos familiares solo ayuda a recuperar los niveles de consumo. La evidencia de América Latina deja ver que la disminución de la fecundidad no propicia el aumento de la calidad de vida de la población Welti (1998).

por WELTI 1998). Una de las principales recomendaciones basada en los resultados de la encuesta mundial de fecundidad es que hay que tener menos hijos para mejorar las condiciones de vida de las familias.

En este contexto, tanto la investigación como la intervención de la fecundidad en los países de la región estuvo apoyada por organismos internacionales que en los años 50s, 60s y 70s tienen un interés creciente por los problemas de población. Se crean nuevas fundaciones privadas y oficinas de gobierno encargadas de los problemas de población⁴. La USAID (Ayuda para el Desarrollo Internacional) también incluye entre sus prioridades el apoyo financiero a programas de población en el tercer mundo. Paralelamente, el estudio de los problemas de la dinámica poblacional es acogido por fundaciones privadas como el Centro de Investigaciones de la Universidad de Princeton, Population Council, IPPF, y se crean publicaciones especializadas como Population Index, International and Development Review, Demography (HODGSON, WATKINS 1997).

En esta coyuntura se realiza la primera conferencia mundial de población, evento intergubernamental organizado por la ONU en Bucarest, en 1974. A pesar de que en esta conferencia no todos los países plantean el mismo punto de vista sobre el crecimiento demográfico⁵, se insiste en que el desarrollo favorece el descenso de la fecundidad, el cual se plantea como meta para los países menos desarrollados. Dentro de este enfoque se concluyen los siguientes principios: las políticas de población deben ser parte de las políticas de desarrollo. La familia es la unidad básica de la sociedad y debe ser protegida. Las parejas y los individuos tienen el derecho

⁴ Por este entonces se crean dos fundaciones privadas que promueven el control de la población, Zero Population Growth y Population Crisis Comitee, además, se crea una oficina dentro del gobierno de USA para asuntos extranjeros de población y la USAID.

⁵ Se plantearon cuatro puntos de vista sobre el crecimiento de las poblaciones: uno, los países asiáticos y europeos junto con Estados Unidos sostuvieron que el crecimiento rápido de las poblaciones intensifica los problemas de desarrollo económico y social, y en varios casos se apoyaron claramente los programas de planificación familiar (ej. Bangladesh, India, Indonesia). Dos, otros países consideraron el crecimiento de la población deseable, Francia (por estímulo a la economía), Brasil (por zonas despobladas), China (por defensa del país). Tres, Rusia y otros países consideraron que los asuntos de la población no eran prioritarios, que los problemas del desarrollo tenían que ver con el orden económico mundial y se manifestaron a favor del programa de desarrollo mundial llamado nuevo orden económico internacional (NOEI). Cuatro, países latinoamericanos y africanos consideraron que el crecimiento de la población no era importante en los problemas del desarrollo. “El mejor contraceptivo es el desarrollo”, lo afirma un grupo de países que no está de acuerdo con la política del control del crecimiento de la población.

fundamental a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento entre ellos. Las mujeres tienen el derecho a la plena integración en el proceso de desarrollo. La demanda de recursos vitales aumenta no solo por el aumento de la población, sino también por el aumento del consumo per-cápita. En la conferencia se elaboró el plan de acción mundial en población (PAMP) basado en tres acuerdos claves: se reconoce que la población y el desarrollo están interrelacionados y que los programas demográficos deben integrarse con los programas sociales y económicos. Se plantea que la formulación y aplicación de políticas demográficas es derecho soberano de cada país. Y se considera que parte de los derechos humanos es la posibilidad que tienen los individuos y parejas de decidir sobre el número y el espaciamiento de los hijos. En esta conferencia no se establecen metas cuantitativas sobre el crecimiento de la población, y se recomienda con mucho énfasis, que los países tengan un crecimiento demográfico bajo o moderado. También se recomienda que los programas de población estén unidos a las estrategias de sanidad, educación, crecimiento económico y elevación del nivel de vida. Otra meta claramente definida fue reducir la mortalidad materna y la mortalidad infantil en todos los países, incluyendo la disminución de las diferencias al interior de un mismo país (SINGH 2001). Además, se consideró que la integración de las mujeres al desarrollo social requiere la protección de la familia y la promoción de decisiones responsables sobre el número y el espaciamiento de los hijos. “Las mujeres tienen el derecho a la plena integración en el proceso de desarrollo, la familia es la unidad básica de la sociedad y debe ser protegida, las parejas y los individuos tienen el derecho fundamental a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento entre ellos”. En los años 70s es evidente el peso político de los países del tercer mundo en la ONU, estos países más allá de la planificación familiar apoyan programas de salud, educación y promoción de la condición social de la mujer.

Hodgson, y Watkins (1997) plantean que en el clima social de las décadas de 1960, 1970 y 1980, las organizaciones de mujeres también tienen un papel protagonista. La protesta popular es la expresión del movimiento feminista, expresión amplia en USA y Europa, que se expande a los países latinoamericanos. El derecho de las mujeres a tener acceso a los métodos anticonceptivos por medio de asistencia a su salud está en las agendas de las feministas, también se argumenta la igualdad de las mujeres en los

lugares de trabajo y la igualdad de la mujer y el hombre para la toma de decisiones en el hogar. En USA, en esta década se legaliza el control natal⁶ y más tarde se legaliza el aborto, medidas impulsadas por el movimiento feminista.

**• DE LA INTEGRACIÓN DE LA MUJER AL DESARROLLO
HACIA LA SALUD REPRODUCTIVA (DÉCADAS 1980 Y 1990)**

En 1984 en México se realiza la segunda conferencia mundial de población. Al contrario de lo que ocurrió en Budapest, en la conferencia de México USA declara que el desarrollo social puede lograrse aún si crece la población, que las innovaciones tecnológicas pueden aumentar los recursos naturales, que el crecimiento de la población es un “fenómeno neutro”, que la centralización de la economía se asocia con el subdesarrollo, y que la libertad de intercambios comerciales y la diversidad de fuentes de inversión son medios para quitar presiones artificiales a los mercados (SINGH 2001).

En la conferencia de México se ratificó el principio básico del plan de acción mundial planteado en Bucarest, la importancia de que la oferta de servicios de planificación familiar responda a la necesidad que tienen los individuos y parejas de regular la fecundidad como un derecho humano. *Cinco nuevas recomendaciones* se plantearon en esta conferencia, que en la anterior no se habían considerado: *una*, la necesidad de que los adolescentes reciban información y servicios adecuados para la planificación de la familia. *Dos*, la participación activa de los hombres en todas las esferas de la vida familiar, la anticoncepción, la crianza de los hijos, el trabajo doméstico. *Tres*, la importancia de ayudar a las mujeres a evitar el aborto, no promover el aborto como medio de planificación familiar y prestar ayuda humanitaria a las mujeres que hayan tenido un aborto. *Cuatro*, respaldar la participación de los grupos comunitarios y las ONG incluidas las de mujeres, en todos los asuntos relacionados con la población. *Cinco*, se plantea una serie de derechos referidos a la condición social de la mujer: el

⁶ Diferentes orientaciones dentro del feminismo defienden la planificación de los nacimientos: uno, las socialistas piensan que es un método científico para controlar el tamaño de la familia. Dos, la planificación de la familia es un buen componente de un programa de desarrollo económico si se decide y administra democráticamente. Tres, la anticoncepción es un derecho humano. Cuatro, el control de la reproducción es necesario para mejorar el estatus de las mujeres (HODGSON, WATKINS 1997).

acceso a la educación, a la planificación de la familia (concebida como un derecho individual), junto con la plena integración de las mujeres a la sociedad en igualdad de condiciones que los hombres. Además, se hace énfasis en la importancia de proteger los derechos y la condición jurídica de la mujer, eliminar las barreras institucionales y culturales que obstaculizan la educación, el empleo y el acceso a la salud. Y se plantea que ni la política demográfica, ni la tradición cultural, ni los condicionamientos biológicos pueden ser la base para la discriminación de la mujer en el trabajo. Se plantea que la transición demográfica se conseguirá si se permite la libertad de mercados con lo que se alcanzará el desarrollo y el cual traerá como consecuencia el descenso de la fecundidad (SINGH 2001).

En los años siguientes a la conferencia de México, la planificación familiar como estrategia de una política antinatalista continúa teniendo mucha importancia, igual que en décadas anteriores. Cinco años después en el foro de Amsterdam, complementario a los acuerdos de México, se propusieron metas y objetivos cuantitativos relacionados con el uso de anticonceptivos en los países en desarrollo, la reducción del número promedio de hijos por mujer en edad reproductiva y la duplicación de la inversión en programas de población en los países en vía de desarrollo. Al mismo tiempo, la mayoría de países del tercer mundo plantearon la importancia de tener servicios de planificación familiar. Estos planteamientos toman fuerza en la medida en que están respaldados por recursos financieros. Unos años después de los acuerdos de la conferencia de México, USA de nuevo vuelve a asignar fondos a distintos países para los programas de investigación y planificación familiar a través de la USAID (GERMAIN, ORDWAY 1989).

Ahora bien, la tercera conferencia mundial de población (El Cairo 1994) establece un cambio de enfoque en la política de población, el enfoque de la salud reproductiva basado en la conceptualización sobre género y empoderamiento de la mujer. Cuáles son los elementos del nuevo enfoque?. El nexo sexualidad y género vinculado con las relaciones de poder entre hombres y mujeres, los derechos de salud sexual y reproductiva de las niñas y mujeres, la igualdad de género, el empoderamiento de la mujer. Sobre esta base se propone una agenda más holística para la acción, promoviendo la atención integral de la salud reproductiva. Se hace un

replanteamiento de los programas de planificación familiar dentro de las áreas de salud, con las siguientes propuestas: *primera*, hay que cubrir las necesidades de *planificación familiar* de mujeres, hombres y adolescentes teniendo en cuenta la edad, la situación marital, la ubicación geográfica. *Segunda*, los programas de planificación familiar se deben incluir en los servicios de salud materno infantil y reproductiva. *Tercera*, en algunos contextos la atención en planificación familiar debe hacerse junto con otros servicios de salud reproductiva como son, la atención de las infecciones de transmisión sexual, el aborto y los programas contra la violencia hacia la mujer. Además, se propone que otras áreas administradores de bienestar social como educación, agricultura, industria, ambiente y juventud, tienen que asumir costos e iniciativas sociales en educación, empleo y desarrollo sostenible con lo cual las propuestas de acción en población toman carácter interdisciplinario e interinstitucional. Con menor importancia (que en las anteriores conferencias) en los documentos de El Cairo se observa una posición antinatalista que plantea que los países con menores niveles de desarrollo tienen que mantener bajas tasas de crecimiento poblacional para en un futuro lograr estabilizar sus poblaciones. La estabilidad de la población se asocia con el cuidado del medio ambiente, la lucha contra la pobreza y la construcción de bases para un desarrollo sostenible. Estabilizar la población aparece como la meta para mejorar la calidad de vida, según lo indica la experiencia de los países que han alcanzado la transición de la fecundidad (DIXON, GERMAIN 1989; SINGH 2001).

Es evidente que las recomendaciones planteadas en México abordan aspectos incluidos en la perspectiva de salud reproductiva, que posteriormente se formaliza en la conferencia de El Cairo. Miembros de gobiernos, trabajadores de los servicios de salud, movimientos de mujeres, fueron trabajando paulatinamente en los problemas de salud de las mujeres y en los derechos reproductivos. Hay una conciliación de los grupos de presión al reconocer que la perspectiva de salud y la promoción de los derechos de las mujeres favorece el que se tengan familias de menor tamaño, y en consecuencia niveles bajos de fecundidad. El enfoque y las políticas legitimadas en El Cairo, son el resultado de años de reflexión y trabajo. Dentro de este orden de cosas, “desde inicios de los años 80s se comenzaron a desarrollar trabajos que hacían hincapié en los derechos humanos frente a la puesta en práctica de las políticas de población” (De Barbieri 1982; Miró 1982, citados por GARCÍA 1999), y este otro

antecedente favorable a la filosofía de salud y derechos reproductivos planteada en El Cairo. Más allá de los recuentos históricos y de la valoración del impacto de las políticas sobre el crecimiento de la población, en los diez años anteriores a la conferencia de El Cairo, la reflexión académica también se ocupa de los derechos de la mujer como parte fundamental en las políticas de población.

- **VÍNCULOS ENTRE EXPLICACIONES
E INTERVENCIONES DE LA FECUNDIDAD**

En la segunda mitad del siglo XX, la disponibilidad de información, la innovación metodológica y la capacidad tecnológica cada vez mayores, hicieron posible nuevos desarrollos teóricos de la demografía. Durante el periodo de la posguerra y en los años siguientes, organismos internacionales y universidades desarrollaron la investigación en población, lo cual facilitó que se creara una tradición académica competitiva y se desarrollara la innovación tecnológica. En este contexto se hizo un debate sustantivo sobre los determinantes de la fecundidad y la idea de la transición demográfica de gran pertenencia política.

Entonces, puede pensarse que los desarrollos teóricos de la demografía han contribuido tanto a la explicación de los cambios como a la intervención de la fecundidad. Puede pensarse en un vínculo estrecho entre procesos de conocimiento y políticas de población a lo largo del tiempo, de tal forma que es evidente la complementariedad entre enfoques y políticas.

Los avances de la investigación, el diseño de políticas y la implantación de programas de población en América Latina también ha estado influenciada fuertemente por este contexto internacional, aunque, las políticas de población impulsadas por los organismos internacionales no siempre se aplican a nivel local, o se aplican parcialmente. De todas maneras, el plan de acción en población formulado en las conferencias mundiales es un elemento interesante para identificar la pertenencia política de las teorías. Así, se sugiere una trayectoria de “continuidad” entre el surgimiento de distintos paradigmas que explican la fecundidad y el cambio de enfoque

en las políticas mundiales de población, trayectoria en la que se pueden identificar tres momentos claves:

- El privilegio de “lo económico” en la explicación del cambio de la fecundidad, según la teoría de la transición demográfica, tiene implicaciones en la política de población centrada en el control del crecimiento demográfico, política implantada en los años 60s y 70s en los países en desarrollo, cuando aún no habían iniciado la transición de la fecundidad o se encontraban en las primeras etapas. Las teorías antinatalistas de los años 50 y 70, ligadas a las ideas sobre la transición demográfica consideraban que el descenso de la fecundidad era necesario para lograr el desarrollo económico porque el rápido crecimiento de la población impedía la acumulación de capital necesaria para el despegue industrial. Esta perspectiva plantea que el exceso de población es la principal causa de pobreza, que una baja fecundidad implica prosperidad, y que la anticoncepción es suficiente para controlar un potencial desastre social. En los años 60 y 70 se realiza una serie de estudios sobre fecundidad que orientan las políticas de control de los nacimientos de la época. Se encuentran ejemplos interesantes de estudios de fecundidad apoyados en las teorías con enfoque económico, que concluyen la importancia de seguir tales políticas. Por ejemplo, estudios de demografía económica que sirvieron de base para orientar la política demográfica de la época en América Latina. Además, están las grandes encuestas de fecundidad realizadas en las décadas 60 y 70 que sirvieron de apoyo para impulsar políticas de control de los nacimientos. Una de las principales recomendaciones basada en los resultados de las encuestas mundiales de fecundidad es que hay que tener menos hijos para mejorar las condiciones de vida de las familias. Sobre esta base se impulsaron los primeros programas de planificación familiar centrados en la oferta de estos servicios. En consecuencia con tales ideas, desde la década 60 organismos públicos y privados de Estados Unidos y agencias de las Naciones Unidas impulsan la política de control del crecimiento de la población mundial, mediante el desarrollo económico y social de los países pobres, y mediante el control de los nacimientos, estrategia incluida en los programas para el desarrollo de la mujer. Entre las prioridades de estas agencias está el apoyo financiero a programas de

población en el tercer mundo. En este contexto se lleva a cabo la primera conferencia mundial de población (Bucarest 1974), donde se insiste en que el desarrollo favorece el descenso de la fecundidad, el cual se propone como meta para los países menos desarrollados, con tres acuerdos claves: la población y el desarrollo están interrelacionados y los programas demográficos deben integrarse con los programas sociales y económicos, la formulación y aplicación de políticas demográficas es derecho soberano de cada país, la posibilidad que tienen los individuos y parejas de decidir sobre el número y el espaciamiento de los hijos es un derecho humano. Sin embargo, una política antinatalista en la que el eje de la intervención estaba puesto en la oferta de métodos anticonceptivos, en su momento generó una fuerte polémica tanto entre los estudiosos del tema, como en los organismos internacionales encargados de las políticas y estrategias de población. Puede pensarse que las teorías con enfoque microeconómico surgidas en los años siguientes a la formulación clásica, podrían ser una respuesta a esta polémica. Las ideas neoclásicas se centran en el análisis de las condiciones de la demanda, demanda de hijos definida por las necesidades, gustos y preferencias de las familias⁷. A diferencia de la política antinatalista, en materia de política la propuesta neoclásica se enfoca en la demanda de anticoncepción, específicamente en reducir la demanda insatisfecha⁸. Una

⁷ VAN DE KAA (1997) hace reflexiones interesantes acerca de los vínculos entre las teorías microeconómicas y algunas estrategias de población: en los años sesenta en muchos de los países del tercer mundo, entre ellos los latinoamericanos, debido al crecimiento poblacional extraordinario la anticoncepción tomó importancia central como estrategia de política. Una vez la transición de la fecundidad se asoció directamente con la demanda de anticonceptivos, el análisis de la teoría clásica se puso en manos de los economistas. El cálculo económico de los consumidores se aplicó a la demanda de los hijos, y en el análisis se introdujeron funciones de oferta para considerar el costo de la anticoncepción. En la visión neoclásica, el equilibrio entre la oferta y la demanda de hijos está regulada por el control de la fecundidad y en consecuencia se propone la anticoncepción como principal estrategia de política de población para reducir la fecundidad no deseada. Así, cuando comenzaron los primeros programas de planificación familiar en los años 60s, se creía que la oferta de planificación familiar era suficiente para disminuir la fecundidad, como si la fecundidad pudiera responder fácilmente a una tecnología tal como si fuera un fenómeno epidemiológico. Bajo esta idea se generaron buena parte de los primeros programas de planificación familiar. En los años 70s el énfasis cambió de la oferta a la demanda. Se aceptó que la fecundidad disminuía solo con el control racional por parte de las parejas y esta idea tuvo repercusiones profundas en política e investigación. Las encuestas CAP de la época dieron argumentos para medir la diferencia entre el tamaño de familia real y el tamaño de familia deseado, con lo cual se confirmó la importancia de los determinantes de la demanda, el principal, el estatus social de la mujer dado por el nivel de estudios alcanzado.

⁸ Las ideas neoclásicas se centran en el análisis de las condiciones de la demanda, la demanda de hijos definida por las necesidades, gustos y preferencias de las familias. En estos modelos la oferta de hijos (fecundidad natural) y la demanda de hijos se regulan por el costo de la anticoncepción (costo monetario,

política antinatalista en la que el eje de la intervención estaba puesto en la oferta de métodos anticonceptivos, en su momento generó una fuerte polémica tanto entre los estudiosos del tema, como en los organismos internacionales encargados de las políticas y estrategias de población. Puede pensarse que las teorías con enfoque microeconómico surgidas en los años siguientes a la formulación clásica, podrían ser una respuesta a esta polémica.

- Dos, el enfoque sociocultural desarrollado en el modelo sobre determinantes próximos de la fecundidad y los estudios sobre demografía social referidos al estatus social de la mujer⁹, orientaron la política de integración de la mujer al desarrollo de la década de 1980, legitimada en la conferencia mundial de México. Elevar el estatus de la mujer mediante el acceso a la educación, el empleo y la salud, a la planificación familiar concebida como un derecho humano de los individuos, la plena integración de las mujeres a la sociedad en igualdad de condiciones que los hombres, se consideran condiciones indispensables para alcanzar el desarrollo, bajo la premisa de que el desarrollo trae como consecuencia el descenso de la fecundidad. Por una parte puede pensarse que la formulación de esta política estuvo orientada por los estudios sobre integración de la mujer al desarrollo promovidos por las Naciones Unidas en la década de la mujer (1975-85). Análisis multivariados con indicadores de la situación de la mujer (participación en la fuerza de trabajo, educación y fecundidad, mortalidad) y aspectos del desarrollo económico (producto bruto interno, inequidades de ingreso), permiten concluir que elevar el estatus de la mujer es condición necesaria para alcanzar el descenso generalizado de la fecundidad. Esto a pesar de que evaluaciones posteriores a estos estudios afirman que ha habido mejoras en la condición de la mujer con el desarrollo social, pero que no son claros los vínculos entre crecimiento económico y ventajas para las mujeres. Por otra parte, con la aplicación del modelo de los determinantes próximos de la fecundidad a lo largo de varias décadas, no solo se conoció la transición de la fecundidad en países que están en distintas etapas del proceso y se clasificaron los factores más explicativos de la fecundidad, sino

social y psicológico) (BECKER 1960). Por esto, en materia de política la propuesta neoclásica se centra en la demanda y no en la oferta de anticoncepción.

que además se propusieron pautas para orientar políticas y estrategias. Estrategias tendientes a favorecer el proceso de transición de la fecundidad, que reconocen la importancia de sustituir el uso de métodos tradicionales por anticonceptivos técnicos, como medida para actuar sobre la fecundidad no deseada y la demanda insatisfecha de planificación familiar. Además, se considera la importancia de actuar sobre los patrones de nupcialidad para favorecer la transición de la fecundidad. Las estrategias propuestas reconocen la importancia de los factores culturales que influyen en la fecundidad, lo cual es consecuente con la concepción teórica inicial del modelo. De hecho, las investigaciones sobre determinantes de la fecundidad ampliamente difundidas durante estas décadas, concluían una correlación negativa entre las variables demográficas, la educación y el trabajo femenino¹⁰.

- Tres, la conferencia de El Cairo (1994) establece un enfoque de la salud reproductiva basado en la conceptualización sobre género, empoderamiento de la mujer y derechos reproductivos. Una base teórica clave en la noción de salud reproductiva son los estudios de población con enfoque de género desarrollados recientemente, y dentro de ellos dos líneas de investigación, “inequidades de género” y “posición de la mujer en el cambio demográfico” desarrollados en las dos décadas anteriores. La *equidad de género* es una dimensión presente en la noción de salud reproductiva, en las estrategias de política y también está contenida de manera central en los derechos reproductivos. La concepción de salud reproductiva reconoce que el género (relaciones de poder entre hombres y mujeres en la pareja, la familia el mundo laboral, la comunidad) también se manifiesta en las opciones reproductivas (oportunidad de los embarazos, tamaño deseado de familia), condicionado por la posición social de las parejas y por la cultura local (valores religiosos, normas sobre el matrimonio y la maternidad,

⁹ En el marco teórico, referido a los paradigmas que explican la transición de la fecundidad (capítulo primero) se exponen las teorías de población aquí referidas.

¹⁰ Con base en los resultados de aplicar el modelo de determinantes próximos de la fecundidad, BONGAARTS (1998) propuso estrategias para reducir el crecimiento de la población en los países en desarrollo: reducir los embarazos no deseados mediante el fortalecimiento de los programas de planificación familiar y reducir la demanda insatisfecha de anticonceptivos. Posponer la edad a la maternidad y reducir la demanda de familias grandes por familias de dos o menos hijos mediante la inversión en la educación, la sobrevivencia de la infancia y la niñez, y la promoción del estatus social de la mujer.

estándares de salud, condiciones labores, acceso a la educación y a la salud). Siguiendo la tradición teórica de los estudios de población sobre mujer, el enfoque de salud reproductiva también considera el *estatus de la mujer* definido por su participación en el desarrollo social. Al igual que en las anteriores conferencias, se admite que para lograr el descenso de la fecundidad es necesario aumentar el estatus de la mujer.

5.2 POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE POBLACIÓN EN AMÉRICA LATINA Y EN COLOMBIA

• PRIMERAS POLÍTICAS DE POBLACIÓN

Desde mediados de los años 60s, se inician distintas acciones para contener el rápido crecimiento de la población en países latinoamericanos. El control de la natalidad pasa a ser parte de los programas de los organismos internacionales y de los programas de los gobiernos locales. Estos programas se han concebido con dos enfoques, en algunos contextos pasan a formar parte de la atención integral de la salud de la mujer y en otros persiguen la meta de controlar el crecimiento de la población¹¹. El resultado de las acciones en población se evidencia en la disminución de la tasa de crecimiento demográfica que en América Latina pasa de 2.6 en el periodo 1965-70 a 2.1% en el periodo 1975-1980, lo cual significa una reducción del 40%. Esta caída del crecimiento demográfico puede atribuirse al descenso de la fecundidad (BERQUÓ 1993).

Los distintos lineamientos internacionales formalizados en las conferencias mundiales de población han tenido influencia sobre las políticas locales implantadas durante el proceso de transición de la fecundidad en América Latina. En la ejecución de estrategias y programas orientados por estas políticas, las agencias de la ONU han tenido un papel primordial desde los años 50s hasta la actualidad. Otros organismos internacionales públicos y privados de USA, también han tenido un papel muy

¹¹ En el capítulo, 1. Transición de la fecundidad, artículo 1.3, se habla con detalle sobre el cambio en las políticas de población durante el proceso de transición.

importante, tanto en la financiación económica como en orientación técnica de los programas. Entre mediados de las décadas de 1970 y 1980, en la mayoría de los países latinoamericanos se implementaron políticas de población paralelas a las políticas de desarrollo social, estrategias para combatir la mortalidad y la morbilidad, programas de educación en población, medidas relacionadas con las migraciones internas y planes relacionados con la fecundidad (COSÍO 1998).

Las medidas relacionadas con la fecundidad, reconocidas como importantes por su influencia en el crecimiento demográfico, se incluyeron en las políticas de población locales y también en las reformas constitucionales de los países latinoamericanos. En consecuencia con los lineamientos del Plan Mundial de Acción en Población propuesto en Bucarest en 1974, los gobiernos locales de la región legitimaron el derecho a decidir el número y el espaciamiento de los hijos, y la paternidad responsable, por ejemplo, en Colombia (en el plan de desarrollo de 1970-74 y en la reforma constitucional de 1993), México en 1973, Ecuador en 1977, Perú en 1977, Panamá en 1983. Para favorecer el descenso de la fecundidad, en distintos planes gubernamentales de los años 70s y 80s se vinculó el desarrollo social con el crecimiento de la población, y en consecuencia se incluyeron estrategias sobre educación en población y planificación familiar, este fue el caso de países centroamericanos como El Salvador, Haití, Jamaica, México y República Dominicana.

Hay que resaltar que desde los años 60 se han venido incorporando programas de planificación familiar dentro de los programas públicos de atención materno infantil, este ha sido el caso de Chile, Colombia, Costa Rica, Honduras, Puerto Rico, Jamaica y República Dominicana. En México se ha dado la intervención masiva de programas de planificación familiar de instituciones públicas, junto con estrategias de educación en población, con lo cual se ha logrado una alta aceptación de métodos eficaces como la esterilización. La esterilización ha tenido amplia acogida, en varios países de la región es el método más utilizado principalmente entre las mujeres con 25 y más años de edad que desean limitar la descendencia (en el artículo 6.3 del capítulo sexto se describen los datos respectivos). La eficacia de las acciones médicas y sanitarias en el marco de políticas de salud, han logrado avances notables en el proceso de transición de la fecundidad.

Desde el comienzo del proceso de transición, los servicios de planificación familiar prestados por instituciones privadas tienen un papel muy importante, en países que han alcanzado niveles altos de uso de anticonceptivos con una acción y una legislación “tímida” por parte del Estado, legislación que ha permitido la práctica de la anticoncepción sin promulgar políticas explícitas. Este es el caso de Brasil y Colombia que desde los años 60 y 70 registraron altos niveles de uso de anticonceptivos posibilitados la oferta de servicios privados.

Por último, cabe resaltar que Cuba, ha tenido un proceso singular en el conjunto de la región. Aunque el gobierno no ha formulado una política de población explícita, la baja fecundidad se explica por programas sociales que han influido directamente sobre la fecundidad, como los programas de educación y salud que incluyen la planificación familiar, junto con la urbanización y la incorporación masiva de la mujer al trabajo productivo.

Es evidente que hasta los años 80s, antes de la conferencia mundial de población del El Cairo, en muchos casos las políticas demográficas en América Latina se reducían al planteamiento de programas de planificación familiar realizados en buena parte por instituciones privadas, sin considerar prioritariamente, metas más generales como elevar el nivel de vida y disminuir las desigualdades sociales. Más allá de la atención médica y sanitaria de la anticoncepción, la intervención de la fecundidad implica otras medidas que afecten la calidad de vida, por ejemplo, medidas relacionadas con la educación, la diversificación de la oferta de trabajo para las mujeres y la educación en sexualidad entre otras, que hasta ese momento por lo general no eran tenidas en cuenta en las políticas de población formuladas por los gobiernos locales de la región.

Ahora bien, es interesante describir la experiencia de Colombia con mayor detalle. En el país, al igual que en otros países de América Latina, la práctica de la anticoncepción ha sido muy importante en la transición de la fecundidad, evidenciada desde los años 60s hasta finales del siglo. En un comienzo, en 1964 se realizó la primera Encuesta de Fecundidad (CEDE, CELADE), y según sus resultados prevalecían altos niveles de fecundidad y una demanda insatisfecha de planificación familiar importante. Además, por estos años se evidenciaba el aumento de problemas de salud relacionados con una alta fecundidad, como las enfermedades y muertes por aborto.

Para atender esta realidad, con la ayuda de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y la USAID (Agencia Interamericana para el Desarrollo), a mediados de la década de 1960 en el país se crearon instituciones privadas para el estudio de la población y la prestación de servicios de planificación familiar: ASCOFAME (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina), que desde su inicio creó programas de capacitación de profesionales de la salud en la prestación de servicios de planificación familiar, y participó activamente en la investigación en población, incluyendo la recolección de las grandes encuestas y la evaluación de los programas de planificación familiar. La CCRP (Corporación Centro Regional de Población) donde se desarrollaron muchas investigaciones sobre población y en coordinación con otras instituciones se recogieron encuestas sobre fecundidad (por ejemplo la ronda de la encuesta mundial de fecundidad de 1976). PROFAMILIA (Asociación Probienestar de la Familia Colombiana), institución líder en la prestación de servicios de planificación familiar, como veremos más adelante (en el último acápite de este capítulo). Posteriormente, en 1969, el Ministerio de Salud del Gobierno colombiano inicia actividades de planificación familiar, como parte de los programas de salud materno-infantil administrados directamente por los servicios de salud pública. Sin embargo, hasta 1976 el gobierno colombiano consolida un programa de planificación familiar como parte de los programas de protección materno-infantil.

En este contexto, los primeros planteamientos oficiales en temas de población en Colombia aparecen en el Plan de Desarrollo Económico y Social del periodo 1970-73. En cuanto a aspectos relacionados con la fecundidad, en el Plan se habla de la importancia de introducir en los programas de educación formal temas referentes a la educación en población, formación para la vida familiar y educación sexual para lograr reducir la fecundidad. También se habla de retrasar la edad al matrimonio, integrar a las mujeres a los empleos tradicionalmente masculinos con salarios iguales, y mejorar su movilidad social. Además, se plantea que el derecho a decidir libremente sobre el número y el espaciamiento de los hijos debe ser reconocido tanto en las condiciones de disminución, como de expansión demográfica. Durante varios años se consideró que la política de población del país se consignaba en este plan de desarrollo, a pesar de que en algunos aspectos el documento hubiese perdido vigencia (OJEDA, ORDÓÑEZ 1990).

Algunos de los planteamientos del Plan de Desarrollo 1970-73, también están contenidos en los planes mundiales de población propuestos en las conferencias realizadas en Budapest (1974) y México (1984). Aspectos relacionados con estos temas también se incluyen en la reforma de la constitución nacional de 1991, en la cual se plantean consideraciones sobre la familia, como la responsabilidad en la crianza y manutención de los hijos, la eliminación de la violencia intrafamiliar, y la igualdad de derechos y deberes dentro de la pareja.

Después del Plan de Desarrollo 1970-73, no hubo en Colombia una política de población oficial, ni metas demográficas explícitas en cuanto al crecimiento demográfico, ni al control de la morbilidad relacionada con la fecundidad (aborto, otras causas de mortalidad materna, mortalidad infantil, etc.). Esta política “tímida” por parte del Estado colombiano no fue, ni ha sido suficiente para competir con la acción creciente del sector privado en programas de población. La política flexible ha permitido la acción coordinada de la salud pública y el sector privado en programas de planificación familiar, con el predominio de las ONG (según se expone en el último acápite de este capítulo). Solamente hasta el año 2003, el gobierno colombiano propone la política de población formalmente estructurada, la política de salud sexual y reproductiva, que a continuación se detalla.

• POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El debate sobre los problemas de la población que en las décadas de 1960 y 1970 se da entorno al crecimiento de población, y que en la década 1980 se centra en la integración de la mujer al desarrollo, toma una nueva perspectiva que se legitima en la comunidad internacional en la conferencia de El Cairo (1993). En Cairo se legitiman los enfoques y estrategias de acción de la salud reproductiva que se venían trabajando desde años atrás por grupos de mujeres, trabajadores de los servicios de salud y miembros de organismos públicos y privados. En particular sobresalen dos antecedentes a los planteamientos de Cairo: uno, en los años 80s la OMS propone un enfoque integral sobre salud reproductiva que hace énfasis en el ejercicio de los derechos reproductivos y en el acceso a servicios de salud de óptima calidad, mediante la atención primaria en salud. Dos, en las dos primeras conferencias mundiales de

población (Bucarest 1974 y México 1984) se habla de la libertad en las decisiones reproductivas, de la integración de los servicios de planificación familiar con otros servicios médicos y sociales, de la atención materna y de la equidad de género en la vida reproductiva y familiar, de la salud reproductiva de los adolescentes, y se habla de la libertad de las mujeres en las decisiones reproductivas. Con base en estos antecedentes, en El Cairo las prioridades del nuevo debate están en la equidad de género y los derechos humanos como el centro de los problemas de población y desarrollo. El enfoque integral de salud reproductiva propuesto, se basa en las interrelaciones entre problemas de género, salud de las mujeres y comportamiento reproductivo, y vincula salud y derechos sexuales y reproductivos. Para operacionalizar este enfoque se propone la atención integral de la salud reproductiva, que comprende servicios de anticoncepción, sexualidad, salud materna, aborto, enfermedades de transmisión sexual incluido VIH SIDA y atención especial a los adolescentes. Se proponen estrategias de atención primaria de cobertura universal para la prestación de estos servicios.

Cosío (1998) plantea que en los países de América Latina ha habido una fuerte movilización a favor de los objetivos propuestos en la última conferencia mundial de población realizada en El Cairo (1994), y a favor de medidas que promueven el bienestar de la población y los derechos de hombres y mujeres. Además, en distintos países se han integrado la acción de los programas sociales públicos con la acción de las instituciones privadas, ONG que trabajan en áreas de familia y salud, junto con la promoción de la participación ciudadana (redes sociales de apoyo, organizaciones comunitarias). Esta orientación es evidente en la política de salud sexual y reproductiva propuesta por el gobierno colombiano en años recientes.

De hecho, la política propuesta por el gobierno colombiano (MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, 2003) considera los planteamiento de la conferencia mundial de población de El Cairo (1994) y la cuarta conferencia mundial sobre la mujer realizada en Beijing (1995). Con base en un diagnóstico sobre el estado de la salud reproductiva en el país, la política se propone como objetivo fortalecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos concebidos como derechos humanos y la promoción de la salud reconocida como un servicio de público. En consecuencia, se propone cualificar la demanda en salud mediante la equidad social y de género, y el

empoderamiento de las mujeres, junto con el aumento de la calidad en la prestación de servicios de salud. Para alcanzar estos objetivos se propone el desarrollo de líneas de acción en las siguientes áreas: maternidad (embarazo, parto, puerperio), planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual incluido VIH/SIDA, y violencia doméstica y sexual. Para desarrollar cada una de estas líneas de acción, se precisan estrategias para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la coordinación intersectorial e interinstitucional, el fortalecimiento de la gestión institucional, el fortalecimiento de la participación social y comunitaria en salud, junto con la potenciación de las redes sociales de apoyo, y el desarrollo de la investigación necesaria para orientar la toma de decisiones. La factibilidad de las propuestas se apoya en un plan de financiación y en la programación de responsabilidades institucionales a nivel regional y local.

La política de salud sexual y reproductiva recientemente propuesta en el país no solo recoge el consenso internacional, sino también las orientaciones de trabajadores de la salud, grupos de mujeres presentes en ONG y funcionarios públicos que desde hace años vienen trabajando en los asuntos de salud de las mujeres y la infancia. Sin embargo, en un país como Colombia la acción del Estado en el bienestar social de la población general es relativamente limitada. A pesar de las transformaciones demográficas y sociales ocurridas en el país en el curso del siglo, urbanización, modernización de la economía, alcances de la educación, mejoras en salud, ampliación de la cobertura de los servicios básicos, entre otros indicadores de desarrollo, el cambio social ha sido muy desigual y aún prevalecen altos índices de pobreza (ver acápite sobre situación del país a finales de siglo en el artículo 5.2). Según los indicadores de Desarrollo Humano de ONU, en el año 2000 cerca de la mitad de la población colombiana se encuentra en situación de pobreza, evidentemente, la experiencia muestra que el descenso de la fecundidad no ha sido garantía para disminuir la pobreza ni las brechas sociales; una situación similar se ha dado en otros países latinoamericanos (WELTI 1998). Con problemas estructurales como este, entre otros, la política propuesta es relativamente teórica y aún faltan metas por lograr en materia de derechos sexuales y reproductivos.

Dentro de este orden de cosas, cabe anotar que a lo largo de la década de 1990, se han planteado diferentes reflexiones sobre los obstáculos con los que se encuentra la

materialización de la política de salud sexual y reproductiva y el ejercicio de los derechos reproductivos en los países con menores niveles de desarrollo. Por ejemplo, problemas estructurales que obstaculizan el ejercicio de los derechos reproductivos y en consecuencia las políticas y programas que promueven el empoderamiento de la mujer: el derecho al desarrollo social, condición necesaria (aunque no suficiente) para el ejercicio de los derechos, se enfrenta con las políticas de ajuste estructural y privatización promovidas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, que han repercutido en el desmejoramiento de la calidad y la cobertura de la atención en salud y educación en países del tercer mundo, dentro de ellos, países de América Latina. Aunque, en el documento de El Cairo se reconoce que las mujeres pobres de los países desarrollados y las de los países en vía de desarrollo tienen condiciones similares y que eliminar la pobreza es condición indispensable para promocionar el desarrollo humano sostenible, es evidente que las políticas de globalización a nivel mundial han acentuado la estratificación social en detrimento de los grupos más pobres. Poner en práctica el plan de acción de población de El Cairo implica reasignar recursos financieros a nivel internacional y local, lo cual es imposible sin nuevas alternativas de desarrollo. Esto porque hay problemas complejos interrelacionados como el bajo estatus de la mujer, la proliferación de la pobreza, el agotamiento de los recursos naturales, los patrones insostenibles de producción y consumo, y la inequidad económica y social. La visión de los derechos reproductivos y la equidad de género no se puede realizar con los modelos de desarrollo vigentes. La integración de la salud y los derechos reproductivos a la atención primaria en salud para todos es para países desarrollados y para sistemas de desarrollo sostenible (POLLACK 1995).

En otra reflexión sobre estos problemas Welti (1998) plantea que aunque los derechos reproductivos son la clave en el cambio de enfoque del crecimiento de la población a la salud reproductiva, en distintas sociedades estos derechos no se ponen en práctica. “Para influir en el comportamiento reproductivo en los programas de población incluidos en el Plan de Acción Mundial en Población (que establecen acciones para dos décadas) se manejan los discursos de los derechos humanos y del feminismo, donde se habla de no utilizar incentivos, no coerción, no metas demográficas, no cuotas en los servicios de salud. Sin embargo, “los derechos reproductivos se quedan sin contenido real en muchas sociedades”.

Además, se ha argumentado que el programa de acción en población de El Cairo ha tenido resultados en cambios significativos en las políticas y programas de salud en un número significativo de países. Sin embargo, no todas las experiencias han sido exitosas, la evaluación de la conferencia de El Cairo que se realizó en 1999, evidencia que el cumplimiento de las metas propuestas en ocasiones ha sido limitado (GIRARD, 1999). “A pesar de los avances, las decisiones políticas no siguen los enfoques planteados sobre los problemas de población y las decisiones políticas no siempre tienen en cuenta el cumplimiento de los derechos humanos” (LASSONDE 1997, citado por RUÍZ 2000). Anticoncepción, sexualidad de jóvenes, aborto, morbilidad y mortalidad materna, educación formal de adolescentes, violencia hacia la mujer, participación de la sociedad civil en la discusión de las políticas y las acciones de población, equidad de género y salud sexual, se identificaron como áreas en las que no se han cumplido las metas propuestas.

• PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN COLOMBIA

Varios factores han hecho posible los alcances de la planificación en Colombia. Uno, la existencia de instituciones académicas sólidas que han realizado investigación sobre fecundidad y anticoncepción, y han evaluado los programas de planificación, junto con la prestación de servicios privados de planificación eficientemente organizados. Dos, la formación de miles de profesionales capacitados en servicios de salud, que han investigado y ejecutado programas de planificación familiar. Tres, la ayuda técnica y financiera externa principalmente por parte de IPPF, USAID y UNFPA, que desde su comienzo ha recibido PROFAMILIA, y en menor medida el Ministerio de Salud Pública. Cuatro, el desarrollo tecnológico de la anticoncepción que ha posibilitado una oferta amplia de distintos tipos de métodos, que se han difundido eficientemente en el mercado colombiano. Quinto, la modernización de la cultura de las mujeres colombianas, que ha favorecido la receptividad a la anticoncepción, disminuyendo cada vez más, la brecha entre la fecundidad deseada y la fecundidad real (POPTECH 1998).

A pesar de la oposición que desde un comienzo tuvo la planificación familiar en el país por parte de algunos grupos políticos y por parte de la iglesia católica, hubo una amplísima receptividad de la población a la oferta de métodos anticonceptivos. Desde

los primeros años, la mayor parte de la demanda por planificación familiar ha sido cubierta por PROFAMILIA, ONG afiliada a la IPPF (International Planned Parenthood Federation). Entre tanto, los servicios públicos han contribuido en menor medida a la oferta de planificación familiar. Hasta finales de siglo, el Gobierno colombiano no tuvo una política oficial de población explícita, ni un soporte fuerte a la implantación de programas de planificación familiar (EPSTEIN E. Et al., 1994; POPTECH, 1998; ECHEVERRY, 1991).

PROFAMILIA lidera la prestación de servicios en el país, tanto la asistencia sanitaria como la educación en anticoncepción. La institución cuenta con clínicas básicas en los núcleos urbanos y servicios comunitarios para la distribución de anticonceptivos en zonas rurales y urbanas, programas que han sido ejemplares para otros países de la región. Para la promoción de los servicios se incorporan componentes de mercadeo social, como el montaje de unidades móviles y la difusión por medios masivos de comunicación. Dentro de los programas de mercadeo social, las enfermeras están entrenadas para aplicación de DIU y las redes comunitarias distribuyen píldoras anticonceptivas. También se prestan servicios especializados para hombres y para adolescentes, y se ofrecen otros servicios de salud reproductiva a nivel asistencial y educativo, en particular sobresalen las estrategias de educación, información y comunicación que han tenido una amplia acogida por parte de las mujeres en edad fértil del país, con lo cual se ha aumentado la cobertura de los programas de planificación familiar.

Además, para la prestación de servicios hay una coordinación entre PROFAMILIA y otras instituciones públicas y privadas pertenecientes al SGSS (Sistema General de Seguridad Social) del país¹². Las áreas de acción incluidas en la política están incluidas

¹² La reforma del sector salud en Colombia a partir de la Ley 100 de 1990, crea el Sistema de Seguridad Social Integral (SSS) que busca resolver problemas de inequidades en el sistema dados por la baja cobertura y calidad de los servicios de salud y la desarticulación de las instituciones. El SSS comprende tres subsistemas, el sistema de prestación de servicios de salud, el sistema general de pensiones y el sistema de riesgos profesionales. Para la financiación y administración de los servicios se crearon las EPS (empresas promotoras de salud) y la EPS (empresas solidarias de salud) que son responsables de la administración, el control de la cobertura y la vigilancia de la calidad de la atención. Estas empresas administran las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), que son las clínicas, los hospitales y otros servicios públicos y privados. El sistema cuenta con dos regímenes, el contributivo y el subsidiado que es gratuito. Y existen tres planes para la prestación de servicios, el plan obligatorio de salud (POS) que tiene cobertura familiar, el plan obligatorio de servicios de salud (POSS) que cubre servicios de cirugías y medicamentos, y el plan de atención básica (PAB) que es gratuito, obligatorio y de cobertura universal, donde se incluyen los servicios de salud reproductiva contemplados en la política.

en el PAB (plan de atención básica), y por lo tanto son servicios de cobertura universal y atención gratuita: salud materna (embarazo, parto, puerperio), cáncer de seno y de cuello uterino, salud reproductiva de los adolescentes, planificación familiar, violencia intrafamiliar, enfermedades de transmisión sexual incluido VIH SIDA. Las En 30 años de historia de la planificación, ha habido distintas experiencias de colaboración interinstitucional para la ejecución de programas de planificación familiar. El Ministerio de Salud del país, concretamente la División Materno Infantil, en las últimas décadas ha venido atendiendo una cuarta parte de la demanda por planificación familiar (informe POPTECH 1998). La industria farmacéutica del país y los médicos privados también tienen un papel importante en la prestación de estos servicios. Esta colaboración interinstitucional resulta cada vez más necesaria, no solo porque la ayuda financiera de fuentes externa que PROFAMILIA recibía se ha reducido considerablemente en los últimos años, sino también porque según la estructura demográfica del país, cada vez habrá nuevas cohortes jóvenes que ingresarán a la edad reproductiva y que aumentarán la demanda por servicios de planificación familiar.

Un elemento a considerar en la prestación de servicios de planificación familiar en el país y también en otros países de América Latina, continúa siendo el papel de la iglesia católica. A pesar de los avances logrados en la conferencia de El Cairo acerca de la reflexión sobre la anticoncepción y el aborto, en América Latina la iglesia católica ha mantenido su posición de no aprobación y “dejar hacer”. Inclusive, estos son temas que en la región se vienen discutiendo desde finales de la década 40. En la actualidad, la iglesia católica promueve la paternidad responsable con la planificación familiar por métodos naturales en países como Colombia, Perú y Bolivia, entre otros. Sin embargo, a finales de siglo, la controversia a nivel social se centra más en el aborto y en el divorcio, en tanto que la planificación familiar continúa difundiéndose más y más.

6. MODELO REPRODUCTIVO DE BOGOTÁ: TENDENCIAS Y DIFERENCIALES EN 50 AÑOS

Como resultado del proceso de urbanización ocurrido en Colombia en la segunda mitad del siglo, en la capital actualmente se concentra una sexta parte de la población del país. Durante estos años ha habido una inmigración importante a la ciudad (aunque variable), según el último censo nacional (1993) el 43% son residentes no nativos. Inmigrantes provenientes de zonas rurales y zonas urbanas intermedias, principalmente de los seis departamentos de influencia más cercanos (MARTÍNEZ 2000). Esto permite pensar en una heterogeneidad cultural que influye en comportamientos reproductivos diversos. Aunque las residentes no nativas hayan tenido sus hijos dentro o fuera de la capital, la cultura adquirida en las zonas de origen puede tener mucha importancia en las preferencias reproductivas. Además, se sabe que Bogotá ha liderado la modernización de la fecundidad en el país (MEDINA 1999; FLÓREZ 1999). Entonces, en la capital se tiene un contexto cultural diverso donde el proceso de transición demográfica se ha vivido en más corto tiempo en comparación con el conjunto del país.

Recordemos que el objetivo general de este estudio es explorar la influencia de la transición de la fecundidad ocurrida Bogotá, sobre el comportamiento de tres cohortes de mujeres que vivieron su vida reproductiva en distintas etapas de este proceso. Entonces, para reconstruir algunos cambios demográficos ocurridos en la ciudad, con base en las últimas cinco grandes encuestas de fecundidad realizadas en el país, se analizan las tendencias y diferenciales de la fecundidad, la nupcialidad y la anticoncepción observadas en las últimas décadas, se trata de la encuesta mundial de fecundidad de 1976 y las DHS de 1986, 1990, 1995 y el año 2000¹. Se analizan indicadores de intensidad, calendario y estructura de la fecundidad, con observaciones transversales para los últimos 30 años del siglo y para generaciones nacidas desde mediados de los años 40. Los patrones de nupcialidad se reconstruyen a partir de indicadores de estructura por edad (tasas de primonupcialidad), la distribución según categorías del estado conyugal e indicadores de calendario (edad media a la primera

¹ Las fuentes de datos y la metodología seguida para las estimaciones respectivas se describen en el artículo 2.1 (capítulo segundo).

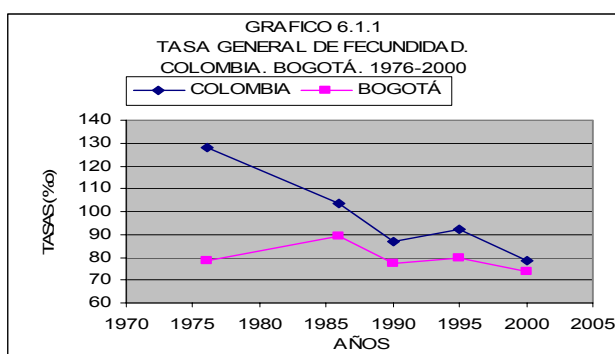
unión); además, para algunas generaciones nacidas de los años 50 en adelante se analizan las tasas de primonupcialidad por edad. La dinámica en el tiempo del uso de anticonceptivos se analiza a partir de la prevalencia de uso por edad y por tipo de método en un análisis transversal del periodo 1976-2000; la prevalencia por edad también se estima para las generaciones nacidas en las últimas 4 décadas del siglo².

6.1 FECUNDIDAD

Intensidad de la fecundidad

En la capital, la tasa general y la tasa total de fecundidad se mantienen aproximadamente estables desde los años 70s hasta finales de siglo, siempre con niveles más bajos que los del país (cuadros 6.1.1 y 6.1.2, gráficos 6.1.1 y 6.1.2).

En el periodo 1971-99, la tasa general de fecundidad³ del conjunto de Colombia descendió un 40%, (de 151,2 baja a 90,3‰). En el mismo periodo la tasa de Bogotá desciende en un 10% (de 92,7 baja a 82,6‰).

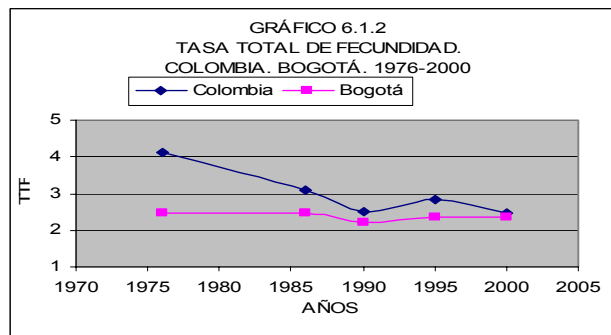


FUENTE: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000

² A pesar de que los cambios del conjunto del país están afectados por el comportamiento de la ciudad, en este capítulo se compara Colombia con Bogotá por dos razones: para validar la metodología de las estimaciones de la ciudad se consideró necesario reconstruir las estimaciones para el país que aparecen publicadas en los informes oficiales de las encuestas nacionales que se tomaron como fuentes de datos. Además, el análisis para el conjunto del país que aparece en este capítulo es una continuidad del capítulo cuarto referido a la transición de la fecundidad en Colombia.

³ Número de nacimientos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva. Para construir los numeradores de las tasas se clasifican los nacimientos por edad de la madre al evento y para construir los denominadores se estiman los años-mujer que aportaron eventos a cada uno de los siete quinquenios de edad en los que se divide el periodo fértil (en capítulo segundo sobre metodología se describe este procedimiento con más detalle).

Algo similar ocurre con la tasa total de fecundidad⁴. En el periodo 1971-99, la tasa total de fecundidad del país descendió casi en un 43% (bajó de 4,4 a 2,5 hijos en promedio por mujer). Entre tanto en el país el descenso fue tan solo del 4%. Aunque los niveles superiores del país en comparación con la capital se mantienen hasta finales del siglo, el diferencial a lo largo de estas décadas es cada vez menor, hasta alcanzar niveles casi iguales en el último periodo, en 1995-99 se tiene 2,35 para Bogotá y 2, hijos para el país.



FUENTE: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000

- Calendario de la fecundidad

En los 30 años observados, la edad media a la primera maternidad⁵ es siempre más alta en Bogotá que en el conjunto del país (gráfico 6.1.3, cuadro 6.1.3). Lógicamente, a medida que baja la fecundidad la edad media a la primera maternidad aumenta, porque las mujeres se unen a edades más tardías y en consecuencia comienzan a tener los hijos más tarde. Entre 1986 y el año 2000, la edad media a la que las mujeres bogotanas tienen los primeros nacimientos aumenta de 22,8 a 24,2 años, en tanto que en el país se mantiene aproximadamente estable entre 22 y 23 años. Al mismo tiempo, la edad media

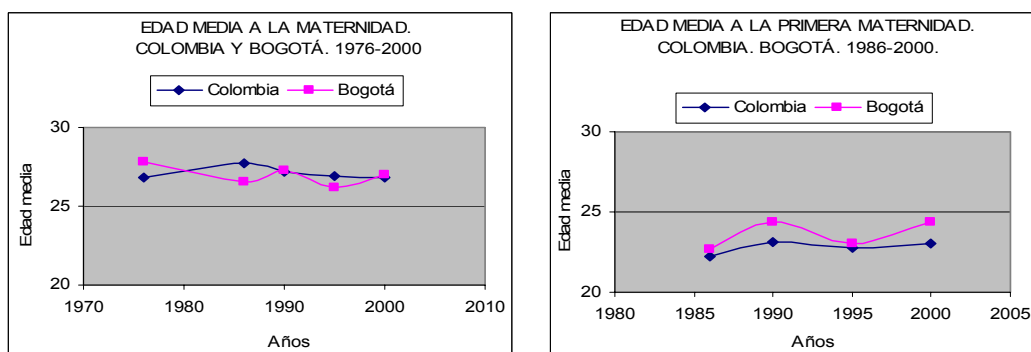
⁴ Promedio de hijos que tendrían las mujeres al final de la vida reproductiva si se conservaran las condiciones de fecundidad prevalecientes en el año de la estimación.

⁵ La edad media a la que las mujeres en edad fértil tuvieron su primer hijo, se estima con base en las tasas de fecundidad por edad de los primeros nacimientos (ver el acápite 2.1 del capítulo de metodología).

a la maternidad⁶ permanece casi estable en el periodo observado, alrededor de 27 años para Colombia y 26 años para Bogotá.

Entonces, puede concluirse que en Bogotá en las tres últimas décadas del siglo, a medida que la fecundidad se mantiene a niveles bajos y relativamente estables, la edad media a la primera maternidad aumenta porque las mujeres se unen a edades más tardías y en consecuencia comienzan a tener los hijos más tarde. En el conjunto del país los cambios en el calendario de la maternidad son menos sensibles que en la capital, a pesar de que en el mismo periodo la fecundidad ha descendido a un ritmo más rápido.

GRÁFICO 6.1.3



FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000

- Estructura por edad

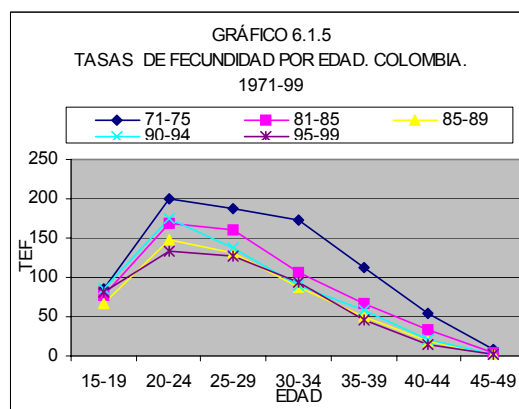
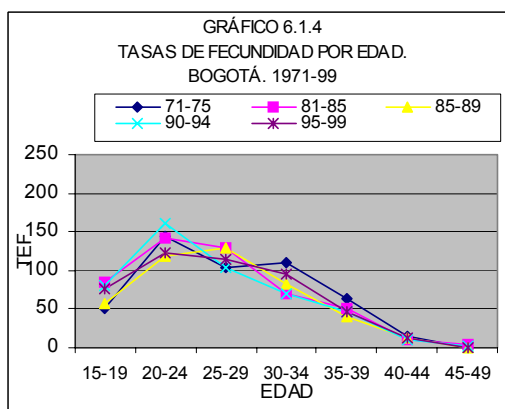
Por otra parte, las tasas medias de fecundidad por edad en los últimos 30 años, también tienen niveles menores en Bogotá en comparación con el país (gráficos 6.1.4 y 6.1.5, cuadros 6.1.1 y 6.1.2). Al observar las tendencias y diferenciales de estas tasas, sobresalen dos cosas:

- Primera, en los 30 años observados, en Bogotá la composición por edad de la fecundidad tiende a estabilizarse. Entre 1976 y el año 2000 en los distintos quinquenios las tasas por edad tienen descensos relativamente bajos, en comparación con el conjunto del país. Una vez más se evidencia la relativa estabilidad del patrón reproductivo de

⁶ La edad media a la que las mujeres en edad fértil tuvieron sus hijos se estima con las tasas de fecundidad por edad de todos los nacimientos (ver el acápite 2.1 del capítulo de metodología).

Bogotá en las últimas décadas⁷. Probablemente en Bogotá se alcanzó un control temprano de la fecundidad⁸. Por el contrario, en Colombia a partir de los 20 años de edad los descensos han sido mucho más acentuados, desde un 35% en el segundo quinquenio hasta 72% en el último. Además, a medida que avanza la edad de las mujeres los descensos son mayores.

- Segunda, en los últimos 30 años el país tiene una estructura de fecundidad joven, los niveles más altos se alcanzan a los 20-24 años, y en las curvas de los diferentes años se observa una cúspide dilatada entre los 20 y los 29 años. Por el contrario, en las curvas de Bogotá a partir de los 20 años las caídas son más acentuadas, lo cual indica una mayor contribución de las mujeres jóvenes a la fecundidad.



FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000

Otro aspecto sobresaliente en las tendencias y diferenciales de la fecundidad por edad, es el comportamiento irregular de las mujeres de 15-19 años. Más adelante en el apartado titulado, el caso de la fecundidad adolescente, se discute este tema que merece especial atención (último apartado de este capítulo).

⁷ El mismo proceso se evidenció con otros indicadores como la tasa total y la tasa general de fecundidad, y la descendencia final.

• **Influencia de la educación formal en la fecundidad**

Cosío (1993) habla de dos modelos de transición de la fecundidad en América Latina⁹: las poblaciones urbanas de estratos medios y altos que lideraron el proceso adoptando patrones modernos de fecundidad similares a los europeos, y los estratos menos favorecidos entre los que predomina la pobreza, que han tenido descensos tardíos de la fecundidad conservando patrones tradicionales de nupcialidad y fecundidad. Las diferencias de estos los modelos de transición en América Latina han sido discutidas por distintos autores (GERMAIN, ORDWAY 1989; BERQUÓ 1993; GOLDANI 1994; MASON, WULF 1996). Cuando en las grandes ciudades en América Latina y dentro de ellas las mujeres con mayor educación, comenzaron a liderar descensos acelerados de la fecundidad, en las áreas rurales la fecundidad permanecía alta, asociada a una nupcialidad precoz. Con el paso del tiempo, la fecundidad también comenzó a descender en los grupos sociales menos favorecidos. La oferta amplia de servicios de anticoncepción en el marco de programas públicos y privados también ha facilitado el descenso de la fecundidad en las zonas rurales y los estratos pobres de las ciudades, conservando los patrones tradicionales de nupcialidad y fecundidad (edad media precoz a la primera unión y al primer hijo, cortos intervalos proto e intergenésicos)¹⁰.

En Colombia, un país con una gran heterogeneidad cultural, niveles de desarrollo desiguales entre regiones y subregiones, condiciones de vida muy distintas entre las zonas urbanas y rurales y entre clases sociales medias, altas y bajas, la transición de la fecundidad tampoco ha sido un proceso homogéneo. FLÓREZ (2000) argumenta que las mujeres que iniciaron la transición de la fecundidad y entre quienes los descensos han sido mayores, son mujeres urbanas con los mayores niveles de educación y empleo, y que pertenecen a los estratos más altos. Aunque el proceso lo lideraron las mujeres urbanas, en las zonas rurales también ha bajado la fecundidad notablemente. Sin embargo, el rezago de la fecundidad rural con respecto a la urbana es de dos décadas,

⁸ En los siguientes artículos se discutirá los cambios paralelos de la fecundidad y la anticoncepción en el periodo observado.

⁹ Parámetros económicos, sociales y culturales son determinantes y responden a la dinámica de la mortalidad, la nupcialidad, la fecundidad y la migración. El complejo de interrelaciones entre aspectos sociales y demográficos conforman un modelo de reproducción de las poblaciones (COSÍO 1993).

¹⁰ En el capítulo tercero, titulado, recientes transformaciones demográficas en América Latina 1950-2000, se expone con mayor detalle el proceso observado en la región. En el capítulo tercero, titulado, recientes transformaciones demográficas en América Latina 1950-2000, se expone con mayor detalle el proceso observado en la región.

los niveles rurales de la década 90 se habían alcanzado en las zonas urbanas en los años 70s. Veinte años después, cuando el país se encuentra en una etapa final de la transición de la fecundidad, persisten enormes diferencias en los niveles de fecundidad por áreas geográficas. Y dentro de las áreas geográficas persisten las diferencias por estrato socioeconómico.

Por ejemplo Bogotá, la capital y mayor centro urbano, que desde las tres últimas décadas se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica, se han establecidos diferencias notables en el comportamiento reproductivo de mujeres con distintas condiciones sociales. FLOREZ (1990) discute para el caso de Bogotá, que las mujeres valoran el costo oportunidad de tener un hijo de acuerdo con las circunstancias laborales definidas por su nivel educativo. La incompatibilidad de roles aumenta con el nivel educativo, en consecuencia aumenta el costo o valor del tiempo asignado a la crianza. En un sentido similar, en otro estudio sobre Bogotá se encontró que la posición social de las mujeres dada por la educación alcanzada y la condición laboral, influye notablemente en la transición de un orden de paridez a otro¹¹. La mayor educación y la vinculación laboral paralela a la trayectoria reproductiva ejercen un efecto negativo sobre la fecundidad, reflejado en el número de hijos y en el espaciamiento de los nacimientos. Entonces, la probabilidad de tener los hijos está estrechamente vinculada con el nivel educativo de las mujeres. La asociación entre paridez y educación de la mujer describe un patrón típico en forma de U según el cual, antes de alcanzar la primaria la fecundidad es alta, con edades promedio a la unión tempranas y cortos intervalos proto e intergenésicos (MEDINA 1999).

Siguiendo estas ideas, con el objetivo de explorar algunos indicadores sobre la heterogeneidad de la transición en Bogotá, se estimó el promedio de años de educación formal según los hijos habidos, ninguno, uno, dos, tres y más. Con la información de las últimas cinco encuestas de demografía y salud realizadas en Colombia, las estimaciones se hicieron para las mujeres con 40 y más años que son las que probablemente han completado el tamaño de familia y entre quienes difícilmente se modifica el nivel de estudios alcanzado¹² (gráfico 6.1.6, cuadro 6.1.4). Así, se encontraron los siguientes

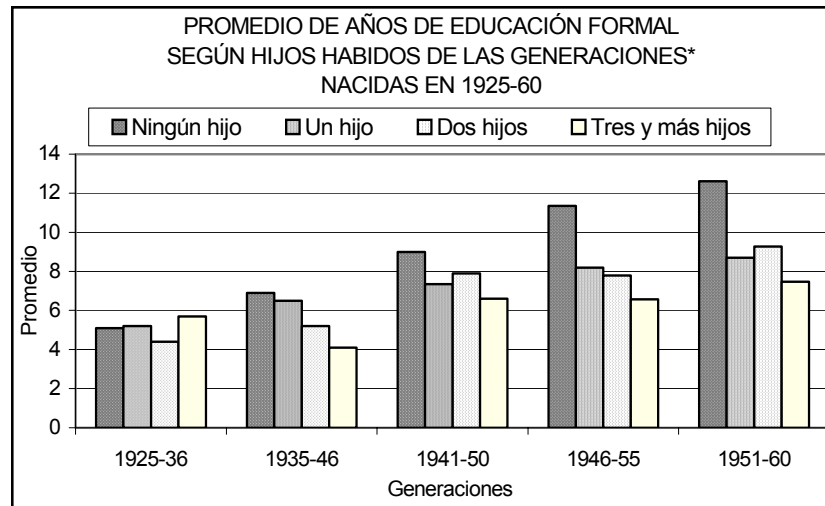
¹¹ P₁ =15-19, P₂ =20-24, P₃ =25-29, etc.

resultados para las generaciones nacidas en 1925-60, quienes vivieron su vida reproductiva cuando se dieron los grandes cambios demográficos en el país, entre 1940 y el año 2000:

- A medida que pasa el tiempo, la educación formal aumenta regularmente en todos los subgrupos analizados. Por ejemplo, se observan aumentos desde 5 hasta 8 años de educación formal en promedio entre el primer y el último grupo de generaciones observadas, 1925-36 y 1951-60. Otro ejemplo, entre las mujeres sin hijos el promedio de años de educación aumenta más que el doble en estos dos grupos de generaciones, de 5 a 12 años; algo similar ocurre entre las mujeres con 2 hijos. Estos datos evidencian los aumentos de la cobertura de la educación en el país, particularmente en Bogotá, ocurridos desde los años 50 en adelante.
- El número de hijos habidos cambia notablemente según el nivel educativo de las mujeres. Las mujeres que no han tenido hijos tienen más años de educación formal que las mujeres con hijos, y a medida que aumenta el número de hijos disminuyen los años promedio de educación, relación inversa que es evidente en todas las encuestas observadas. Por ejemplo, en la última encuesta, las mujeres sin hijos tienen 12 años en promedio de educación formal, en tanto que para las mujeres con 3 y más hijos el promedio es 7,5. Para todos los subgrupos así definidos se encontraron intervalos de confianza que confirman la validez de las diferencias observadas (cuadro 6.1.5).

¹² El procedimiento seguido para esta estimación se expone en el capítulo segundo sobre metodología, acápite titulado, algunos indicadores para medir la heterogeneidad de la transición.

GRÁFICO 6.1.6



FUENTES: EMF 1976; DHS 1986; DHS 1990; DHS 1995; DHS 2000.

*Generaciones definidas por el quinquenio de nacimiento.

Mujeres con 40 y más años en el momento de la observación.

Ahora bien, el comportamiento de la fecundidad pueden relacionarse con los patrones de nupcialidad y anticoncepción observados en el mismo periodo. En este sentido cabe preguntar, los niveles de uso de anticonceptivos, se corresponden con mayores o menores tasas específicas de fecundidad?. En términos más generales también cabe preguntar: los diferenciales de la nupcialidad, se relacionan con los diferenciales de la fecundidad por edad?. Es más, la estabilidad del modelo reproductivo de Bogotá observada en los últimos 30 años, involucra procesos concomitantes tanto de la fecundidad, como de la nupcialidad y la anticoncepción?. En los dos artículos siguientes se exploran respuestas a estas preguntas.

• El caso de la fecundidad adolescente¹³

Avanzados los años 60s, muchos países de América Latina mostraron signos claros de iniciar procesos de transición de la fecundidad. A pesar de que estos procesos han

¹³ Aquí se utiliza el concepto de adolescente en referencia a las edades comprendidas entre los 15 y 19 años, no se incluyen las edades 13 y 14 años convencionalmente consideradas en este grupo. El grupo se define con límites arbitrarios siguiendo un criterio demográfico convencional. Hay que tener en cuenta que la duración y definición de las características de la adolescencia varían a través del tiempo, las culturas y las situaciones socioeconómicas (FLÓREZ, NÚÑEZ 2002).

ocurrido de manera diferente entre países, en diferentes contextos se ha establecido una asociación entre el nivel y la estructura de la fecundidad: el descenso de la fecundidad va acompañado de un rejuvenecimiento de su estructura por edad. El descenso ocurre principalmente entre las mujeres con 25-30 años y su experiencia es muy distinta a la de las mujeres más jóvenes (FLOREZ, NÚÑEZ 2002).

En Colombia, con base en las últimas cinco encuestas de fecundidad que tienen representatividad para el conjunto del país y también para la capital, se evidencia que la fecundidad adolescente tiene un comportamiento irregular en comparación con la de los otros grupos de edad¹⁴. En los últimos 30 años (1971-2000), a partir del segundo quinquenio fértil, en todos los grupos ha habido descensos constantes y acentuados de las tasas fecundidad, descensos que lógicamente se reflejan en la fecundidad total y general, con lo cual se evidencian claramente los avances del proceso de transición de la fecundidad¹⁵.

En los últimos 30 años la tendencia de la fecundidad adolescente se comporta de manera irregular, tanto en Bogotá como en el conjunto del país (gráfico 6.1.7, cuadro 6.1.6). Sobre estos cambios cabe resaltar dos cosas:

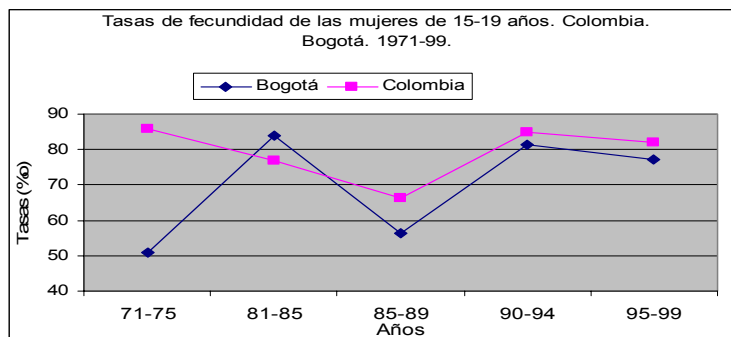
- Una, se observan periodos de ascenso, descenso, ascenso y casi estabilidad, que no se registran en ningún otro grupo de edad. Puede pensarse en dos factores que podrían favorecer estimaciones menos precisas en este grupo: los tamaños muestrales son reducidos, y puede haber declaraciones erróneas más frecuentes que en otras edades. A pesar de esto, cabe suponer que los datos observados se aproximan a la realidad del problema. En el siguiente

¹⁴ Recordemos que las tasas de fecundidad por edad se construyen con base en los nacimientos de los cinco años anteriores a la encuesta clasificados por edad de la madre al evento. Para construir los denominadores se estiman los años-mujer que aportaron eventos al quinquenio (ver capítulo segundo sobre metodología).

¹⁵ En el acápite 5.1 sobre fecundidad por edad y fecundidad general en Colombia y Bogotá se comentó al respecto: en los últimos 30 años, los descensos de la fecundidad por edad son más acentuados en el conjunto del país, donde el proceso de transición ha sido más acelerado que en la capital; en Bogotá el nivel avanzado de transición aparece relativamente estable durante estas décadas. Entre los 20 y los 49 años en el país hubo descensos notables en las tasas de fecundidad en distintos grupos de edad, que oscilaron entre el 32 y el 83%. En consecuencia la tasa general de fecundidad bajó del 38,6% (de 128,6 baja a 78,6 nacimientos por cada 1000 mujeres). En Bogotá, entre los 20 y los 44 años los descensos estuvieron entre el 15,3 y el 26,2% en el mismo periodo, en tanto que la fecundidad general bajó un 5,65 (de 78,3 bajó a 73,9%).

gráfico se observan las tendencias irregulares de la fecundidad adolescente en los últimos 30 años.

GRÁFICO 6.1.7



FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000

- Dos, en los últimos 30 años del siglo en Bogotá la fecundidad de 15-19 años ha aumentado en un 50%, en tanto que la tendencia del país tiende a estabilizarse con un descenso leve. Los niveles de la capital son menores en casi todos los años observados (cuadro 6.1.6).

CUADRO 6.1.6

ANOS	71-75	81-85	85-89	90-94	95-99	Cambio % 71-94	Cambio % 85-99	Cambio % 90-99
Bogotá	50,94	83,98	56,46	81,32	77,22	51,57	36,75	-5,05
Colombia	85,73	76,77	66,33	84,85	82,07	-4,27	23,72	-3,27

FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000

Sin embargo, hay que tener en cuenta dos aspectos al evaluar estos datos: por una parte, un punto de referencia para valorar estos cambios es la DHS de 1990, y con esta base de datos se han estimado niveles inferiores a lo esperado en varios indicadores que se ilustran a lo largo de este capítulo¹⁶. Puede pensarse que en alguna medida están subestimadas las tasas de 1985-89; siendo así, se sobreestimaría en alguna magnitud el aumento de la fecundidad adolescente (en los periodos 1985-99). De todos modos, los problemas de precisión en estas tasas de ninguna manera invalidan la tendencia ascendente observada.

¹⁶ Con base en la DHS 1990, se han estimado valores más bajos de lo esperado no solo en la fecundidad por edad, sino también en la tasa general y la tasa total de fecundidad, entre otros indicadores.

Por otra parte, si únicamente se valora el cambio en el último quinquenio observado 1995-2000, se observa una tendencia a la estabilidad de la fecundidad adolescente, con descensos leves del 5 y el 3% para Bogotá y el conjunto del país respectivamente. Así, se insinúa un cambio en la tendencia observada hasta entonces, pero es necesario tener nuevas encuestas antes de hacer anticipaciones sobre las tendencias futuras del problema.

De todas formas, aunque en los últimos 5 años observados los cambios en la fecundidad adolescente indiquen una casi estabilidad, con tendencias a un descenso leve, aún persiste un problema social de implicaciones importantes. Implicaciones importantes tanto para las mujeres jóvenes y las familias que viven estas experiencias, como para prestación de servicios de bienestar social destinados a este grupo de población considerado como socialmente vulnerable. De hecho, los diferenciales de fecundidad adolescente estimados por PROFAMILIA (1990, 1995, 2000), indican niveles más altos para la zona rural y para las jóvenes con los menores niveles de educación¹⁷. En un sentido similar, FLOREZ y NÚÑEZ (2002) en un análisis de las DHS de la década 90 en países seleccionados de América Latina, encontraron que el efecto de las variables socioeconómicas (educación, área de residencia, condiciones del hogar) en las tasas de fecundidad adolescente actúa, diferencialmente, según la oportunidad de inicio en la sexualidad. Además, los autores encontraron que las condiciones culturales propias de cada país, el uso de anticonceptivos y la composición de los hogares (en particular los hogares con jefatura femenina) influyen sobre la edad a la que ocurre el primer nacimiento¹⁸.

Con un enfoque similar, RODRÍGUEZ (2003) realizó un análisis de las dos últimas rondas de los censos nacionales de población (1990-93, 2000-01) en países seleccionados de América Latina (Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Panamá y Venezuela), y concluyó que en la última década del siglo se ratifica la resistencia de la

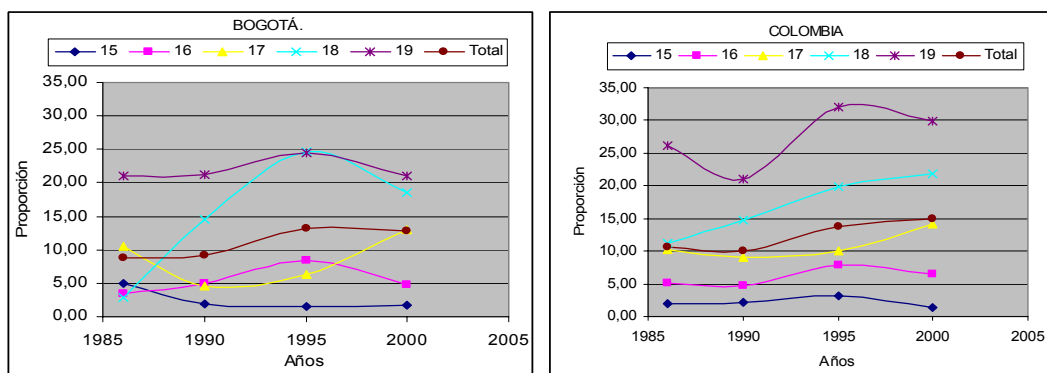
¹⁷ La magnitud de las tasas y las proporciones de madres a los 15-19 años publicadas en los informes de PROFAMILIA son muy similares a los aquí estimados.

¹⁸ Los autores también dicen que a pesar de que en la segunda mitad del siglo la fecundidad total ha disminuido en la mayoría de países de América Latina, la fecundidad adolescente no ha cambiado homogéneamente: en algunos países ha permanecido prácticamente constante, en otros ha bajado pero el cambio ha sido menor que el de los otros grupos de edad, y en otros países, la mayoría de la región la fecundidad adolescente ha aumentado (FLÓREZ, NÚÑEZ 2002).

maternidad adolescente. En los años observados, siempre se registró un aumento de la proporción de madres adolescentes en todas las edades (simples) del quinquenio. En la última ronda de censos analizada, estas proporciones oscilan entre 11.5 y 17.4. Además, el autor habla sobre las condiciones sociales precarias las jóvenes que pertenecen a este grupo de población, en cuanto a escolaridad, ocupación y posición en la familia.

Ahora bien, una observación adicional que indica la magnitud de este problema: en Colombia en la última década del siglo, la proporción de madres con 15-19 años ha aumentando. En Bogotá también se registran aumentos, especialmente entre 1990 y 1995, cuando esta proporción aumenta del 9 al 13%, y a partir de entonces tiende a estabilizarse. Los niveles del país son algo superiores a los de la capital durante todo el periodo observado, especialmente en los últimos 5 años (gráfico 6.1.8, cuadro 6.1.7).

GRÁFICO 6.1.8
 PROPORCIÓN DE ADOLESCENTES MADRES POR EDAD
 BOGOTÁ. COLOMBIA. 1986-2000



FUENTES: DHS 1986, 1990, 1995, 2000

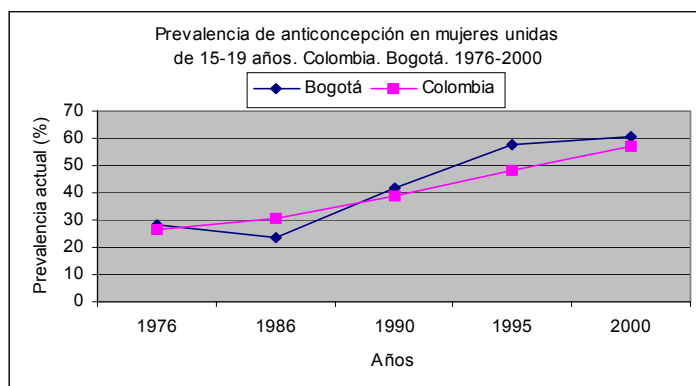
El grupo 15-19 años es heterogéneo a su interior por las condiciones biológicas y sociales de las distintas edades. Al analizar la proporción de madres adolescentes por edades simples se observa que a medida que aumenta la edad aumentan las proporciones, y que los principales aumentos se registran entre las mujeres de 18 y 19 años. Entre 1990 y 1995 ha habido aumentos en todas las edades, y en 1995-2000 los niveles alcanzados en el quinquenio anterior tienden a estabilizarse, excepto entre las mujeres de 17 años que registran aumentos hasta finales de siglo.

Ante este orden de cosas surge una pregunta, qué ha pasado con el uso de anticonceptivos entre las adolescentes durante estas décadas?. La tasa de prevalencia de

anticonceptivos¹⁹ de las adolescentes entre 1976 y el año 2000 aumentaron en más de un 100%, tanto en Bogotá como en el conjunto del país: en Bogotá la tasa de prevalencia de anticoncepción de las mujeres de 15-19 años subió de 26,5 al 57,2%, y en Colombia el cambio fue de 28,0 a 69,6%. En las cinco encuestas analizadas se observaron cambios constantes y crecientes durante todo el periodo (gráfico 6.1.9, cuadro 6.1.8). Sin embargo, los aumentos del país fueron mayores que los de Bogotá, lo cual puede favorecer el que la fecundidad adolescente sea mayor en la ciudad.

En el mismo periodo, entre las jóvenes bogotanas de 15 a 19 años el uso del DIU y la píldora pierden importancia relativa a medida que aumenta el uso de los métodos masculinos como el condón y el retiro. Llama la atención que en la última década (1990-2000), el uso de los métodos masculinos (condón, retiro) aumenta notablemente en el grupo 15-19 años (ver apartado 6.3 sobre anticoncepción).

GRÁFICO 6.1.9



FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000

Así las cosas, puede pensarse que en Colombia y en Bogotá, el aumento en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres más jóvenes registrado entre 1976 y el año 2000, aún es limitado, si se tienen en cuenta los aumentos en las tasas de fecundidad adolescente observadas en el mismo periodo. Cabe suponer que aún hacen falta esfuerzos para difundir la educación en anticoncepción y aumentar la cobertura en la prestación de estos servicios.

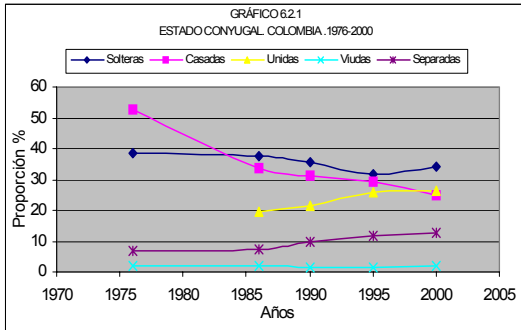
¹⁹ La prevalencia actual se define como la proporción de mujeres unidas que en el momento de la encuesta utilizaban algún método anticonceptivo, moderno o tradicional (en el capítulo segundo sobre metodología se describe la estimación de este indicador).

6.2 NUPCIALIDAD

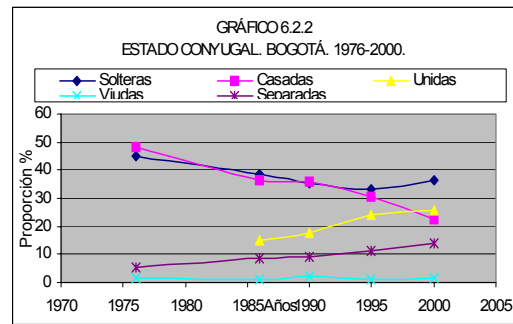
• Estado conyugal

En el contexto de la modernización social, los cambios de la fecundidad, la nupcialidad y la anticoncepción convergen en procesos de transición demográfica dentro de los cuales el descenso de la fecundidad va acompañado de modificaciones en los patrones de nupcialidad y aumentos generalizados del uso de anticonceptivos técnicos. Según la experiencia de sociedades que han vivido estos procesos, en este contexto por lo general se retrasa la edad a la unión, disminuye la diferencia de edad entre cónyuges, aumentan las separaciones conyugales y las uniones libres, al tiempo que disminuyen las uniones legales. La viudez (principalmente la femenina) también aumenta por el envejecimiento de la población concomitante al avance de la modernización social (COSIO 1998, FLÓREZ 1996).

En este orden de ideas, puede pensarse que en las últimas décadas del siglo el patrón de nupcialidad de las mujeres colombianas tiende a la modernización, se registran aumentos crecientes de las uniones consensuales, las separaciones conyugales y la viudez femenina. Entre 1976 y el año 2000 en el conjunto del país la proporción de mujeres en unión consensual aumenta en más de un 30%, a costa de disminuir la proporción de mujeres en unión legal en un 50% (aproximadamente). Entre tanto, la proporción de separadas aumenta notablemente, en cerca de un 80%. Sin embargo, el número de separaciones es relativamente bajo, al final del siglo tan solo un poco más del 10% de las mujeres en edad fértil dice que ha roto su unión conyugal (en el momento de la encuesta). La proporción de viudas tiende a aumentar, aunque levemente, posiblemente por la sobremortalidad masculina, evidente entre las personas mayores. Al mismo tiempo, la proporción de solteras disminuye moderadamente en el periodo, y a final de siglo cerca de una tercera parte de las mujeres se encuentran solteras (gráfico 6.2.1, cuadro 6.2.1)



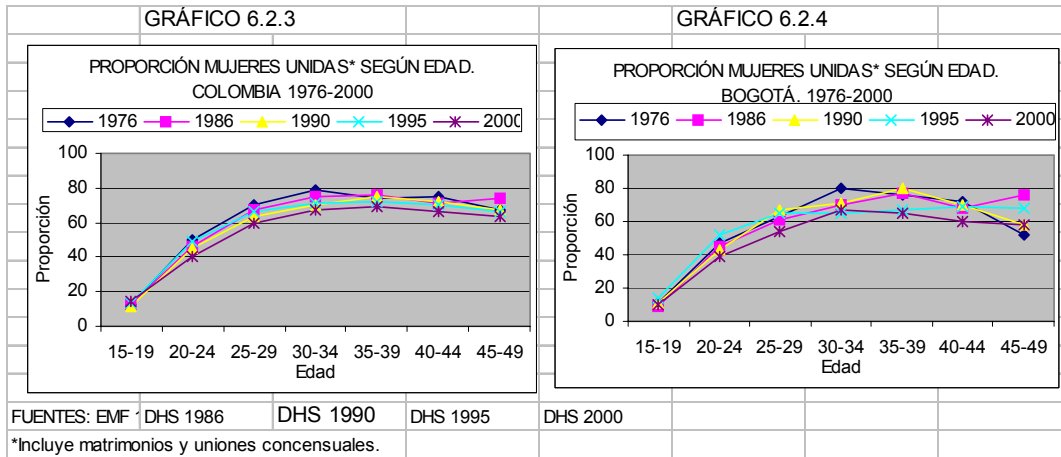
FUENTE: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000



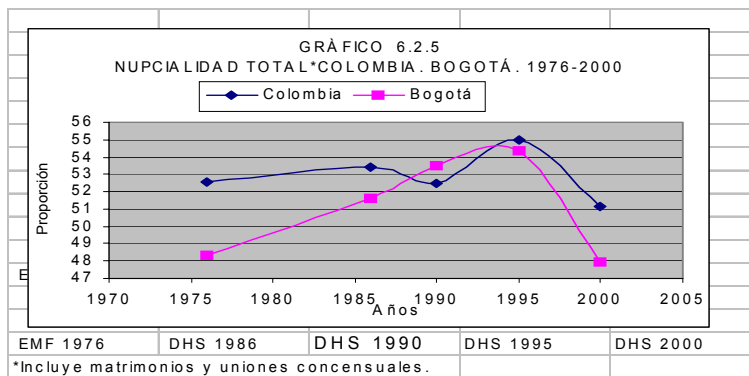
En el aumento de las separaciones conyugales y las uniones libres es bastante mayor. Entre 1976 y el año 2000 la proporción de mujeres separadas subió del 5 al 13%, en tanto que las uniones consensuales aumentaron casi un 70% en el año 2000. Estudios sobre el tema hablan sobre las repercusiones que traen estos cambios para la estabilidad de las estructuras familiares (FLÓREZ 2000). La proporción total de unidas (legales y consensuales) es similar en Bogotá y en el conjunto del país, cerca de la mitad de las mujeres en edad fértil se encuentran unidas, en las tres últimas décadas del siglo la nupcialidad total tiene aumentos moderados (gráfico 6.2.2, cuadro 6.2.2).

- Uniones y separaciones conyugales por edad

Las proporciones de unidas tiene un patrón por edad similar en Bogotá y en el país, desde los 25 años hasta el final de la vida reproductiva se encuentran unidas entre un 55 y un 70% de las mujeres (gráficos 6.2.3 y 5.2.4, cuadros 6.2.3 y 5.2.4). La tendencia al descenso, evidente tanto en Bogotá como en el país en todos los años observados, se explica por el aumento concomitante de las separaciones y la viudez.



En 1975-95 la nupcialidad total (uniones legales y consensuales) tiende a aumentar tanto en Bogotá como en el conjunto del país, y en 1995-2000 las curvas de ambas áreas disminuyen (gráfico 6.2.5, cuadro 6.2.5). La nupcialidad total, menor en Bogotá que en el conjunto país en casi todos los años observados, se relaciona con el peso mayor de las separaciones conyugales en la capital.



Ahora bien, teniendo en cuenta que en los últimos 30 años la dinámica de las separaciones conyugales marcan pautas de modernidad, resulta interesante comparar las tendencias y diferenciales en la proporción mujeres separadas por edad, entre la capital y el país (gráficos 6.2.6 y 6.2.7, cuadros 6.2.6 y 6.2.7).

GRÁFICO 6.2.6

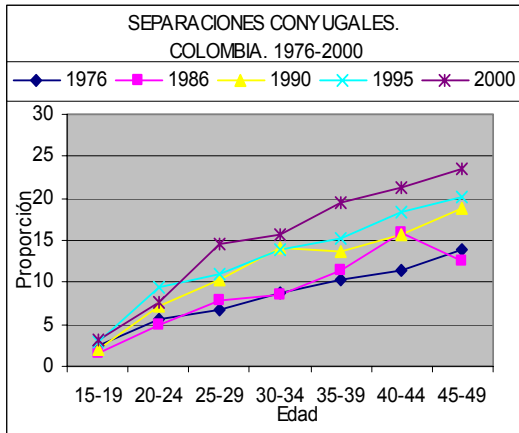
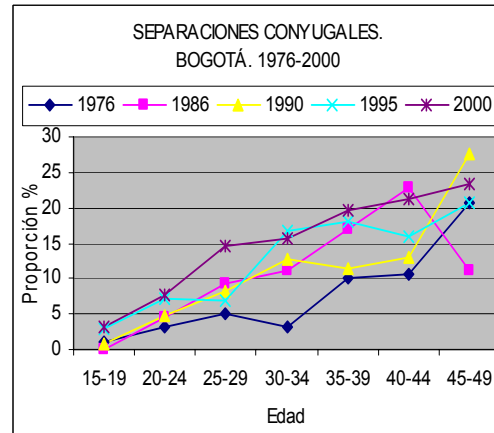


GRÁFICO 6.2.7



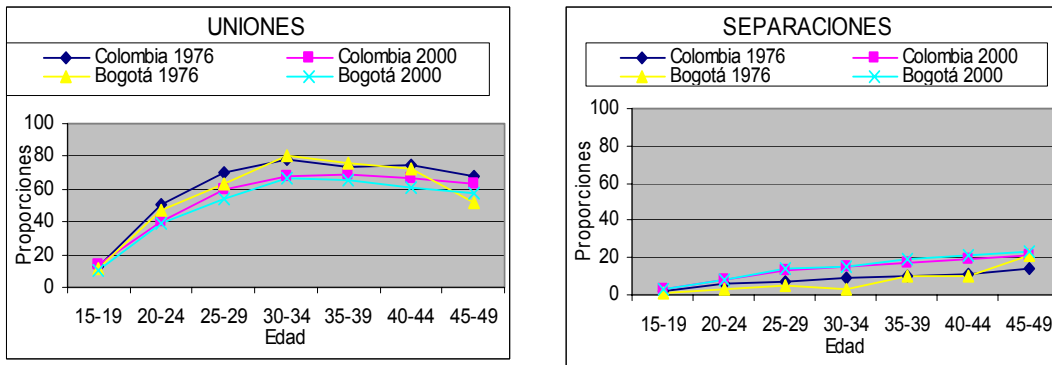
FUENTE: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000

Las separaciones conyugales aumentan con la edad, pareciese como si la duración de la unión fuese un riesgo para la ruptura. Esto es evidente en todas las cinco encuestas observadas, tanto en Bogotá como en el país. Por ejemplo, en el país en 1976 las proporciones varían entre 2,3 para las adolescentes hasta 13,9 para las mujeres mayores. Las mismas proporciones en el año 2000, varían desde 3 hasta 21% respectivamente. Aunque en Bogotá los perfiles por edad son muy similares a los del país, a medida que transcurren los años las proporciones son cada vez mayores en los distintos grupos de edad, indicando que se trata de un fenómeno creciente.

Entonces, se puede concluir que los aumentos del país son moderados en comparación con los incrementos extraordinarios de la capital. Sin embargo, el aumento acelerado de las separaciones conyugales en el país y en la capital evidenciado en la última cuarta parte del siglo, no alcanza a tener un impacto muy fuerte sobre la nupcialidad total, porque el volumen de separaciones aún continúa siendo bajo, a pesar de que su aumento relativo sea muy alto.

Por último, para evaluar los cambios en las proporciones de unidas (legales y consensuales) y las proporciones de separadas por edad a lo largo del tiempo, es interesante comparar las curvas del país y la de la capital en 1976 y el año 2000. En el gráfico 6.2.8 se evidencia claramente la disminución de la unión conyugal paralela al aumento de las separaciones.

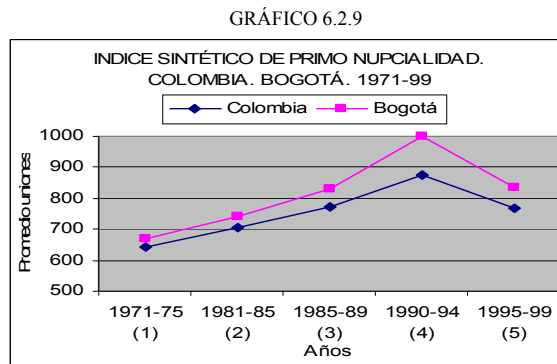
GRAFICO 6.2.8
SEPARACIONES Y UNIONES CONYUGALES.
COLOMBIA. BOGOTÁ. 1976-2000



FUENTE: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000

• **Primonupcialidad**

Las tasas de primeras uniones²⁰ y el índice sintético de primeras uniones²¹ son medidas de flujo, apropiadas para comparar varias encuestas secuentes en el tiempo. Así, considerando como periodo de referencia los cinco años anteriores a la encuesta, es posible reconstruir las tendencias para 1971-1999 de Bogotá y el país (gráficos 6.2.9, 6.2.10, 6.2.11 y cuadros 6.2.8, 6.2.9, 6.2.10).



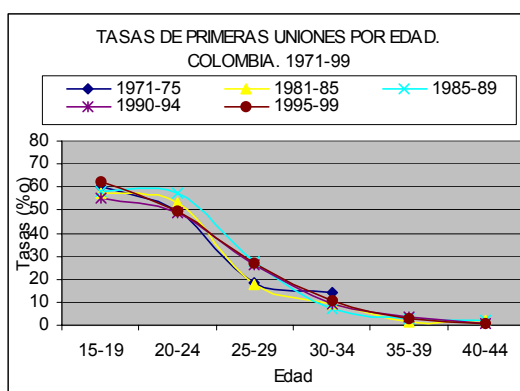
FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000

²⁰ Las tasas indican el número de primeras uniones por cada 1000 mujeres de una edad determinada observadas en el periodo de referencia.

²¹ Promedio ponderado que indica el número total de mujeres que contraerían primeras uniones si se conservaran las condiciones de nupcialidad vigentes en el periodo de la estimación (ver metodología, acápite 2.1).

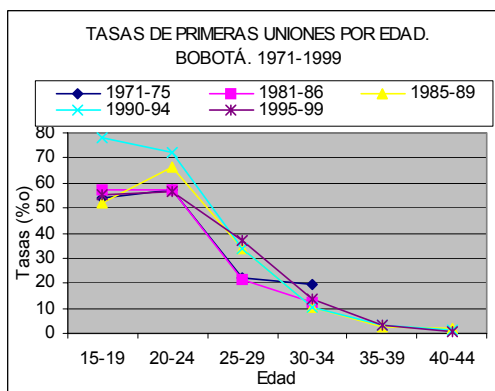
El índice sintético de primonupcialidad indica tendencias y diferenciales bastante claros en el país como en la capital. La intensidad de la nupcialidad aumenta durante el periodo 1971-99, un 20% en Colombia y un 24% en Bogotá; al interior de este periodo los aumentos son continuos hasta 1990-94 y en 1995-99 hay una tendencia al descenso. Según se comentó arriba, las curvas de la nupcialidad total (proporciones de unidas y solteras) tienen formas muy parecidas. El índice es mayor en Bogotá en todos los años observados, lo que indica que en Bogotá la intensidad de la nupcialidad es más alta.

GRÁFICO 6.2.10



FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000

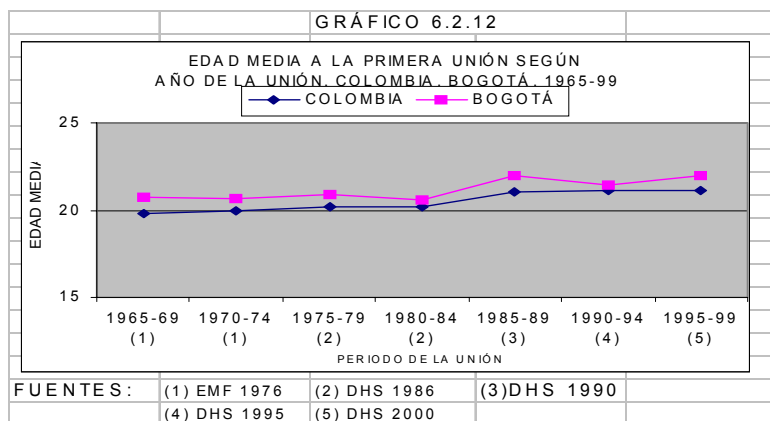
GRÁFICO 6.2.11



Tanto en el país como en la capital las curvas de las tasas de primonupcialidad por edad tienen una cúspide dilatada en los dos primeros quinquenios, indicando que el mayor número de primeras uniones ocurre entre los 15 y los 25 años. A partir de entonces, las curvas descienden hasta los 35 años, de esta edad en adelante las curvas tienden a cero, indicando que a mayor edad, menor es el número de primeras uniones.

• Calendario de la nupcialidad

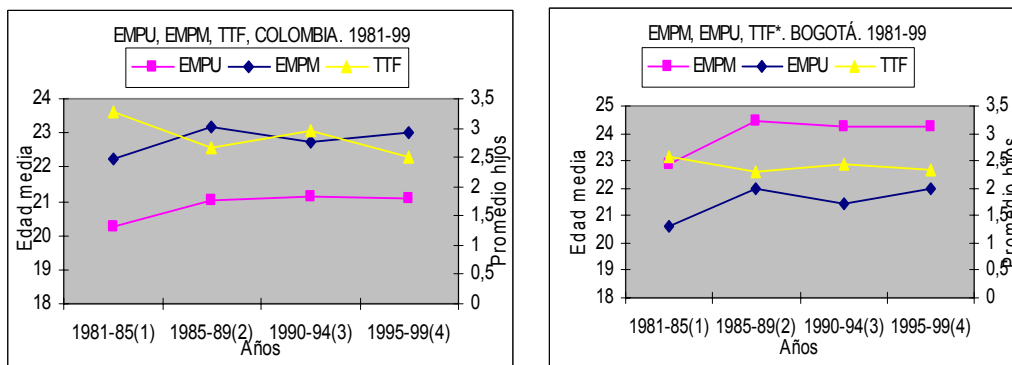
Desde mediados de los años 60 hasta finales del siglo en Colombia la edad media a la primera unión tiende a aumentar levemente, con niveles mayores en la capital en todos los años observados. La tendencia al aumento es continua aunque muy moderada, de 19,7 a 21,1 años en el país, y de 20,7 a 21,9 en Bogotá (gráfico 6.2.12, cuadro 6.2.11).



• **Cambios concomitantes en la nupcialidad, la fecundidad y la anticoncepción**

Es interesante analizar algunos cambios en la fecundidad y la nupcialidad ocurridos paralelamente en Colombia y en Bogotá (gráfico 6.2.13, cuadro 6.2.12). Como se mencionó arriba, la nupcialidad no ha tenido influencia en el descenso de la fecundidad, tal como ha ocurrido en otros países latinoamericanos que experimentaron un descenso rápido de la fecundidad, Costa Rica, Cuba y México (ROSETO-BIXY, 1966; WFS, 1984, citado por FLOREZ 2000).

GRÁFICO 6.2.13



Edad media a la primera unión, Edad media a la primera maternidad, Tasa total de fecundidad.

FUENTES: DHS 1986(1), 1990(2), 1995(3), 2000(4)

El mayor número de primeras uniones ocurre en los dos primeros quinquenios del periodo fértil, del cuarto quinquenio en adelante las tasas de primeras uniones caen precipitadamente. Al mismo tiempo, las curvas de las tasas de fecundidad por edad indican que los hijos se tienen preferencialmente entre los 20 y los 25 años, a partir de

entonces, las curvas descienden hasta alcanzar los niveles más bajos al final del periodo reproductivo.

Los vínculos entre fecundidad y nupcialidad también se evidencian si se compara el ingreso a la unión con el ingreso a la maternidad. Por ejemplo, entre 1981-99 la primera unión en Bogotá varía entre 20 y 22 años, en tanto que la primera maternidad está entre 22,8 y 24,2 años. Además, a medida que aumenta la edad media a la primera unión y la edad media a la primera maternidad, desciende la fecundidad. Esta última asociación es claramente sensible en el conjunto del país, donde aumentos en las edades a la primera unión y la primera maternidad, coinciden con caídas de la fecundidad: en el periodo mencionado la edad media a la primera unión varía entre 20 y 21 años, la primera maternidad está entre 22 y 23 años, en tanto que la fecundidad desciende de 3,2 a 2,5 hijos. La tendencia descendente de la tasa total de fecundidad, concomitante a tendencias ascendentes de las edades medias a la primera unión y a la primera maternidad, son más sensibles en Bogotá que en el conjunto del país.

Al reflexionar sobre cambios concomitantes en la fecundidad y la nupcialidad hay que tener en cuenta que el aumento de las uniones consensuales puede estar asociado al descenso de la fecundidad. Por esto, sería interesante estimar las tasas de fecundidad por edad para mujeres casadas y unidas, y analizar su evolución en el tiempo. Sin embargo en las encuestas utilizadas como fuentes de datos no es posible conocer el estado conyugal de las mujeres al nacimiento de los hijos, excepto para el año de la encuesta. En las estas encuestas se obtiene información sobre la historia de nacimientos pero no sobre la historia de uniones.

• Influencia de la educación formal en la nupcialidad

La influencia de la nupcialidad sobre la fecundidad ha sido ampliamente documentada. Uno de los factores que influyen en el nivel y en el patrón por edad de la fecundidad es la exposición al riesgo de embarazo dado por la unión conyugal (DAVIS, BLAKE 1956; BONGAARTS 1978). En procesos de transición demográfica no homogéneos, la fecundidad y la nupcialidad varían según las condiciones sociales de las mujeres. Como se anotó arriba, la influencia del nivel educativo sobre la fecundidad ha sido establecida en distintos estudios sobre el tema. En el mismo sentido, puede considerarse importante

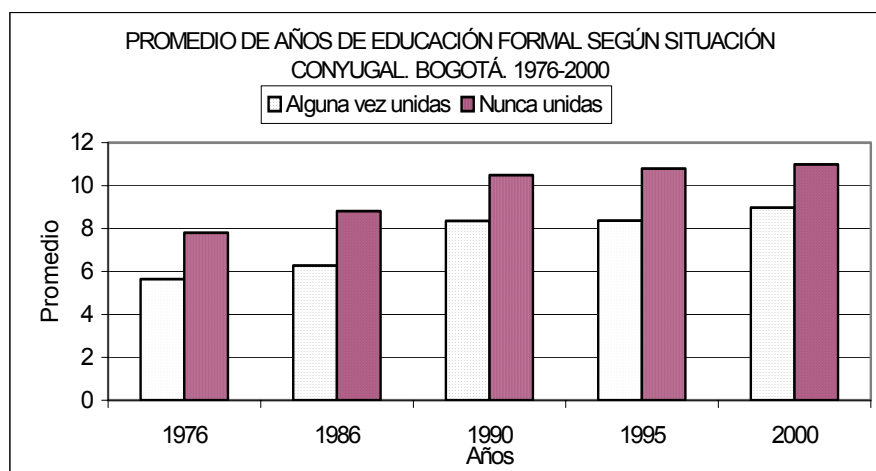
la influencia de la nupcialidad sobre la educación. De hecho, los datos arriba descritos indican que la nuliparidad y el menor número de hijos se asocia con mayores niveles educativos y viceversa. Entonces, los cambios tanto de la fecundidad como de la nupcialidad según el nivel educativo de las mujeres pueden indicar, en cierta forma, la heterogeneidad del proceso de transición de la fecundidad.

Siguiendo estas ideas, se estimó el promedio de años de educación formal para las mujeres con 25 y más años según condición conyugal, alguna vez unidas y nunca unidas²². Se encontró que el nivel de educación formal alcanzado varía notablemente según la situación conyugal de las mujeres (gráfico 6.2.14 y cuadro 6.2.13). Al respecto cabe resaltar lo siguiente:

- A lo largo de los años observados la educación formal aumenta notablemente. Por ejemplo, entre 1976 y el año 2000 los promedios varían entre 5,8 y 9,3 años de educación formal. Aquí también se evidencian los aumentos de la cobertura de la educación formal ocurridos en Bogotá a partir de los años 50.
- Las mujeres unidas tienen promedios de educación menores que las mujeres nunca unidas en todos los años observados, dos ejemplos: en 1976 los años promedio de educación formal alcanzados en las mujeres alguna vez unidas y las nunca unidas son 5,6 y 7,8 respectivamente; en el año 2000 el promedio de años de educación formal para las mujeres alguna vez unidas es 8,9 y para las nunca unidas es 10,9. Así, los datos de Bogotá indican que en las últimas décadas del siglo, la unión conyugal compite con las oportunidades de escolarización. Las diferencias observadas son estadísticamente significativas en todos los casos, según se ilustra en el cuadro 6.2.14.

²² Para la estimación se tomaron las mujeres con 25 y más años, considerando que entre ellas difícilmente se modifica el nivel de educación formal alcanzado (ver acápite sobre indicadores referidos a la heterogeneidad de la transición de la fecundidad, en el capítulo sobre en la metodología).

GRÁFICO 6.2.14



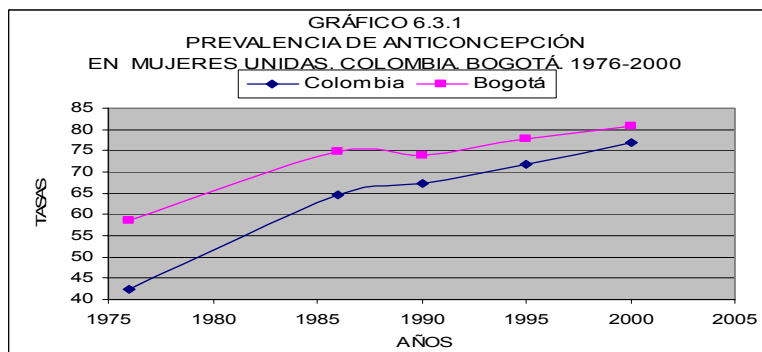
FUENTES: EMF 1976; DHS 1986; DHS 1990; DHS 1995; DHS 2000.

6.3 ANTICONCEPCIÓN

• Prevalencia actual de anticoncepción

En la última cuarta parte del siglo en Colombia la prevalencia actual de anticoncepción entre las mujeres unidas ha aumentado casi un 80%²³. En Bogotá también ha habido aumentos notables pero menos acentuados, la proporción de usuarias unidas aumentó casi en un 40%. Entonces, los cambios del país han sido más acelerados que los de Bogotá. Sin embargo, Bogotá alcanzó un control temprano de la fecundidad, las proporciones de uso son mayores que las del país en todas las cinco encuestas observadas, por ejemplo: entre 1976 y el año 2000 las proporciones de usuarias unidas en el país aumentan de 42,9% a 76,9%; en tanto que en Bogotá las mismas proporciones aumentan de 58,5 a 80,6 (gráfico 6.3.1, cuadro 6.3.1). Es evidente que al final de siglo el país se acerca a los niveles de uso de anticonceptivos que Bogotá alcanzó 30 años atrás. Vale la pena recordar que las medidas de fecundidad indican que la capital alcanzó un comportamiento reproductivo con rasgos claros de modernidad, temprano en comparación con el conjunto del país.

²³ La prevalencia actual de anticoncepción se estima como la proporción de mujeres unidas usuarias de algún método anticonceptivo en el momento de la encuesta (ver metodología sobre el modelo reproductivo de Bogotá, capítulo 2).



FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000

Ahora bien, similar a las curvas de fecundidad por edad, las curvas de prevalencia de anticoncepción por edad tienen niveles mínimos en los 15-19 años, suben precipitadamente en el segundo quinquenio para formar una cúspide dilatada hasta los 40 años, y a partir de entonces caen porque el uso es menor entre las mujeres mayores (gráficos 6.3.2 y 5.3.3, cuadros 6.3.2 y 6.3.3). En las cinco encuestas observadas claramente se ve que los diferenciales de uso de anticonceptivos por grupos de edad están definidos por los riesgos de embarazo: las etapas del ciclo vital con las mayores proporciones de uso incluyen la edad media a la primera maternidad y la edad media a la maternidad, que en Colombia son los 23 y los 26 años respectivamente. Además, el uso de anticonceptivos continúa intenso entre los 30 y 40 años, edades en las que por lo general ya se ha alcanzado el tamaño de familia deseado. En Bogotá, la tendencia es similar a la del país, aunque las proporciones de usuarias bogotanas casi siempre son mayores en las distintas edades y las diferentes encuestas observadas.

GRÁFICO 6.3.2

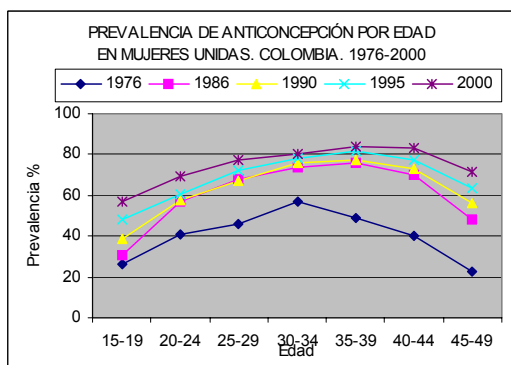
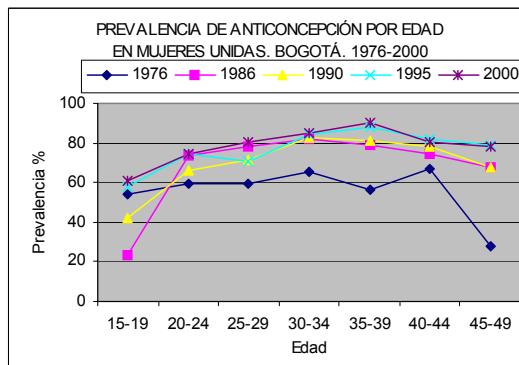


GRÁFICO 6.3.3



FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000

Las estructuras por edad también reflejan un proceso de cambio más estable en Bogotá y un cambio más acelerado en el conjunto del país. Entre 1976 y el año 2000, el incremento porcentual de las prevalencias de anticoncepción en los distintos quinquenios de edad es superior en el país. Según estos indicadores, puede decirse que la capital en los años 70s tenía niveles que el país solo pudo alcanzar hasta finales de siglo.

Por otra parte, sobresale el comportamiento irregular de las mujeres más jóvenes. En el acápite titulado, el caso de la fecundidad adolescente (incluido en el artículo 6.5 de este capítulo), se analiza con detalle la fecundidad de este grupo, junto con sus prácticas anticonceptivas.

• **Tipos de métodos utilizados**

Es muy interesante observar los cambios tan fuertes ocurridos en los últimos 25 años, tanto en el país como en Bogotá, en los tipos de métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres en edad fértil (gráficos 6.3.4 y 6.3.5, cuadros 6.3.3 y 6.3.4).

GRÁFICO 6.3.4

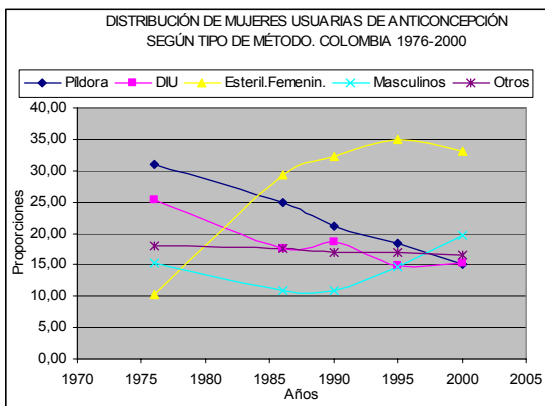
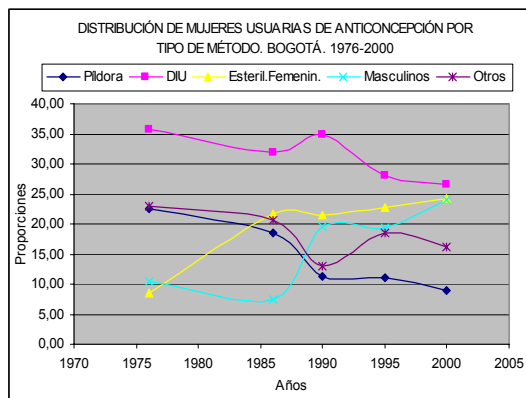


GRÁFICO 6.3.5



FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000
 Masculinos: esterilización masculina, retiro, condón
 Otros: ducha, jalea, diafragma, amenorrea por lactancia, ritmo, otros.

- A mediados de los años 70s predominaban la píldora y el DIU en el conjunto del país y también en Bogotá. En ese entonces, cerca del 30% de las usuarias utilizaban esos métodos.

- Desde mediados de los años 80s en Colombia la esterilización femenina ha venido siendo la estrategia más utilizada, y desde entonces su uso aumenta acentuadamente hasta finales de siglo. En el país en los 25 años observados la proporción de mujeres esterilizadas aumentó en más de un 200% y en Bogotá aumentó en un 187%. Sin embargo, hay que tener en cuenta que este es un método permanente y por lo tanto acumulativo, lo cual aumenta las tasas de prevalencia.
- Los aumentos de la esterilización femenina en Colombia han venido de la mano con el descenso notable del uso de la píldora y el dispositivo intrauterino (DIU). Con el paso de los años, estas estrategias se utilizan cada vez menos, sobre todo en el conjunto del país. En la última cuarta parte del siglo en Colombia el uso de la píldora disminuyó un 50% y el uso del DIU disminuyó un 40%. En tanto que en Bogotá los descensos fueron de 60% y 25% respectivamente.
- Sin embargo, en Bogotá el DIU se ha mantenido como el método más utilizado durante todos los 25 años observados, con proporciones de usuarias que varían alrededor el 30%.
- La esterilización femenina en Bogotá crece aceleradamente entre los años 70s y 80s, y desde entonces su crecimiento se estabiliza hasta finales de siglo, manteniendo siempre en todos esos años, el segundo lugar como estrategia anticonceptiva utilizada por las mujeres unidas. En este último periodo, cerca de un 20% de las mujeres bogotanas acogen la esterilización como método de control.
- En Bogotá los métodos masculinos (condón, retiro, esterilización) mantienen aumentos moderados desde los años 90s hasta finales de siglo. Llama la atención que estas estrategias anticonceptivas han venido cobrando importancia relativa en las últimas décadas hasta el punto de que en la capital en el año 2000, son más importantes que la píldora y el conjunto de otros métodos como, ducha, abstinencia, inyección, diafragma, espuma y amenorrea por lactancia. En el año 2000, el 25% de las mujeres bogotanas

declararon que sus parejas utilizaban métodos de control, condón y retiro principalmente, y esterilización masculina en menor proporción. Con menores dimensiones, esta situación es parecida en el conjunto del país.

En Colombia, al igual que en otros países de América Latina, la oferta de la esterilización femenina en las décadas 1970 y 1980 tuvo una receptividad enorme, hasta llegar a ser la estrategia más utilizada (COSÍO ZAVALA 1998). Probablemente la elección de la esterilización se relaciona con la necesidad de limitar el tamaño de familia, con el nivel educativo y la zona de residencia de las mujeres usuarias. Las mujeres con menores niveles educativos que pueden favorecer un manejo ineficiente de la píldora y el DIU, bajo acceso a los servicios de salud y que ya han concluido procesos de formación de la familia, pueden preferir la esterilización por ser un método definitivo. De hecho, en Colombia la esterilización principalmente se ha venido usando desde el tercer quinquenio fértil en adelante (PROFAMILIA 1986, 1990, 1995, 2000). Bogotá es una de las localidades donde las mujeres tienen mayores niveles educativos y con mejor acceso a servicios de salud, probablemente esto tiene que ver con la acogida del DIU como el método más preferido. Al mismo tiempo, llama la atención la participación creciente de los hombres en la anticoncepción, sobre todo en Bogotá, donde puede pensarse que mayores niveles de desarrollo podrían favorecer una cierta equidad de género en las elecciones reproductivas (MEDINA et al., 1999). A pesar de que la esterilización masculina aún es un método poco utilizado, tiene cada vez más acogida, sobre todo en las zonas urbanas.

Por otra parte, las elecciones anticonceptivas en los distintos grupos de edad expresan necesidades y demandas anticonceptivas singulares para las distintas etapas del ciclo vital, que se relacionan con el inicio de la vida en pareja, las edades preferenciales para tener los hijos y el final de la vida reproductiva. En el curso de los 25 años observados, en Bogotá, hay cambios en la composición de la demanda de anticonceptivos según la edad. Seguramente que estos cambios se relacionen no solo con los cambios en la oferta, sino también con las necesidades propias de cada etapa vital (gráfico 6.3.6 y cuadro 6.3.6).

- Entre las jóvenes de 15 a 19 años, el DIU y la píldora pierden importancia relativa y aumenta el uso del condón y el retiro²⁴. Llama la atención que en la última década (1990-2000), el uso de los métodos masculinos (condón, retiro) aumenta notablemente. Aproximadamente una cuarta parte de las jóvenes usan otros métodos (ducha, abstinencia, inyección, diafragma, espuma), estos niveles de uso son aproximadamente estables a lo largo del periodo observado. Como es de esperar, entre las adolescentes no se registran casos de esterilización.

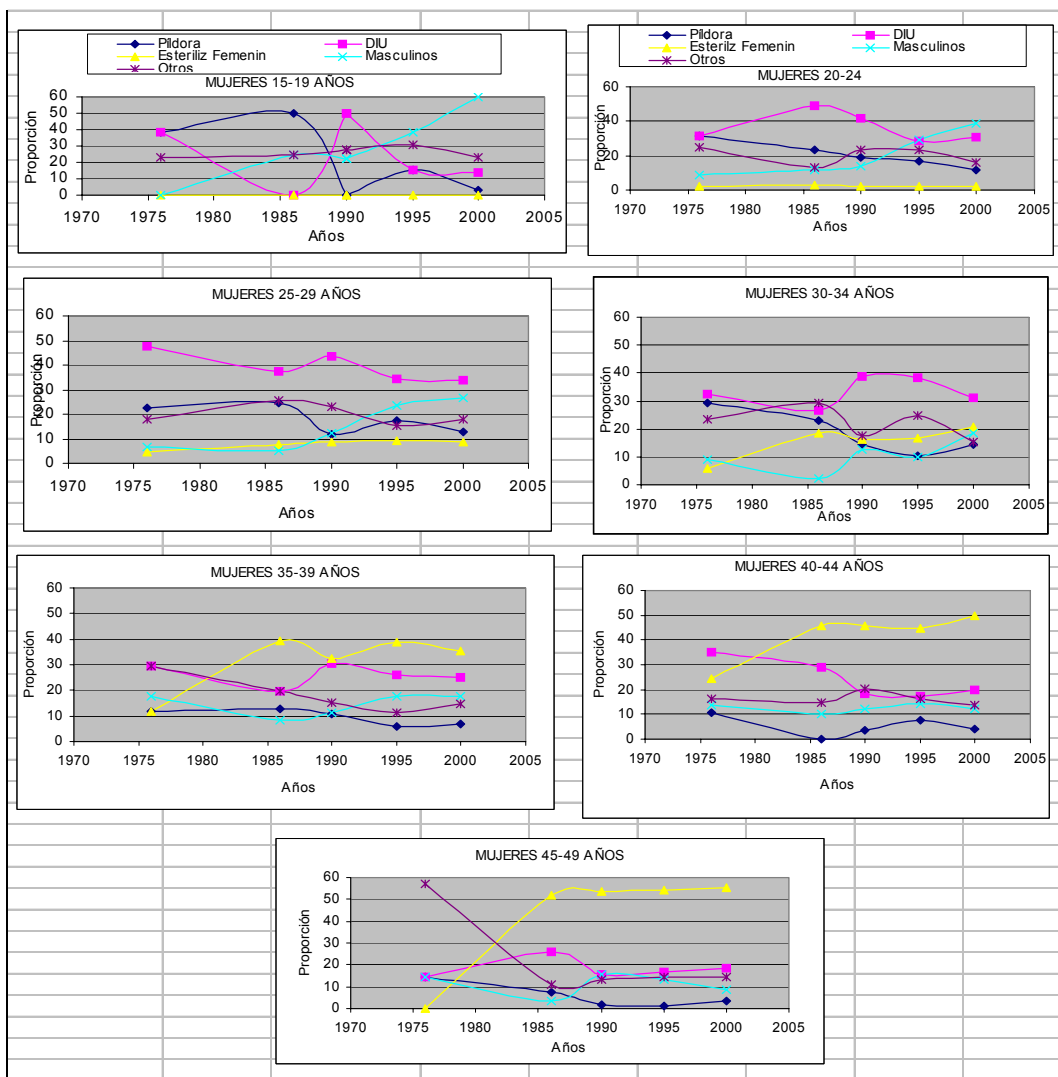
- Entre los 20 y 30 años, decenio en el que están la edad mediana a la primera unión (20, 21 años), la edad a la primera maternidad (22, 24 años) y la edad media a la maternidad (26, 27 años), es explicable que la esterilización femenina es muy baja, durante todo el periodo observado. Puede pensarse que el aumento de la oferta de la esterilización evidenciado en el país desde de los años 80, no tuvo receptividad en estas edades porque las necesidades de anticoncepción de estas mujeres tienen que ver más con el espaciamiento de los hijos, con lo cual no se acoge un método definitivo. Entre tanto, el DIU se mantiene como el método más utilizado durante todo el periodo, probablemente porque su elección se relaciona con el espaciamiento de los hijos. Además, el uso de métodos masculinos también aumenta en estas edades, principalmente desde los años 90s.

- Entre los 30-34 años, llama la atención el aumento del uso del DIU, paralelo a disminuciones en el uso de la píldora, y a aumentos moderados pero evidentes de la esterilización femenina. (En este quinquenio se observa el mismo perfil del conjunto de Bogotá).

- A partir de los 35 años la esterilización femenina es la estrategia de control más utilizada, con aumentos progresivos evidentes desde 1985 hasta finales de siglo, y a medida que aumenta la edad las proporciones de uso son cada vez mayores: la proporción de esterilizaciones varía alrededor del 35% en el quinto quinquenio, alrededor del 45% en el sexto, y al final de la vida reproductiva un poco más de la mitad de las mujeres bogotanas estaban esterilizadas.

²⁴ Los tamaños muestrales en el primer quinquenio son pequeños y probablemente por eso aparecen tendencias irregulares en el uso del DIU y de la píldora.

GRÁFICO 6.3.6
 DISTRIBUCIÓN DE MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN POR TIPO DE MÉTODO
 PARA GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD. BOGOTÁ. 1976-2000



FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000

Masculinos: esterilización masculina, retiro, condón.

Otros: ducha, abstinencia, diafragma, espuma, amenorrea por lactancia, otros.

6.4. EXPERIENCIAS DE LAS GENERACIONES

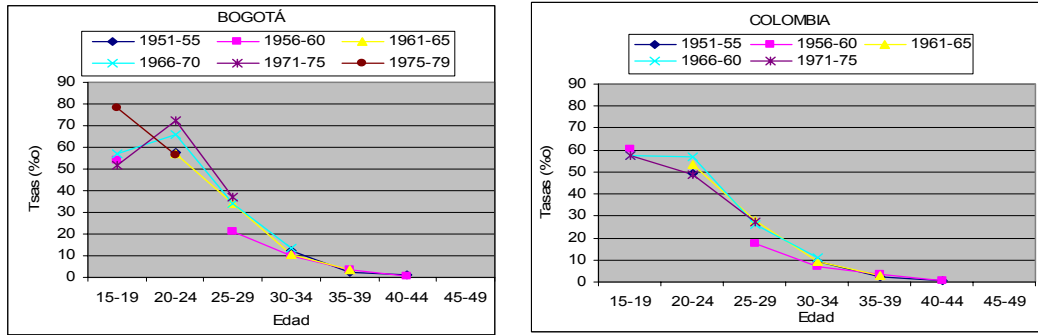
• Estructura por edad de la primonupcialidad, la fecundidad y la anticoncepción de las generaciones nacidas en 1941-79

Las generaciones se construyeron a partir de cinco encuestas transversales, todas ellas con diseños muestrales comparables entre sí, realizadas en la mayoría de los casos en rondas quinquenales. Se tomaron datos de la EMF 1976 y las DHS 1986, 1990, 1995 y el año 2000 de Colombia para construir las generaciones nacidas en los quinquenios 1941-45, 1946-50, 1951-55, 1956-60, 1961-65, 1966-70, 1971-75 y 1975-79.

Con los datos utilizados no fue posible reconstruir series completas que permitan observar la estructura de las generaciones desde el comienzo hasta el final de su vida reproductiva. Se tienen generaciones ficticias porque para construir las series se parte del supuesto de que las mujeres que en una encuesta inicial están en un quinquenio de edad determinado, en la encuesta siguiente “son las mismas” que están en el quinquenio siguiente, y así sucesivamente. Además, las series son incompletas porque no se tienen encuestas suficientes para cubrir todos los periodos de análisis requeridos (PEREZ 2003). Sin embargo, bajo este supuesto metodológico es posible reconstruir generaciones para el periodo 1946-79. (En el capítulo segundo sobre metodología, acápite referido al comportamiento de las generaciones, se detalla el procedimiento seguido).

Bajo estas condiciones, veamos en primer lugar las tendencias y diferenciales de la primonupcialidad de las generaciones. Entre las generaciones que nacieron en 1951-65 (que iniciaron su vida reproductiva en 1966-80) y que son las que tienen información a partir de los 30 años, parece ser que no ha habido cambios importantes en el patrón de primonupcialidad por edad, ni en el país, ni en la capital. Y las tendencias y niveles de Bogotá y Colombia son muy similares (gráfico 6.4.1, cuadros 6.4.1 y 6.4.2).

GRÁFICO 6.4.1
TASAS DE PRIMONUPCIALIDAD POR EDAD
DE LAS GENERACIONES NACIDAS ENTRE 1951-79. BOGOTÁ. COLOMBIA



FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000
*Generaciones definidas por el quinquenio de nacimiento.

En general, a partir del segundo quinquenio las tasas de primonupcialidad de las generaciones disminuyen a medida que aumenta la edad, indicando que después de los 30 años los eventos ocurren en menor medida. El descenso acelerado de las primeras uniones a medida que aumenta la edad es tal, que en la madurez de la vida las oportunidades de tener una primera unión parecen ser mínimas. Llama la atención que después de los 30 años, todas las 5 generaciones estudiadas se comportan indistintamente.

Entre las generaciones más jóvenes (nacidas en 1966-70 que iniciaron su vida reproductiva en 1981-94), que son las que tienen información de los 15 a los 29 años, no hay un patrón claro en la primonupcialidad por edad. Si se compara la capital con el país, se observan diferencias interesantes: en Colombia las tasas de primonupcialidad más altas están en los 15-19 años, en tanto que en Bogotá los mayores niveles están en los 20-24 años (excepto en la generación más joven que tiene un valor extremo en el primer quinquenio). Entonces, en las generaciones bogotanas se evidencia un retraso en la edad preferencial a la primera unión. Por esto, puede pensarse que la estructura de la nupcialidad del país está rejuvenecida en comparación con la capital.

Aquí vale la pena recordar que las estimaciones transversales para el periodo 1971-99 tanto en la capital como en el país las tasas de primonupcialidad más altas están en los

dos primeros quinquinos de edad. También con el análisis transversal (tasas para los 5 años anteriores a la encuesta) se observa que en Bogotá a medida que pasa el tiempo los niveles de las tasas de primonupcialidad aumentan: las tasas de 1971-86 son menores que las de 1985-89, y estas son menores que las de 1990-94. Esto permite pensar que son las generaciones bogotanas más jóvenes las que han liderado el retraso de la edad a la primera unión, y al mismo tiempo son las que han contribuido al aumento de la nupcialidad total. Recordemos que en el periodo 1971-99, el ISPN tiene una tendencia ascendente tanto en el país como en la capital, con niveles superiores para Bogotá, en todos los años observados (ver acápite 5.2 sobre nupcialidad).

Entre las generaciones que nacieron en 1951-65 (que iniciaron su vida reproductiva en 1966-80), que son las que tienen información a partir de los 30 años, parece ser que no ha habido cambios importantes en el patrón de primonupcialidad por edad, ni en el país, ni en la capital. Y las tendencias y niveles de Bogotá y Colombia son muy similares (gráfico 6.4.6, cuadros 6.4.6 y 5.4.7).

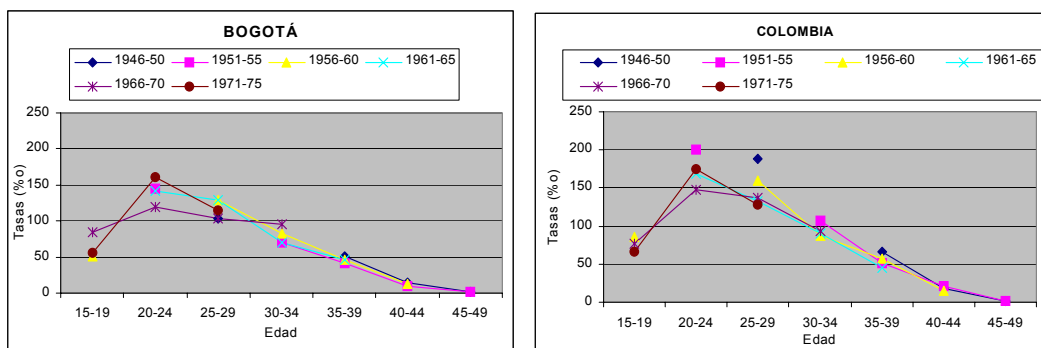
Igualmente, en este grupo de generaciones se observa que a partir del segundo quinquenio las tasas de primonupcialidad disminuyen a medida que aumenta la edad, indicando que después de los 30 años los eventos ocurren en menor medida. El descenso acelerado de las primeras uniones a medida que aumenta la edad es tal, que en la madurez de la vida las oportunidades de tener una primera unión parecen ser mínimas. Llama la atención que después de los 30 años, todas las generaciones estudiadas se comportan indistintamente.

Entre las generaciones más jóvenes (nacidas en 1966-70 que iniciaron su vida reproductiva en 1981-94), que son las que tienen información de los 15 a los 29 años, no hay un patrón claro en la primonupcialidad por edad. Si se compara la capital con el país, se observan diferencias interesantes: en Colombia las tasas de primonupcialidad más altas están en los 15-19 años, en tanto que en Bogotá los mayores niveles están en los 20-24 años (excepto en la generación más joven que tiene un valor extremo en el primer quinquenio). Entonces, en las generaciones bogotanas se evidencia un retraso en la edad preferencial para la primera unión. Por esto, puede pensarse que la estructura de la nupcialidad del país está rejuvenecida en comparación con la capital.

Aquí vale la pena recordar que las estimaciones transversales para el periodo 1971-99 tanto en la capital como en el país las tasas de primonupcialidad más altas están en los dos primeros quinquinos de edad. También con el análisis transversal (tasas para los 5 años anteriores a la encuesta) se observa que en Bogotá a medida que pasa el tiempo los niveles aumentan: las tasas de 1971-86 son menores que las de 1985-89, y estas son menores que las de 1990-94. Esto permite pensar que son las generaciones bogotanas más jóvenes las que han liderado el retraso de la edad a la primera unión, y al mismo tiempo son las que han contribuido al aumento de la nupcialidad total. Recordemos que en el periodo 1971-99, el ISPN tiene una tendencia ascendente tanto en el país como en la capital, con niveles superiores para Bogotá, en todos los años observados (ver acápite 5.2 sobre nupcialidad).

En segundo lugar, analicemos las tasas de fecundidad por edad de las generaciones construidas con la misma metodología (gráfico 6.4.2, cuadros 6.4.3 y 6.4.4).

GRÁFICO 6.4.2
TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD DE LAS GENERACIONES NACIDAS ENTRE 1946-75.
BOGOTÁ. COLOMBIA



FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000

*Generaciones definidas por el quinquenio de nacimiento.

Entre las series consideradas se observan diferencias entre las generaciones más jóvenes y las generaciones mayores, en el siguiente orden:

- En las generaciones más jóvenes que tienen datos para los primeros quinquenios de la vida fértil, se observa que los mayores niveles de fecundidad se alcanzan entre los 20 y los 24 años en todas las series observadas, tanto en la capital como en el conjunto del país. Estas generaciones iniciaron su vida reproductiva entre mediados

de los años 60 y mediados de los años 90, periodo en el que el calendario de la fecundidad se concentra precisamente en este quinquenio²⁵.

- Como era de esperarse después de los 25 años, con más énfasis de los 30 años en adelante los descensos de la fecundidad son continuos y acentuados hasta alcanzar los niveles mínimos en las últimas edades reproductivas. Esto puede observarse en las generaciones mayores que tienen datos para los quinquenios de edad superiores, las generaciones que iniciaron su vida reproductiva entre 1961 y 1980. Aunque las generaciones aquí analizadas estén incompletas, en todas ellas se observa la disminución del nivel de fecundidad a medida que aumenta la edad. Esta tendencia es evidente tanto en la capital como en el país, en todas las series observadas. Lógicamente, con las tasas transversales (estimadas para los 5 años anteriores a la encuesta que corresponden al periodo 1971-99), también se observa la misma tendencia en los últimos quinquenios, la fecundidad desciende a medida que aumenta la edad, hasta alcanzar los niveles mínimos al final de la vida reproductiva.
- Un último aspecto interesante es que los niveles de las tasas de fecundidad por edad del país son mayores que los de la capital, en todos los grupos de edad de todas las generaciones observadas. Esto significa que desde mediados de siglo Bogotá tiene niveles relativamente bajos en comparación con el conjunto del país, lo que indica que la capital vivió un proceso de transición de la fecundidad temprano que se ha mantenido relativamente estable en la segunda mitad del siglo. Además, la estructura de la ciudad parece rejuvenecida en comparación con la del país. A pesar de que no se tienen los ciclos vitales completos, con los datos del país de las cohortes mayores, se insinúa una cúspide dilatada entre el segundo y el tercer quinquenio de edad, correspondiente a los mayores niveles de fecundidad. Este aspecto se analiza con mayor detalle en el capítulo titulado, transición de la

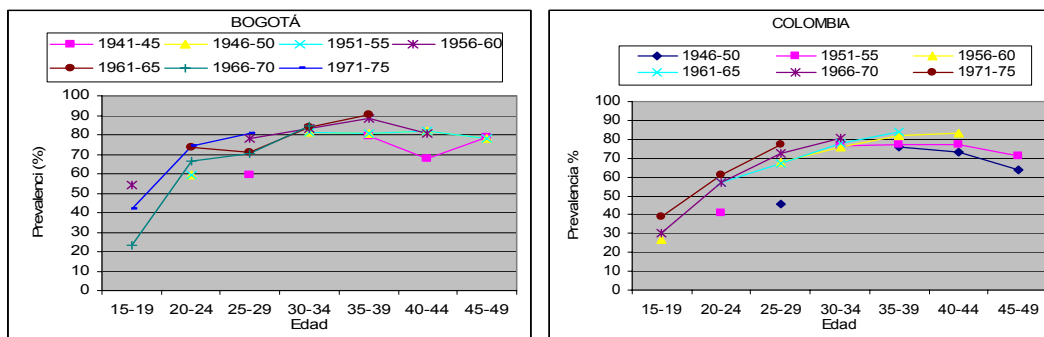
²⁵ Dado que no se tienen datos de generaciones completas, no es posible estimar la edad media a la maternidad para las generaciones analizadas. Sin embargo, con las estimaciones transversales del periodo 1971-99 del país y la capital se estableció que la edad media a la maternidad y a la primera maternidad también están en este quinquenio.

fecundidad en Colombia²⁶.

Así las cosas, se puede concluir que las tendencias de la fecundidad por edad observadas en el análisis transversal, se confirman con el análisis longitudinal clásico que aquí se presenta. Lo interesante de analizar las generaciones está en que se pueden observar periodos de tiempo más largos (a los observados con las tasas transversales).

En tercer lugar, analicemos la prevalencia de anticoncepción por edad de las mismas generaciones. En el conjunto del país se observan diferencias interesantes en el uso de anticonceptivos de las generaciones nacidas en 1941-75, que iniciaron su vida reproductiva en 1956-90 (gráfico 6.4.3 y cuadros 6.4.5 y 6.4.6). La mayoría de estas generaciones atravesaron su vida reproductiva en el periodo en el que en el país se dieron grandes transformaciones demográficas, con un proceso de transición de la fecundidad evidente, tanto con los mismos indicadores de fecundidad, como con los indicadores de anticoncepción.

GRÁFICO 6.4.3
PREVALENCIA DE ANTICONCEPCIÓN POR EDAD
DE LAS GENERACIONES BOGOTANAS NACIDAS EN 1936-75.



FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000
*Generaciones definidas por el quinquenio de nacimiento.

Entre las generaciones mayores, las nacidas en 1946-65 la prevalencia de anticoncepción aumenta a medida que la generación es más joven, lo cual refleja claramente la mayor difusión y la mayor aceptación de la anticoncepción en las décadas

²⁶ En el capítulo cuarto sobre transición de la fecundidad en Colombia, se analiza la fecundidad por edad de las generaciones colombianas que iniciaron su periodo reproductivo entre 1950 y el año 2000. Las generaciones construidas con estos datos representan ciclos vitales más completos que los que se observan en el gráfico 6.4.1. Con las series más completas, es posible ver con mayor claridad el rejuvenecimiento de la estructura concomitante al descenso de la fecundidad.

más recientes. Una tendencia muy similar se observa entre las generaciones más jóvenes, las nacidas en 1961-75: entre más joven es la generación mayores son las tasas de prevalencia por edad. Claro está, todas estas generaciones iniciaron su vida reproductiva desde mediados de los años 60 en adelante, cuando el proceso de transición de la fecundidad ya estaba en curso. Entonces, aunque con las generaciones así construidas se tengan ciclos vitales incompletos, se observa claramente el aumento de la prevalencia de anticoncepción que se dio en el país a partir de los años 60.

Por el contrario, en Bogotá no hay diferencias importantes en el patrón por edad en la prevalencia de anticoncepción de las generaciones nacidas en 1941-75, excepcionalmente se observa que el uso de anticonceptivos es más bajo en la generación más vieja (la nacida en 1941-45). Esto significa que las generaciones bogotanas que iniciaron su vida reproductiva entre los años 60 y 90, tuvieron comportamientos muy similares. De los años 60 en adelante, todas estas generaciones tienen niveles de prevalencia de anticoncepción relativamente altos en comparación con los del país, que en los años observados se mantienen estables. Entonces, puede concluirse que según la prevalencia de anticoncepción observada en las generaciones, en la capital se vivió un proceso de transición temprano, que se ha mantenido aproximadamente estable en los últimos 30 años. Aquí vale la pena recordar que según las observaciones para el año de la encuesta, en la capital los niveles de uso de anticonceptivos por edad son muy similares entre 1986 y el año 2000, únicamente los niveles de 1976 son relativamente bajos en comparación con los otros años. Además los niveles de la capital son mayores que los del país en todos los años observados. Así las cosas, puede concluirse que las observaciones transversales y las longitudinales confirman el patrón por edad y las tendencias del uso de anticonceptivos, tanto en la capital como en el país.

• **Intensidad y reproducción de las generaciones nacidas en 1927-55**

Para observar la intensidad y reproducción de las generaciones con una serie de encuestas transversales que tienen diseños comparables como las que se aquí se vienen analizando, se puede comparar el comportamiento de las cohortes que reportan una historia reproductiva completa (las mujeres que tenían 45-49 años en el momento de la encuesta). Concretamente, con la EMF 1976 y las DHS 1986, 1990, 1995, 2000, es posible estimar la descendencia final, las probabilidades de crecimiento de la familia y

la tasas de reproducción para generaciones nacidas en el periodo 1927-55, que vivieron su trayectoria reproductiva en 1941-2000. Así, se tiene un periodo de análisis relativamente largo, que resulta especialmente interesante para este estudio en el que se busca reconstruir los cambios de la fecundidad ocurridos en Colombia y Bogotá en la segunda mitad del siglo.

En este orden de ideas, con las historias reproductivas de las mujeres que en el momento de la encuesta tenían 45-49 años, se tienen los siguientes periodos de referencia, para el quinquenio de nacimiento de las generaciones y los años de vida reproductiva correspondientes:

ENCUESTA	1976(1)	1986(2)	1990(3)	1995(4)	2000(5)
GENERACIÓN*	1927-31	1937-41	1941-45	1946-50	1951-55
VIDA REPRODUCTIVA	1941-76	1951-86	1955-90	1960-9	1965-2000

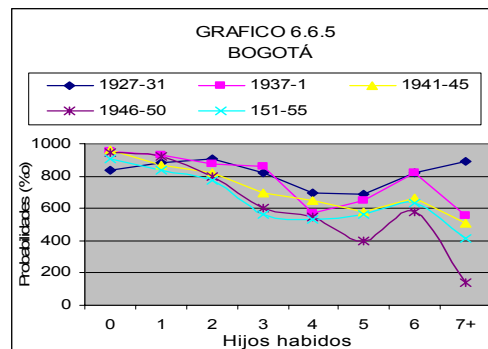
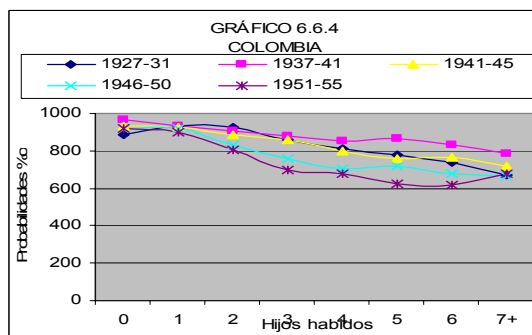
*Generaciones definidas por el quinquenio de nacimiento.

EMF 1986 (1), DHS 1986 (2), DHS 1990 (3), DHS 1995 (4), DHS 2000 (5)

En primer lugar, veamos las probabilidades de crecimiento de la familia²⁷ las cuales indican la intensidad de la fecundidad porque expresan el comportamiento de las generaciones al final de la vida reproductiva, se estiman con los hijos que tuvieron durante su vida las mujeres del último quinquenio fértil (gráficos 6.4.4 y 6.4.5, cuadros 6.4.7 y 6.4.8).

²⁷ Probabilidad que tiene un grupo de mujeres sin hijos, o con un determinado número de hijos de tener un nuevo nacimiento. Por ejemplo, la probabilidad de que 1000 mujeres con un hijo, tengan un segundo hijo, etc.

PROBABILIDADES DE CRECIMIENTO DE LA FAMILIA
DE LAS GENERACIONES* NACIDAS EN 1927-55



*Generaciones definidas por el quinquenio de nacimiento.
Mujeres con 45-49 años en el momento de la encuesta
FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000

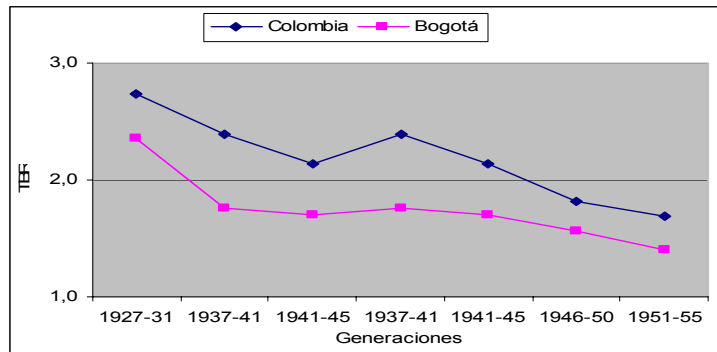
En el país, en la última cuarta parte del siglo las probabilidades de crecimiento de la familia de las generaciones nacidas en las décadas de 1940 y 1950 descienden a medida que pasa el tiempo. Estas generaciones vivieron su vida reproductiva en el proceso de transición (1950-2000), y por esto los niveles disminuyen sobre todo entre las generaciones más jóvenes, cuya vida reproductiva transcurrió desde mediados de los años 60 en adelante, esas son las generaciones que recibieron la mayor influencia del descenso generalizado de la fecundidad ocurrido en ese entonces.

En Bogotá, los cambios son más irregulares que en el conjunto del país, con una tendencia igualmente en descenso y con niveles siempre menores. Esto quiere decir que las familias de las generaciones bogotanas que vivieron su periodo fértil durante este periodo (1940-2000), no solo tuvieron las menores probabilidades de crecimiento (en comparación con el conjunto del país), sino que con el paso de los años los descensos fueron cada vez más rápidos: las probabilidades de crecimiento de la familia de las mujeres bogotanas (generaciones 1927-55) descienden entre un 8 y un 53% para los distintos órdenes de nacimiento. Para Colombia los descensos están entre 3 y 19,4% para el mismo periodo.

En segundo lugar, veamos las tendencias y diferenciales de la descendencia final, entendida como el promedio de hijas (mujeres) que tuvieron durante su vida reproductiva las generaciones que en el momento de la encuesta tenían 45-49 años. En un proceso de transición es lógico que la intensidad de la fecundidad descienda. Esto es

evidente tanto en Bogotá como en el conjunto del país: en el periodo 1940-2000 la descendencia final de las generaciones cae cerca un 40% en ambas áreas (gráfico 6.4.6 y cuadro 6.4.9). Dentro de este proceso, la caída ha sido un poco más acentuada en el país con tasas que varían entre 5,7 y 3,5 hijos. La capital siempre tiene niveles menores que en este periodo bajan de 4,9 a 2,9 hijos en promedio al final de la vida reproductiva.

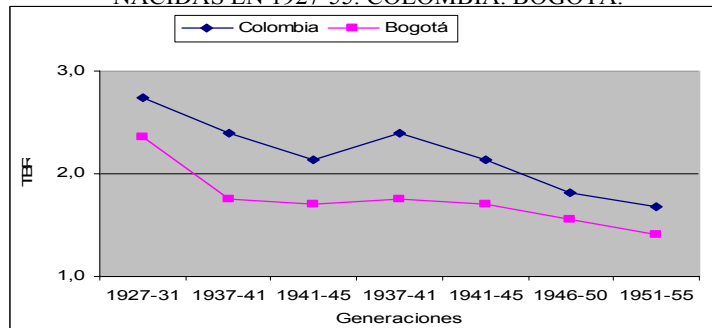
GRÁFICO 6.4.6
DESCENDENCIA FINAL DE LAS GENERACIONES*
NACIDAS EN 1927-55.
COLOMBIA. BOGOTÁ.



*Generaciones definidas por el quinquenio de nacimiento.
Mujeres con 45-49 años en el momento de la encuesta
FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000

En tercer lugar veamos la tasa bruta de reproducción de estas generaciones, entendida como promedio de hijas que tuvieron durante su vida reproductiva las generaciones que en el momento de la encuesta tenían 45-49 años. La tasa bruta de reproducción también muestra claros descensos tanto en Bogotá como en el conjunto del país; sin embargo, los niveles del país son más altos que los de la capital en todos los años observados (gráfico 6.4.7 y cuadro 6.4.9).

GRÁFICO 6.4.7
TASA BRUTA DE REPRODUCCIÓN DE LAS GENERACIONES*
NACIDAS EN 1927-55. COLOMBIA. BOGOTÁ.



*Generaciones definidas por el quinquenio de nacimiento.
Mujeres con 45-49 años en el momento de la encuesta
FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000

Las cohortes que vivieron su periodo reproductivo en 1941-2000 (generaciones nacidas en 1927-55), tienen tasas de reproducción (TBR) que disminuyen como resultado del avance del proceso de transición de la fecundidad: en el periodo observado, en Colombia TBR desciende de 2,7 y 1,6, y en Bogotá el descenso es similar, de 2,3 y 1,4 hijas por mujer. Esto indica que a pesar de los descensos alcanzados, los niveles de reproducción en el país y en la capital aún están por encima del nivel de reemplazo. Aquí, las mujeres tienen una descendencia (de hijas mujer) suficiente para “reproducirse” a sí mismas. Hipotéticamente, si no se considerara la influencia de la mortalidad y la migración, este nivel de descendencia podría contribuir al crecimiento de la población.

TERCERA PARTE:
TRAYECTORIAS REPRODUCTIVAS
EN EL CONTEXTO DE LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD

TRAYECTORIAS REPRODUCTIVAS EN EL CONTEXTO DE LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD

La modernización se puede definir como una transformación en la organización económica y social de un país. A nivel social la modernización implica cambios en la educación, los servicios de salud pública y los niveles de urbanización, entre otros aspectos¹. La transición demográfica conocida como el cambio de niveles altos a niveles bajos de mortalidad y fecundidad, es un proceso asociado con la modernización social. La transición de la fecundidad entendida como el cambio de un régimen de fecundidad natural a un régimen de fecundidad controlada, siempre va acompañada de la modernización social. Distintos estudios sobre el tema indican que la transición de la fecundidad ha ocurrido en sociedades con diferentes niveles de modernización social que van acompañados de cambios en la nupcialidad, fecundidad y anticoncepción. Sin embargo, el vínculo entre los dos procesos no es muy claro².

Para identificar las relaciones entre modernización y transición fecundidad se han desarrollado diferentes enfoques, los unos, inspirados en el “modelo de los determinantes próximos de la fecundidad”, con análisis multivariados operacionalizan las variables indicadoras de modernización de manera indirecta (DAVIS y BLAKE 1956, BONGAARTS 1978, 1983). Los otros, inspirados en la teoría microeconómica sobre el “costo beneficio de tener los hijos”, consideran que las variables de modernización afectan de manera directa al demanda y la oferta de hijos (BECKER 1960, 1981). En los últimos años se han realizados análisis biográficos probabilísticos para analizar la interacción entre eventos de fecundidad vividos a lo largo del ciclo de vida individual y las circunstancias sociales y culturales en las que se desenvuelven las historias de vida (FLÓREZ 1990).

¹ A nivel económico hay cambios en la industrialización, la productividad del sector servicios, la monetarización de la economía y el aumento del ingreso per cápita.

² En el marco teórico se analizan en detalle los distintos enfoques sobre la transición de la fecundidad y la modernización, apartado 1.2 capítulo 1.

En esta tesis también se discuten los vínculos entre transición de la fecundidad y algunas dimensiones de la modernización social. Las preguntas centrales que orientan los análisis son:

- **Se pueden identificar vínculos entre etapas particulares de la transición de la fecundidad y el comportamiento reproductivo de cohortes que vivieron su trayectoria en diferentes momentos de este proceso?.**
- **¿Cómo se organizan algunas estrategias individuales de la trayectoria reproductiva para responder a los cambios propios de la modernización social?.**

Para responder a estas preguntas el análisis se hace en dos partes. En un primer momento, se exploran los vínculos entre variables de la modernización y eventos biográficos de nupcialidad y anticoncepción ocurridos en los primeros quinquenios del periodo fértil en las historias de vida de mujeres residentes en Bogotá. Este análisis se apoya en la idea de que eventos relacionados con la reproducción ocurridos en una trayectoria anterior, influyen sobre la situación sociodemográfica observada en un momento dado, en este caso el momento de la encuesta. A partir de la aplicación de un método de análisis biográfico descriptivo se trata de vincular las trayectorias de anticoncepción y nupcialidad con la situación sociodemográfica de las mujeres al momento de la encuesta. Las dimensiones de modernización consideradas son: la educación, la participación en la fuerza laboral, la conyugalidad, el inicio en la maternidad, la paridez y el uso de anticonceptivos. (Esta idea se desarrolla en el capítulo siguiente).

En segundo lugar, se busca discutir la posible influencia del proceso de transición de la fecundidad ocurrido en el país y en la capital, sobre el comportamiento reproductivo de las cohortes. Para tal efecto, las temporalidades de las historias de vida se vinculan con las temporalidades de la transición de la fecundidad en Bogotá. En un momento anterior, se reconstruyó el modelo reproductivo de Bogotá observado en la segunda mitad del siglo, a partir de las tendencias y diferenciales de la nupcialidad, la fecundidad y la anticoncepción. Además, buscando una mirada más general, se describieron los procesos de transición de la fecundidad en América Latina y en Colombia, junto con las estrategias de planificación familiar que contribuyeron a esos

cambios. Considerando esta información de contexto, a un nivel exploratorio se analizan los cambios generales ocurridos en la ciudad con los cambios que paralelamente vivieron las distintas cohortes. (Este aspecto se desarrolla en un capítulo posterior, el capítulo octavo).

Ahora bien, por qué privilegiar el estudio de la anticoncepción? Si la planificación familiar ha tenido una fuerte influencia en el descenso de la fecundidad, resulta interesante realizar un análisis biográfico sobre la trayectoria de anticoncepción que permita conocer los vínculos entre los tiempos de uso y la situación sociodemográfica de las mujeres. Además, analizar tipologías de mujeres definidas por los tiempos de uso y la situación sociodemográfica en los contextos demográficos en los cuales se desarrolla la trayectoria reproductiva puede aportar un conocimiento nuevo sobre estos problemas. A diferencia, la fecundidad y sus determinantes ha sido ampliamente estudiada. Análisis más detallados sobre la anticoncepción resultan interesantes si se tiene en cuenta que en el país y también en la capital la fecundidad deseada aún es inferior a la fecundidad real, a pesar del drástico descenso de la fecundidad, el aumento progresivo del uso de métodos anticonceptivos y el aumento de la edad media a la maternidad.

7. TRAYECTORIAS REPRODUCTIVAS DE MUJERES RESIDENTES EN BOGOTÁ

En este capítulo se analizan tres cohortes de mujeres residentes en Bogotá, que vivieron su vida reproductiva (o parte de ella) en distintos periodos comprendidos entre 1950 y 1994. Durante estas décadas se ha evidenciado que el proceso de transición de la fecundidad en el país ha sido heterogéneo entre estratos sociales y zonas rural/urbana. Bajo el supuesto de que el comportamiento de las cohortes está influido por la dinámica de la transición de la fecundidad en la ciudad, se busca analizar la heterogeneidad de cada cohorte en el contexto de los cambios demográficos más generales. Con base en el análisis armónico cualitativo, método biográfico descriptivo, para cada cohorte se identifican grupos con comportamientos diferenciados según la trayectoria de anticoncepción. Luego, la muestra y los grupos identificados se caracterizan con los perfiles biográficos de las trayectorias de anticoncepción y nupcialidad, y con la situación sociodemográfica al momento de la encuesta. De esta manera se puede ver si la situación al momento de la encuesta se vincula con eventos biográficos acontecidos en la trayectoria anterior, según se planteó en una de las hipótesis del estudio. El interés central está en identificar grupos bien caracterizados que den cuenta de la heterogeneidad del comportamiento reproductivo de las cohortes. Este resultado es la base para discutir, en el siguiente capítulo, la heterogeneidad de cada cohorte en el contexto de los cambios observados en el conjunto de la ciudad. En este orden de ideas, la hipótesis central del estudio propone vincular el proceso de transición de la fecundidad evidenciado en la ciudad con el comportamiento de cohortes de mujeres que vivieron su periodo fértil paralelamente.

7.1 TIPOLOGÍA DE LA COHORTE NACIDA EN 1935-39 (VIDA REPRODUCTIVA EN 1950-84)

• Caracterización sociodemográfica de la muestra

El marco muestral de esta encuesta recogida en el CEDE³ fue la población femenina residente en la ciudad en 1980, perteneciente a dos grupos de edad, 25-30 y 45-50 años de edad (FLÓREZ 1990). La encuesta biográfica de Bogotá recogida en ése estudio, se utiliza como fuente de datos en el siguiente análisis (ver el capítulo segundo, apartado 2.2 sobre las fuentes de datos).

La muestra de la población con 45-50 años, inició y vivió las primeras etapas de su trayectoria reproductiva, cuando aún no había comenzado el proceso de transición de la fecundidad en el país, aún no se había registrado el descenso drástico de la fecundidad y tampoco habían comenzado los programas de planificación familiar de cobertura amplia⁴. Por esta razón, resulta interesante el análisis biográfico retrospectivo de esta población, que en su gran mayoría reporta historias reproductivas completas.

Al momento de la encuesta, la cohorte tiene las siguientes características: el 29% pertenece al estrato alto, el 37.7% al medio y el 33.1% al bajo⁵. Tan solo del 17.9% son residentes nativas, con 6.5 años de educación formal en promedio (secundaria incompleta), el 40.5% son trabajadoras, el 74.2% están unidas, la edad mediana a la primera unión es 20.9 años y al primer hijo 22.6 años, estas mujeres en promedio han tenido 5.1 hijos durante su vida reproductiva, y el 36.7% de ellas usaban anticonceptivos al momento de la encuesta (gráfico 7.1.6, cuadro 7.1.3). En comparación con las otras dos cohortes analizadas, esta es la cohorte más antigua con la

³ En 1984 el Centro de Estudios de Desarrollo Económico de la Universidad de los Andes de Bogotá, recogió una encuesta de 1076 mujeres residentes en la capital, en el marco del estudio titulado, “La transición demográfica en Colombia. Efecto sobre la formación de la familia”.

⁴ En el siguiente capítulo se compara la dinámica de las cohortes con el contexto sociodemográfico del país y la capital.

⁵ Para la estratificación inicial de la muestra se tuvo en cuenta la clasificación oficial de la ciudad (Sise-DANE, 1980), que clasifica los estratos sociales según las características físicas de las viviendas, la disponibilidad de servicios básicos y la calidad del espacio público. Para el análisis que aquí se presenta se tomaron los estratos 1 y 2 como bajo, 3 y 4 como medio, 5 y 6 como alto.

paridez más alta propia de una transición incipiente, con el nivel educativo más bajo y el menor uso de anticonceptivos.

Ahora bien, además de la caracterización transversal, es interesante una caracterización longitudinal de la muestra. Tal como se planteó en el enfoque del estudio (capítulo 1), para el análisis longitudinal las trayectorias de anticoncepción y nupcialidad se consideran dimensiones importantes en el análisis del comportamiento reproductivo. En todos los grupos sociales la anticoncepción ha jugado un papel muy importante en el descenso de la fecundidad en el país. En contraste, la fecundidad ha permanecido aproximadamente constante en la población general del país y la capital, principalmente en las zonas rurales y los estratos sociales bajos.

El método de análisis biográfico descriptivo aquí empleado es el “análisis armónico cualitativo” (ver la metodología en el capítulo segundo y el anexo No.3). Bajo este marco, se considera que las mujeres han vivido los mismos eventos a las mismas edades, aunque no en los mismos años calendario. Se supone que el pertenecer a una misma etapa vital, en este caso el periodo reproductivo, conlleva elecciones individuales semejantes.

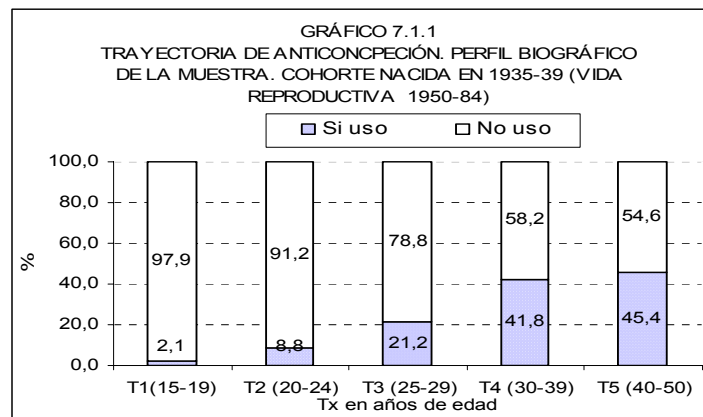
Para diseñar el perfil biográfico el periodo de observación se divide en 5 intervalos temporales según la edad de las mujeres a lo largo de la vida reproductiva, $T_1=15-19$, $T_2=20-24$, $T_3=25-29$, $T_4=30-39$, $T_5=40-50$ años⁶. Con base en la suma de las distintas etapas de “sí uso” y “no uso” de anticonceptivos, en cada intervalo temporal se contabiliza la proporción de tiempo que aportó el conjunto de mujeres a cada una de las modalidades de la variable⁷.

⁶ En este caso, la partición del periodo de observación se hace sobre los años-persona, porque con el perfil biográfico interesa describir la trayectoria de anticoncepción a lo largo del periodo reproductivo, observando los tiempos de uso y no uso de anticonceptivos entre los 15 y los 49 años.

⁷ Inicialmente, para contabilizar la duración de las etapas de “sí uso” y “no uso” de anticonceptivos se graban las fechas de inicio y terminación (de cada etapa). En la recolección de los datos de la encuesta CEDE se consideró el año de ocurrencia del evento. Sin embargo, el programa AHQ (análisis armónico cualitativo) exige que se introduzca información biográfica con precisión a nivel mensual. Entonces, para efectos operativos, aleatoriamente se asignaron trimestres a las fechas de inicio y terminación de cada etapa, (ajustando pocos casos en los que resultaron fechas traslapadas, o fechas de inicio posteriores a las de terminación). Al asignar los trimestres aleatoriamente, pocos fueron los casos en los que una fecha (de inicio o terminación) cambió al año anterior, o al año siguiente. Si se tiene en cuenta que para la recodificación (utilizada en el diseño de los perfiles biográficos) la partición del periodo de observación

En un tiempo biográfico así considerado no existe censura a la izquierda porque todas las trayectorias observadas comienzan a los 15 años, y sí existe censura a la derecha dada por la historia incompleta de las mujeres menores de 50 años, cuya trayectoria se observó desde los 15 años hasta la edad que tenían al momento de la encuesta (45, 46, 47, 48 y 49 años). Las mujeres con 45 años al momento de la encuesta no se observaron entre los 46 y los 50 años, razón por la que aportan este segmento de tiempo censurado, las de 46 aportan censura entre los 47 y los 50 años, y así sucesivamente para las demás edades. Para construir el perfil biográfico, no se tienen en cuenta los datos censurados. Puede pensarse que la censura considerada no afecta de manera importante la definición del perfil biográfico, porque los segmentos de tiempo censurados equivalen a una pequeña parte de todo el periodo observado⁸.

El perfil biográfico de la trayectoria de anticoncepción del conjunto de la muestra indica que entre los 15 y los 24 años el tiempo de uso de anticonceptivos es mínimo y aumenta a partir de los 25 años. A partir de entonces se observa que el tiempo de uso aumenta progresivamente con la edad: entre los 25-29 años las mujeres usan anticonceptivos un 21% del tiempo, y entre los 30-50 años las mujeres planifican un poco más del 40% del tiempo (gráfico 7.1.1, cuadro 7.1.1).



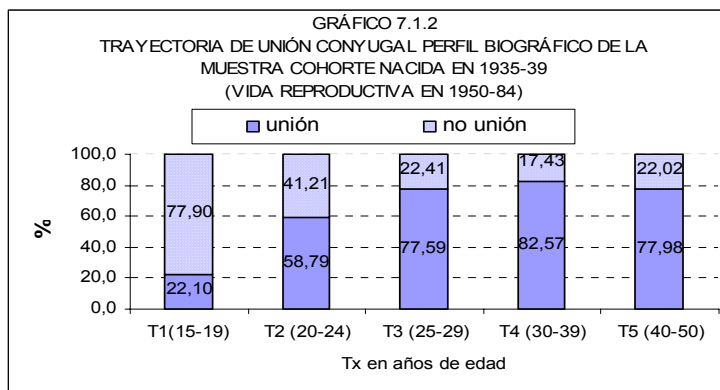
FUENTE: Encuesta CEDE 1984

se hizo en intervalos de 5 y 10 años, puede pensarse que la aleatorización utilizada no afecta de manera importante el diseño del perfil biográfico. (Para mayor claridad, puede consultarse el apartado A.3.3 del anexo 3, donde se explica el procedimiento de recodificación de los datos).

⁸ Como se comentó en la metodología (capítulo 2 y anexo 3), es importante tener en cuenta que en el perfil biográfico la unidad de observación es el tiempo ya que la tabla de recodificación se construye con los tiempos vividos por las mujeres en cada una de las modalidades de la variable. Se trata de una mirada biográfica de las trayectorias individuales, donde la unidad de observación es el tiempo vivido por cada mujer en su trayectoria individual.

Hay que tener en cuenta que las mujeres de esta muestra iniciaron su vida reproductiva en los años 50, cuando en el país aún no se había generalizado el uso masivo de anticonceptivos técnicos y los programas de planificación familiar de amplia cobertura no habían comenzado. Incluso, al momento de la encuesta tan solo el 36% de estas mujeres usaban anticonceptivos. Esto puede explicar que la trayectoria de anticoncepción de estas mujeres sea de baja intensidad, en comparación con las otras cohortes analizadas que iniciaron su periodo fértil posteriormente. Por ejemplo, la cohorte con vida reproductiva en 1969-84 a los 17 años ya había alcanzado los niveles que esta cohorte alcanzó a los 30 años (gráfico 7.2.1 apartado siguiente). Incluso, la cohorte con vida reproductiva en 1979-94, a pesar de estar conformada por mujeres embarazadas al momento de la encuesta, tiene una trayectoria de uso de anticonceptivos más intensa que esta cohorte que es la más antigua de todas las tres analizadas (gráfico 7.3.1 último apartado de este capítulo).

Ahora bien, el perfil biográfico de la trayectoria de nupcialidad del conjunto de la muestra indica que esta es una cohorte en la que predomina la unión conyugal, desde los 25 años en adelante las mujeres pasan más de $\frac{3}{4}$ del tiempo unidas (gráfico 7.1.2, cuadro 7.1.2). Incluso, entre los 20 y los 24 años las mujeres están en unión más de la mitad del tiempo. Además, a partir de los 25 años la trayectoria de unión tiende a ser estable con estadías medias intensas, lo cual es consecuente con la situación observada al momento de la encuesta: $\frac{3}{4}$ de las mujeres están en unión conyugal y prevalece una edad media temprana a la primera unión, 20 años.



FUENTE: Encuesta CEDE 1984

Esta es la trayectoria de unión conyugal más intensa de todas las cohortes analizadas. Puede pensarse que siendo esta la cohorte más antigua, puede prevalecer un patrón de nupcialidad tradicional con alta intensidad, uniones estables en el tiempo e inicio precoz en la conyugalidad. Esta dinámica de la nupcialidad se asocia con una trayectoria de anticoncepción de baja intensidad y también con una alta paridez cercana a los 5 hijos, una educación formal limitada equivalente a secundaria incompleta, con lo cual se tiene el comportamiento reproductivo más tradicional de las tres cohortes estudiadas.

- **Heterogeneidad de la muestra**

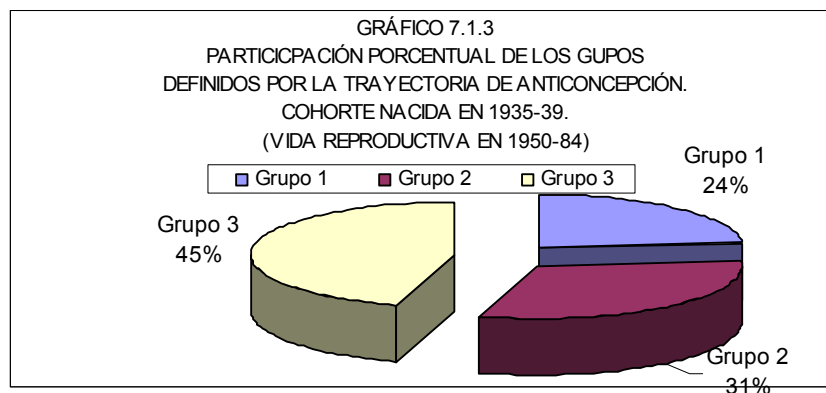
La transición de la fecundidad evidenciada en Colombia y también en otros países de América Latina ha sido un proceso principalmente urbano (en los capítulos 3 y 4 se analiza la heterogeneidad de este proceso). En las áreas rurales los indicadores entre grupos sociales varían muy poco. Por el contrario, en las zonas urbanas los estratos medios y altos tienen comportamientos bien diferenciados de los estratos bajos (FLÓREZ 1996). Dado que las cohortes aquí analizadas residían en Bogotá (al momento de la encuesta), interesa analizar su heterogeneidad, identificando grupos con comportamientos bien diferenciados.

Para identificar la heterogeneidad de la muestra se escoge la trayectoria de anticoncepción suponiendo que esta es una variable que marca diferencias importantes en la trayectoria reproductiva. La heterogeneidad se establece a partir de identificar grupos con casos que se parecen entre sí, es decir, se agrupan las mujeres que tienen tiempos de uso de anticonceptivos similares. Como se mencionó arriba, en el país y también en Bogotá, el aumento del uso de anticonceptivos en los últimos 30 años ha influido fuertemente en la transición de la fecundidad, y por esto, puede considerarse que la anticoncepción es una variable importante en la trayectoria reproductiva. Importante en el sentido de que, con base en el tiempo acumulado de uso de anticonceptivos se pueden identificar grupos bien caracterizados que dan cuenta de la heterogeneidad de la muestra.

La clasificación de las mujeres en los grupos se hace a partir del análisis cluster (PROCLUS del SAS) basado en maximizar la varianza intergrupo y minimizar la varianza intragrupo, de tal forma que los casos incluidos en un mismo grupo tienen una

dispersión mínima⁹. Para producir la tabla recodificada que entra al PROCLUS, el periodo de observación se dividió en 5 intervalos según la edad a la encuesta de las mujeres: 45, 46, 47, 48, 49-50.

Con base en este procedimiento, la muestra (496 casos) se dividió en 3 grupos los cuales representan la mejor partición: el primer grupo equivale al 24% de la muestra (117 casos), el segundo grupo al 31% (154 casos), y el tercer grupo al 45% (225 casos) (gráfico 7.1.3, cuadro 7.3.4). A continuación, el interés se centra en establecer si estos grupos están bien caracterizados sociodemográficamente, y con ellos se puede observar la heterogeneidad de la muestra.



FUENTE: Encuesta CEDE 1984

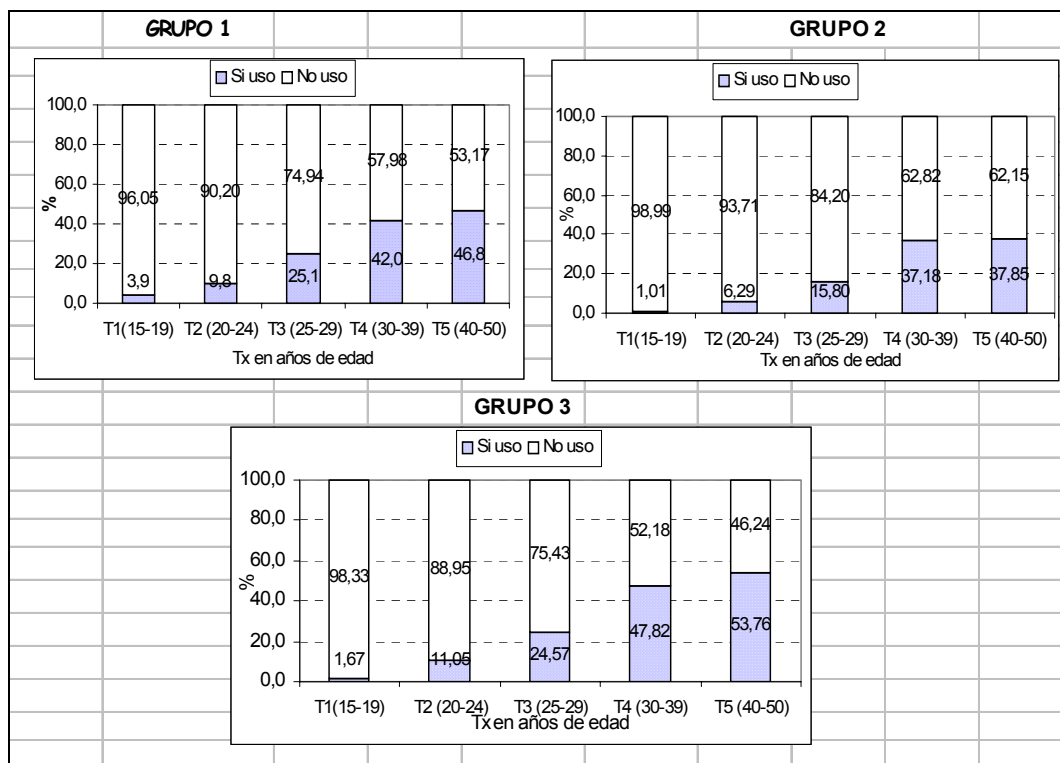
• Caracterización sociodemográfica de los grupos

Para lograr una caracterización más completa de los grupos identificados, se consideran variables longitudinales y transversales. Dado que en la experiencia las trayectorias de nupcialidad y anticoncepción están muy relacionadas, resulta interesante caracterizar los grupos con las dos trayectorias, y con la situación sociodemográfica al momento de la encuesta.

⁹ Para orientar el análisis de grupos inicialmente se realiza un análisis factorial, tal como se explicó en el anexo metodológico (Anexo 3). Hay que tener en cuenta que en el análisis “cluster” la unidad de observación son las personas. Por el contrario, en el análisis factorial y en perfil biográfico la unidad de observación es el tiempo.

En primer lugar, veamos la trayectoria de anticoncepción de cada uno de los grupos identificados (gráfico 7.1.4, cuadro 7.1.1). Los grupos tienen trayectorias de anticoncepción de baja intensidad, en las cuales el tiempo de uso de anticonceptivos aumenta progresivamente con la edad. Sin embargo, el grupo 3 tiene una intensidad mayor que los demás grupos y que el conjunto de la muestra, con aumentos notables a partir de los 30 años. El grupo 2, a lo largo de todo el periodo estudiado tiene la menor intensidad en el tiempo de uso de anticonceptivos.

GRÁFICO 7.1.4
TRAYECTORIA DE ANTINCONCEPCIÓN. PERFIL BIOGRÁFICO DE LOS GRUPOS
TIPOLOGÍA DE LA COHORTE NACIDA EN 955-59
(VIDA REPRODUCTIVA EN 1968-84)

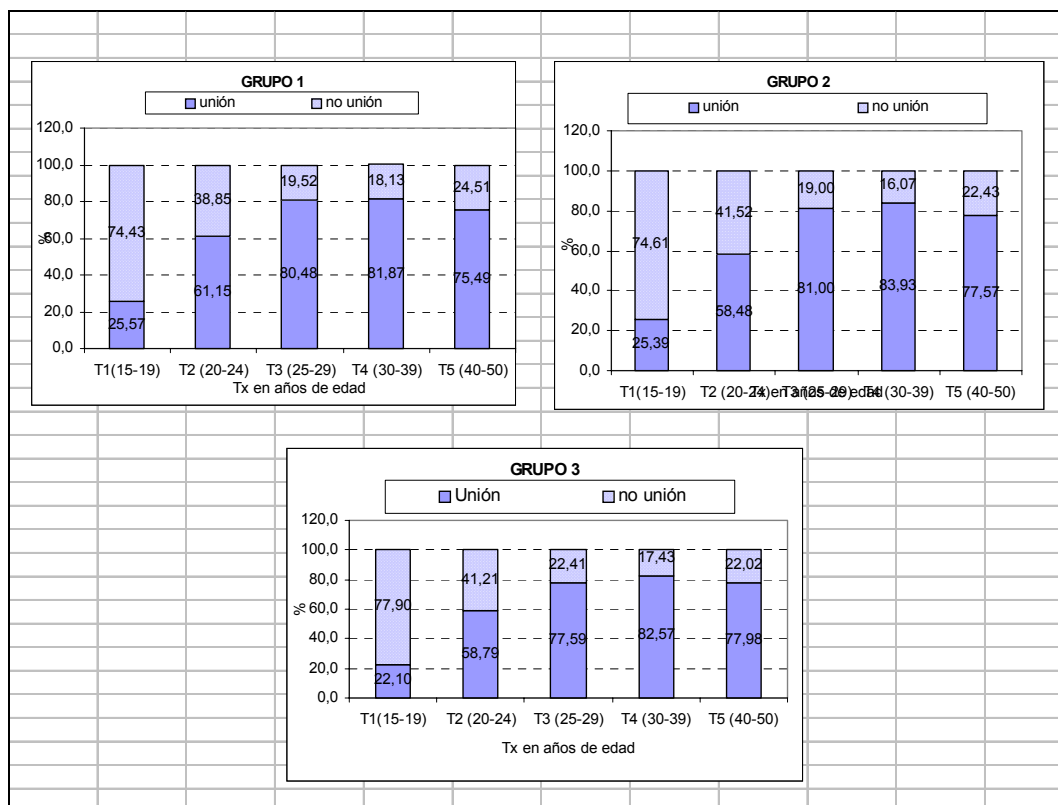


FUENTE: Encuesta CEDE 1984

En segundo lugar veamos los perfiles biográficos de la trayectoria de unión conyugal. Estos perfiles de alta intensidad son muy similares entre sí y muy similares con el conjunto de la muestra (gráfico 7.1.5, cuadro 7.1.2). Puede concluirse que la trayectoria de unión conyugal no marca una heterogeneidad al interior de la muestra. Estos perfiles tan solo confirman el comportamiento general de la muestra, en el sentido de evidenciar trayectorias de alta intensidad, que aumentan con la edad hasta los 24 años y después

tienden a la estabilidad en los niveles máximos observados, alrededor del 80% del tiempo las mujeres están unidas.

GRÁFICO 7.1.5
TRAYECTORIA DE UNIÓN CONYUGAL. PERFIL BIOGRÁFICO DE LOS GRUPOS. COHORTE
NACIDA EN 1935-39 (VIDA REPRODUCTIVA EN 1950-84)



FUENTE: Encuesta CED 1984

En tercer lugar, veamos la caracterización sociodemográfica de los grupos al momento de la encuesta, para comentarlas con los perfiles biográficos de anticoncepción y nupcialidad.

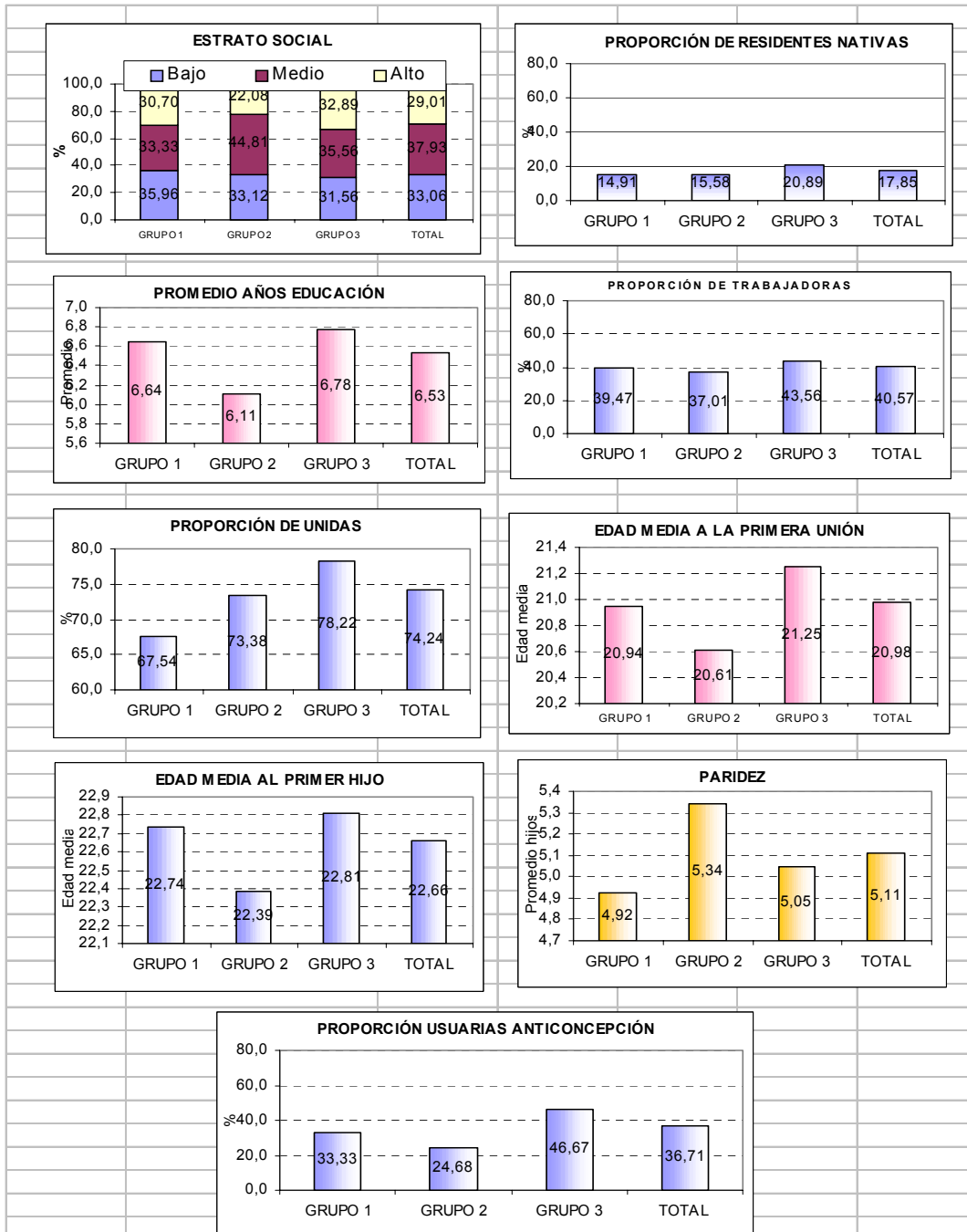
Al momento de la encuesta, el grupo 1 (117 casos) tiene características sociodemográficas muy parecidas al conjunto de la muestra, en casi todas las variables consideradas (gráfico 7.1.6, cuadro 7.1.3). Por el contrario, los grupos 2 y 3 indican una heterogeneidad en el comportamiento reproductivo de la cohorte, en los siguientes términos:

El grupo 2 (154 casos), tiene la proporción más alta de mujeres en el estrato medio, la proporción más baja de usuarias de anticoncepción y la mayor paridez, junto con las edades medias a la primera unión y al primer hijo más bajas. Aquí está la menor proporción de trabajadoras y el menor promedio de años de educación formal. En este grupo la trayectoria de anticoncepción es menos intensa en comparación con los demás grupos, aquí las mujeres pasan la menor parte del tiempo usando anticonceptivos. Puede pensarse que este es un grupo bien caracterizado porque tiene patrones tradicionales de fecundidad y nupcialidad.

Por el contrario, en el grupo 3 (225 casos), está la mayor proporción de trabajadoras, con las edades medias a la primera unión y al primer hijo más altas, paridez intermedia con la mayor proporción de usuarias de anticonceptivos. En este grupo la trayectoria de anticoncepción es más intensa en comparación con los demás grupos, sobre todo a partir de los 30 años. Puede pensarse que más allá del comportamiento reproductivo tradicional observado en el conjunto de la muestra y en los otros dos grupos, en el grupo 3 se insinúa un comportamiento orientado hacia la transición, en el sentido de que claramente hay una tendencia a limitar el tamaño de familia.

Para terminar, hay que considerar que las trayectorias biográficas de nupcialidad y anticoncepción de los grupos 2 y 3 se asocian con la situación sociodemográfica al momento de la encuesta, y en este sentido se valida la hipótesis inicialmente propuesta, referida a la influencia del comportamiento ocurrido a lo largo del tiempo sobre la situación en un momento determinado, en este caso el momento de la encuesta. En el conjunto de la muestra, una trayectoria de anticoncepción de intensidad muy baja (tiempo de uso a lo largo del periodo reproductivo) se asocia con una trayectoria de unión muy intensa, una alta paridez, un nivel educativo limitado, y edades medias a la primera unión y al primer hijo tempranas. Además, los grupos 1 y 2 identificados también confirman que bajos tiempos de uso de anticonceptivos a lo largo del periodo reproductivo, se corresponden con un patrón tradicional de fecundidad y nupcialidad. Entonces, puede concluirse que la dinámica en el tiempo de las trayectorias de unión conyugal y anticoncepción se vinculan con el perfil social al momento de la encuesta.

GRÁFICO 7.1.6
 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS GRUPOS Y LA MUESTRA
 COHORTE NACIDA EN 1935-39 (VIDA REPRODUCTIVA 1950-84)



FUENTE: Encuesta CEDE 1984

7.2 TIPOLOGÍA DE LA COHORTE NACIDA EN 1955-59 (VIDA REPRODUCTIVA EN 1969-84)

• Características sociodemográficas de la muestra

Esta cohorte inició su vida reproductiva en 1969-73, cuando ya se había iniciado la transición de la fecundidad en el país. Su periodo fértil ocurrió en los años en los que se dieron grandes transformaciones sociodemográficas. Por esta razón, resulta interesante el análisis biográfico retrospectivo de esta población no solo para compararla con las otras cohortes que vivieron sus trayectorias en condiciones sociales distintas, sino también para analizar su dinámica a la luz de los cambios demográficos más generales evidenciados en el conjunto de la ciudad.

La cohorte está formada por una muestra estadísticamente representativa de las mujeres entre 25 y 30 años, residentes en Bogotá en 1980. Esta muestra también se recogió en el marco del estudio realizado por el CEDE, al igual que la cohorte descrita en el acápite anterior (7.1). Estas mujeres informaron sobre eventos de su trayectoria reproductiva ocurridos desde los 15 años hasta el momento de la encuesta. Aunque no se tienen historias reproductivas completas, se analizan los tres primeros quinquenios fértiles cuando por lo general se define el perfil reproductivo de las poblaciones colombianas.

Al momento de la encuesta, el 22% de estas mujeres pertenecen al estrato alto, el 32% al medio y el 44.7% al estrato bajo, el 36% son residentes nativas, el promedio de años de educación es 8.8, la proporción de trabajadoras es 45.3%, la proporción de unidas es 68.9%, la edad a la primera unión es 20 años y al primer hijo 21.3 años, estas mujeres en promedio han tenido 2.3 hijos durante su vida reproductiva, y un 49.7% usa anticonceptivos en el momento de la encuesta (gráfico 7.2.6, cuadro 7.2.7).

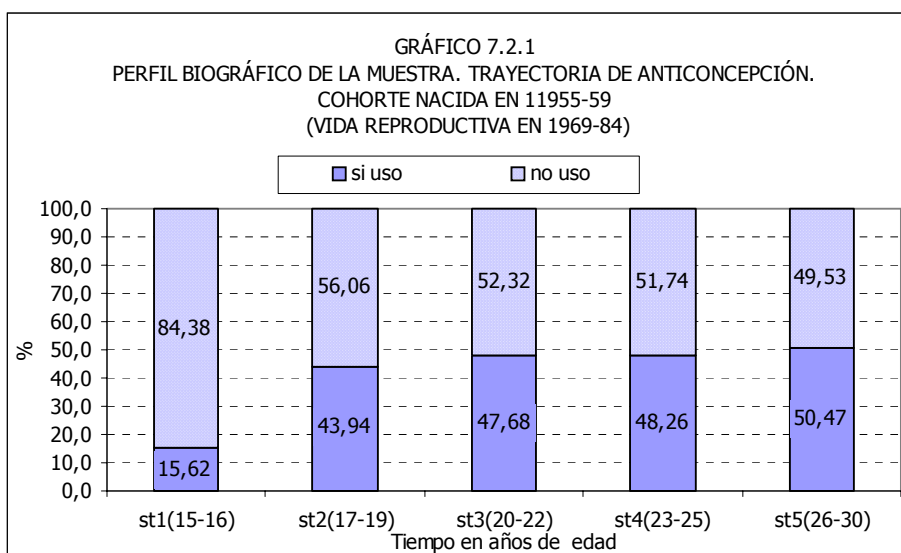
Además de la caracterización transversal de la muestra es interesante una caracterización longitudinal. Las trayectorias de anticoncepción y nupcialidad forman parte importante de la historia reproductiva de las mujeres y por esto es interesante analizar su evolución en el tiempo.

Siguiendo los mismos criterios metodológicos del AHQ observados en la cohorte con vida reproductiva en 1950-84 (apartado 7.1), el perfil biográfico de estas trayectorias, indica el aporte de tiempo a las modalidades de las variables. Para diseñar el perfil biográfico el periodo de observación se divide en 5 intervalos temporales, T1=15-16; T2=17-19; T3=20-22; T4=23-25; T5=26-30. En cada uno de estos intervalos se observan las estadías medias del conjunto de mujeres en las modalidades de las variables, “sí uso”/“no uso” de anticonceptivos, “sí unión”/ “no unión” conyugal. Como se comentó en la metodología (capítulo 2 y anexo 3), es importante tener en cuenta que en el perfil biográfico la unidad de observación es el tiempo ya que la tabla de recodificación se construye con los tiempos vividos por las mujeres en cada una de las modalidades de la variable. Se trata de una mirada biográfica de las trayectorias individuales, donde la unidad de observación es el tiempo vivido por cada mujer en su trayectoria individual.

Para diseñar los perfiles biográficos no se tienen en cuenta los segmentos de tiempo censurados. En el caso de esta cohorte no existe censura a la izquierda porque todas las trayectorias comienzan a los 15 años, y si existe censura a la derecha dada por la historia incompleta de las mujeres menores de 30 años, o sea, las que tenían entre 25 y 29 años al momento de la encuesta. Los segmentos de tiempo censurados representan una pequeña parte de todo el periodo observado y por lo tanto, puede pensarse que la censura no afecta de manera importante los segmentos de tiempo considerados en el perfil biográfico¹⁰.

El perfil biográfico de la trayectoria de anticoncepción indica que el tiempo de uso es muy bajo en el primer intervalo (15-16 años), a partir de los 17 años aumenta notablemente con tendencias a la estabilidad hasta alcanzar los niveles máximos en el último intervalo (26-30 años) cuando las mujeres pasan cerca de la mitad del tiempo utilizando anticonceptivos (gráfico 7.2.1, cuadro 7.2.1).

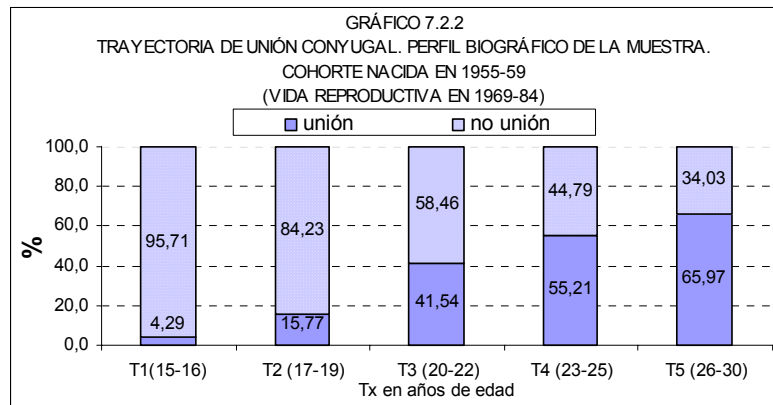
¹⁰ Las mujeres que tenían 25 años al momento de la encuesta no se les observó de los 26 a los 30 y por lo tanto aportan este segmento de tiempo censurado, las de 26 años aportan el segmento censurado 27-30 y así sucesivamente.



FUENTE: Encuesta CEDE 1984

La trayectoria de anticoncepción de esta cohorte es mucho más intensa que la de la cohorte con vida reproductiva en 1950-84, que es una cohorte más antigua que inició y vivió los primeros quinquenios de su periodo fértil cuando aún no se había generalizado el uso masivo de anticonceptivos en el país. Por el contrario, estas mujeres que atravesaron los tres primeros quinquenios de su historia reproductiva entre 1969-84, tienen una trayectoria de anticoncepción más intensa probablemente porque en este periodo hubo una rápida difusión de los programas de planificación familiar con amplia cobertura y se alcanzó un descenso fuerte de la fecundidad en el país, sobretodo en las zonas urbanas.

Ahora bien, el perfil biográfico de la trayectoria de nupcialidad de esta cohorte indica que antes de los 20 años los tiempos de unión son mínimos, y a partir de entonces las estadías en unión aumentan progresivamente con la edad desde un 41% (a los 20-22 años) hasta un 65% del tiempo del último intervalo (26-30 años), (gráfico 7.2.2, cuadro 7.2.2). En comparación con la cohorte con vida reproductiva en 1950-84 (apartado 7.1), estas mujeres tienen una trayectoria de mediana intensidad, con tiempos de unión menores en todos los intervalos observados.



FUENTE: Encuesta CEDE 1984

En esta cohorte llama la atención las diferencias entre los tiempos de unión y los tiempos de uso de anticonceptivos. Las diferencias permiten pensar que una parte del tiempo de unión estas mujeres están protegidas por algún método. Por el contrario, en la cohorte más antigua (vida reproductiva en 1950-84) es enorme la diferencia entre los tiempos de unión y los tiempos de uso de anticonceptivos. Entonces, aquí hay una característica que insunúa estrategias reproductivas propias de procesos transicionales, en los que el mayor uso de anticonceptivos favorece el descenso de la fecundidad.

En esta cohorte la trayectoria de unión es de intensidad mediana si se la compara con la de la cohorte más antigua (con vida reproductiva en 1950-84). Puede pensarse que es explicable que entre más avanzado esté el proceso de transición de la fecundidad, la intensidad de la trayectoria de unión sea menor. Es decir, las mujeres pasan menos tiempo en unión en unas condiciones en las que tiende a generalizarse el uso de anticonceptivos y la fecundidad desciende drásticamente.

En términos más generales, la comparación (de los perfiles biográficos del conjunto de las muestras) de las dos cohortes permite pensar que la cohorte más antigua con vida fértil en una etapa pretransicional, tiene una trayectoria de nupcialidad intensa y una trayectoria de anticoncepción de baja intensidad, de alguna forma similar a un patrón tradicional propio de una etapa pretransicional. Por el contrario, la cohorte más joven con una trayectoria de unión menos intensa y tiempos de protección anticonceptiva

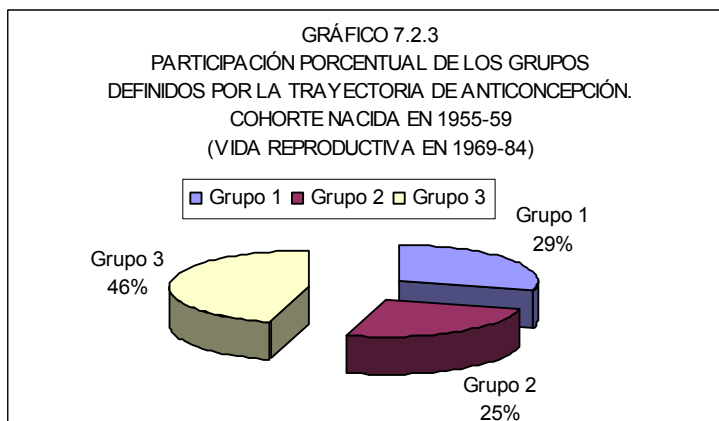
mayores, vive sus primeros quinquenios fértiles en un contexto en el que la transición de la fecundidad es evidente. En este contexto, los cambios económicos y sociales propios de la modernización social generan cambios en el comportamiento humano, entre ellos el comportamiento demográfico (mortalidad, fecundidad, migración) y como resultado cambia la estructura de la familia. El descenso de la fecundidad observado en este orden de cosas, también obedece a cambios culturales, entre los cuales está el deseo por un bienestar material cada vez mayor, que motiva a tener familias más pequeñas.

- **Heterogeneidad de la muestra**

Al igual que en la cohorte descrita en el apartado anterior (7.1), para establecer la heterogeneidad en esta cohorte también se escoge la trayectoria de anticoncepción, considerando que esta es una trayectoria que puede definir la heterogeneidad sociodemográfica de la muestra (según se explicó en el enfoque del estudio capítulo primero). La metodología seguida para la creación de grupos que se expone en el capítulo segundo y con mayor detalle en el anexo 3, es la misma aplicada en las otras dos cohortes.

En el caso de esta cohorte, la tabla recodificada de la trayectoria de anticoncepción que ingresa al procedimiento que clasifica las mujeres en grupos (PROCLUS SAS), se construye dividiendo el periodo de observación en 5 intervalos, según la edad de las mujeres al momento de la encuesta: 25, 26, 27, 28 y 29-20 años¹¹. A partir de este análisis, la muestra se dividió en 3 grupos, en el primero está el 29% de las mujeres (169 casos), en el segundo el 25% (146 casos) y en el tercero el 46% (262 casos), (gráfico 7.2.3, cuadro 7.3.4).

¹¹ Como se anotó en el apartado anterior, teniendo en cuenta que la unidad de observación en la construcción de grupos son las mujeres, al recodificar los datos es necesario dividir el periodo de observación según la edad de las mujeres al momento de la encuesta. Contrariamente, para diseñar el perfil biográfico la unidad de observación es el tiempo (vivido en las etapas), y por esto es necesario recodificar los datos con una partición temporal que considera los años-persona. Esta salvedad especial en un análisis armónico cualitativo, obedece al diseño muestral empleado en la encuesta (CEDE 1984).



FUENTE: Encuesta CEDE 1984

La caracterización sociodemográfica de los grupos que se presenta en el siguiente apartado, indica que esta es una buena partición, porque según la situación al momento de la encuesta y las trayectorias de anticoncepción y nupcialidad se identificaron grupos bien caracterizados.

• Caracterización sociodemográfica de los grupos

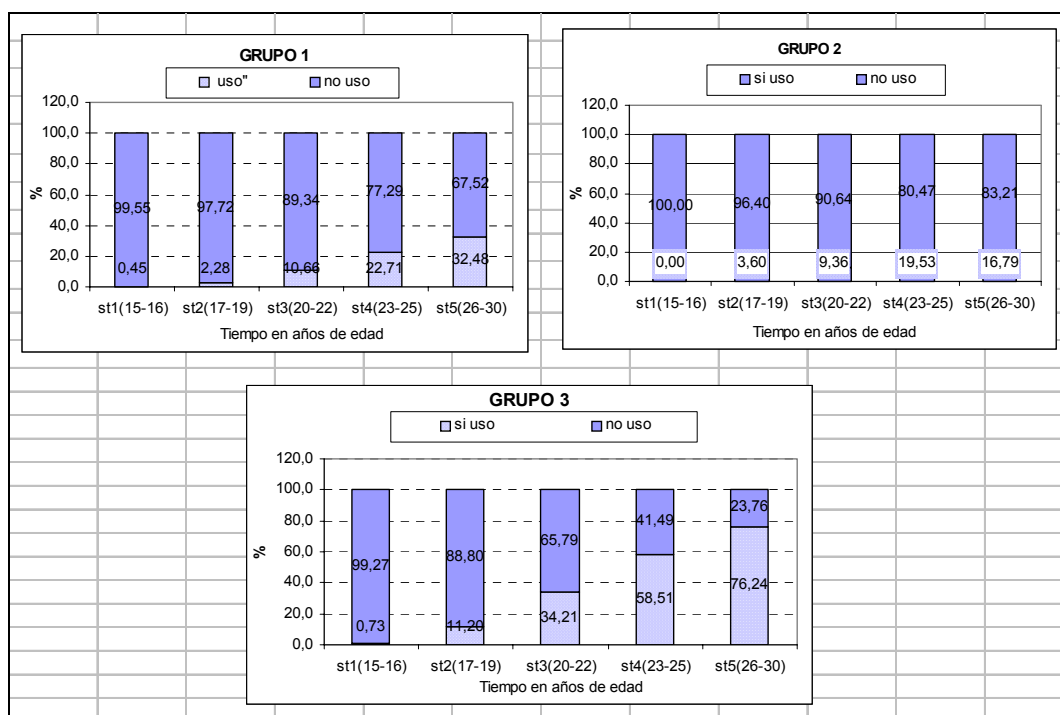
Siguiendo la teoría del actor sociológico (GODARD 1994) en la cual se inspira el AHQ, interesa caracterizar la muestra y los grupos tanto con los perfiles de anticoncepción y nupcialidad, como con la situación de las mujeres al momento de la encuesta. Se trata de explorar las relaciones entre las estrategias de los individuos y las estrategias de los grupos sociales, considerando que las estrategias de los individuos involucran las estrategias de los grupos sociales. En este caso, las estrategias individuales están indicadas por los perfiles biográficos de las trayectorias construidas con datos individuales, en tanto que las estrategias de los grupos sociales están indicadas por las características al momento de la encuesta (estimadas con datos agregados).

En primer lugar veamos la trayectoria de anticoncepción de cada uno de los grupos identificados (gráfico 7.2.4, cuadro 7.2.1).

Las trayectorias de anticoncepción de los tres grupos están muy bien diferenciadas. Comparando los grupos entre sí, se observa que el grupo 1 tiene una trayectoria de

mediana intensidad, los tiempos de uso de anticonceptivos aumentan con la edad desde un 0,4 % en el primer intervalo (15-16 años) hasta un 32% en el último intervalo (26-30 años). En el grupo 2 la intensidad de la trayectoria de anticoncepción es baja, varía desde cero en el primer intervalo hasta 16% del tiempo del último intervalo. Por el contrario, el grupo 3 tiene una trayectoria bastante irregular, en los dos primeros intervalos el tiempo de uso de anticonceptivos es mínimo, y a partir de los 20 años crece precipitadamente hasta el punto en el que las mujeres planifican el 76% del tiempo del último intervalo. Puede pensarse que en este último grupo se adopta el control de la fecundidad propio de un proceso de transición con la intención de limitar el tamaño de familia.

GRÁFICO 7.2.4
 PERFIL BIOGRÁFICO DE LOS GRUPOS. TRAYECTORIA DE ANTICONCEPCIÓN.
 COHORTE NACIDA EN 1965-69 (VIDA REPRODUCTIVA EN 1979-94)



FUENTE: Encuesta CEDE 1984

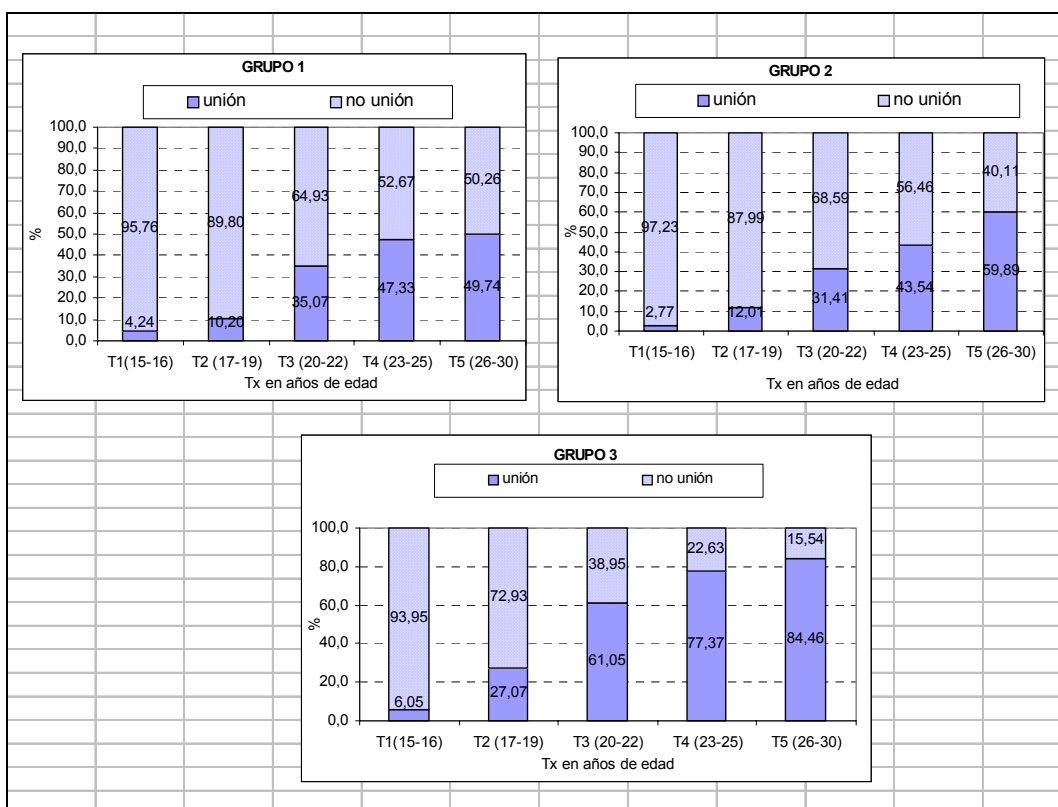
En segundo lugar vemos la trayectoria de unión conyugal de cada uno de los grupos identificados (gráfico 7.2.5, cuadro 7.2.2).

Como era de esperarse, la tendencia de las trayectorias de unión conyugal de los tres grupos indica que a mayor edad las mujeres pasan más tiempo unidas. Los grupos 1 y 2

tienen trayectorias de intensidad mediana muy similares, antes de los 20 años los tiempos de unión son mínimos y a partir de entonces las estadías medias aumentan hasta un 50 y un 60% del tiempo en los últimos intervalos. Por el contrario, en el grupo 3 la intensidad de la unión es muy alta sobre todo después de los 20 años cuando las estadías medias aumentan precipitadamente, entre un 61 y un 84% del tiempo las mujeres están en unión.

En el caso de los grupos 1 y 2 los tiempos de uso de anticonceptivos son bajos en comparación con los tiempos de unión conyugal, lo que indica que durante la unión es relativamente bajo el tiempo protección anticonceptiva. A diferencia, en el grupo 3 las mujeres están usando anticonceptivos la mayor parte del tiempo que están en unión; en este caso, como la trayectoria de unión es más intensa también es mayor la exposición al riesgo de embarazo.

GRÁFICO 7.2.5
PERFIL BIOGRÁFICO DE LOS GRUPOS. TRAYECTORIA DE UNIÓN CONYUGAL.
COHORTE NACIDA EN 1965-69 (VIDA REPRODUCTIVA EN 1979-94)



FUENTE: Encuesta CEDE 1984

En tercer lugar, veamos las características de los grupos al momento de la encuesta para compararlas con los perfiles biográficos de anticoncepción y nupcialidad (gráfico 7.2.6 y cuadro 7.2.3):

En el grupo 1 (169 casos) está una alta proporción de mujeres en estratos alto y medio con el mayor promedio de años de educación formal, hay una proporción relativamente baja de mujeres unidas con una proporción intermedia de usuarias de anticonceptivos que alcanzan la menor paridez. Puede pensarse que este grupo está bien caracterizado, porque sigue las tendencias de los grupos de la población general que lideran los procesos de transición, con patrones modernos de fecundidad y nupcialidad, y que tienen condiciones sociales relativamente favorables. Esto, a pesar de que según los perfiles biográficos los tiempos de protección anticonceptiva resultan ser muy bajos en comparación a los tiempos de unión conyugal. Sin embargo, hay que considerar que si el tiempo de unión es menor, menores pueden ser los riesgos de embarazo y en consecuencia menor es la necesidad de protección anticonceptiva.

Ahora bien, en el grupo 2 (146 casos) predominan mujeres del estrato bajo, que tienen un promedio relativamente alto de años de educación (similar al del grupo 3), con una baja proporción de unidas (similar al del grupo 3), la edad media al primer hijo más alta, la mayor proporción de nativas, la mayor proporción de trabajadoras, alta paridez (igual a la del grupo 3) y la menor proporción de usuarias de anticonceptivos. Además, entre estas mujeres el tiempo de protección anticonceptiva es mínimo en comparación con el tiempo que pasan en unión conyugal. Puede pensarse que este grupo de mujeres de estrato bajo con alta paridez y bajo uso de anticonceptivos, pero con una alta proporción de mujeres de estrato bajo que tienen una educación intermedia, tienen un comportamiento típico de mujeres que con condiciones sociales relativamente desfavorables acceden al trabajo remunerado, conservando patrones tradicionales de fecundidad y nupcialidad.

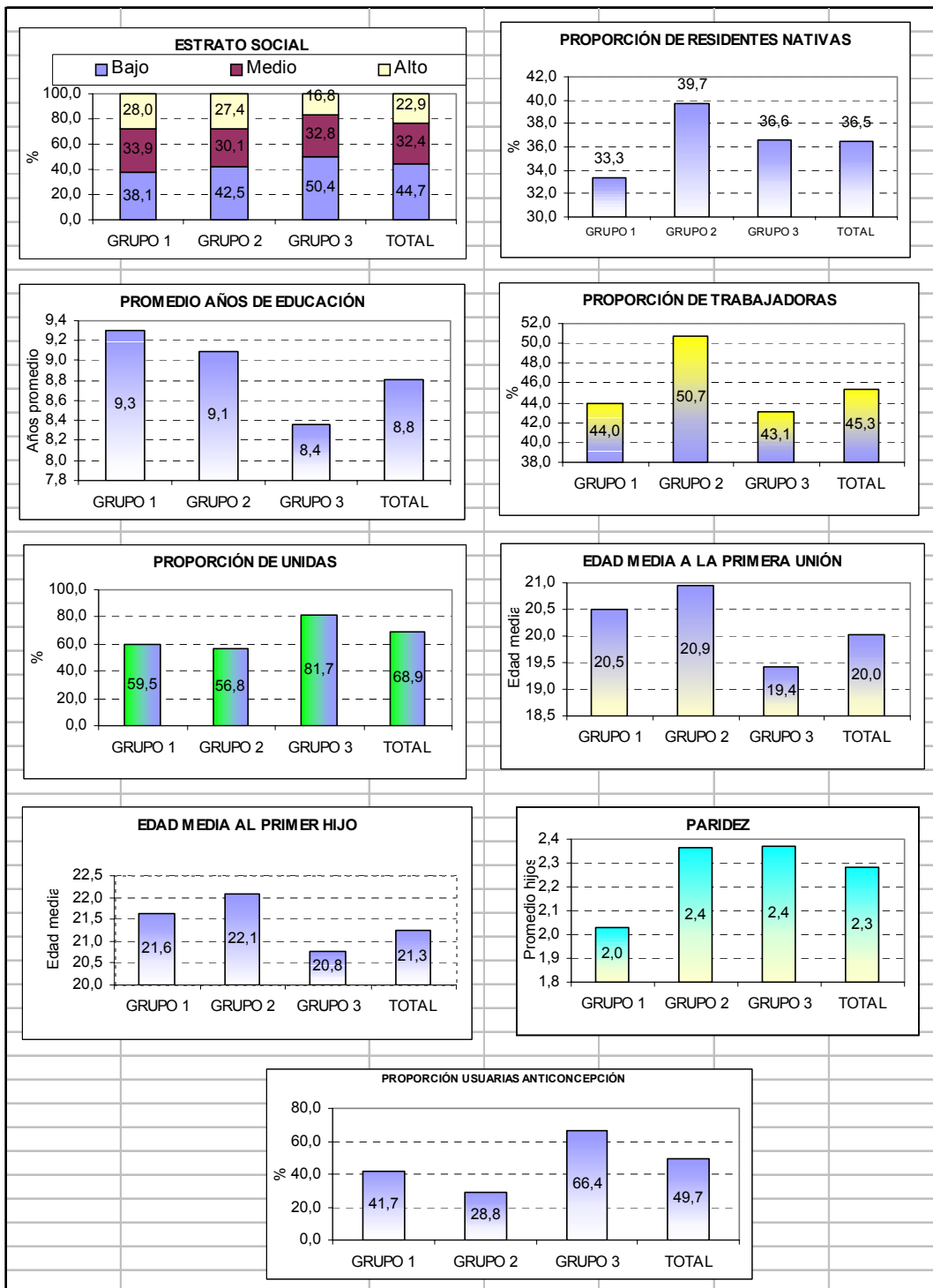
En el grupo 3 (262 casos) al momento de la encuesta predomina el estrato bajo, la menor educación, la mayor proporción de mujeres unidas, las edades media a la primera unión y al primer hijo más tempranas, la paridez alta y la mayor proporción de usuarias de anticoncepción. Según los perfiles biográficos, en este grupo las trayectorias de unión conyugal y uso de anticonceptivos son más intensas (en

comparación con los otros dos grupos). También hay que tener en cuenta que entre estas mujeres el tiempo de uso de anticonceptivos se intensifica de los 23 años en adelante, después de que ha ocurrido la edad media a la primera unión (19.4 años) y al primer hijo (20.8); entonces, cabe pensar que la alta intensidad en la anticoncepción puede estar motivada por la necesidad de limitar el tamaño de familia después de seguir patrones de nupcialidad y fecundidad tempranos. Puede considerarse que este es un grupo bien caracterizado, con tendencias similares a los grupos de la población general que han tenido procesos de transición tardíos, con precarias condiciones sociales y patrones tradicionales de nupcialidad y fecundidad, que logran controlar el tamaño final de familia con un alto uso de métodos anticonceptivos después del segundo quinquenio fértil.

En el caso de esta cohorte se puede concluir que el análisis armónico cualitativo (AHQ) es apropiado para identificar la heterogeneidad de la muestra. La partición de la muestra hecha con base en la trayectoria de anticoncepción permitió identificar grupos que al momento de la encuesta tienen características sociales asociadas con el itinerario biográfico. Es decir, se evidencia una asociación entre la experiencia individual y la experiencia del grupo social. Hay que tener en cuenta que las trayectorias analizadas expresan las elecciones individuales a lo largo de la biografía personal (datos individuales), en tanto que las características sociodemográficas al momento de la encuesta se refieren a la situación del grupo social al cual pertenece la mujer que reportó la biografía (datos agregados). Precisamente este es un supuesto teórico del AHQ (ver anexo 3).

De hecho, en esta cohorte, se identificaron grupos bien caracterizados en los que se observa una asociación entre las trayectorias de nupcialidad y anticoncepción y la situación sociodemográfica al momento de la encuesta. En este sentido, se concluye la validación de la hipótesis referida a la asociación entre las trayectorias de nupcialidad y anticoncepción, y las condiciones sociales de los grupos poblacionales. Como se mencionó arriba, en esta cohorte se identificó un grupo con baja paridez, con patrones modernos de fecundidad y nupcialidad, y que tiene condiciones sociales relativamente favorables. Al mismo tiempo, se identificó otro grupo con alta paridez que tiene patrones tradicionales de nupcialidad y anticoncepción, y condiciones sociales relativamente desfavorables.

GRÁFICO 7.2.6
 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS AL MOMENTO DE LA ENCUESTA
 COHORTE NACIDA EN 1965-69 (VIDA REPRODUCTIVA EN 1979-94)



FUENTE: Encuesta CEDE 1984

7.3 TIPOLOGÍA DE LA COHORTE NACIDA EN 1965-79 (VIDA REPRODUCTIVA EN 1979-94)

- Caracterización sociodemográfica de la muestra

En 1994 el Instituto Arthur Gillow recogió una encuesta de 1011 mujeres, en el marco del estudio titulado, Trayectorias Reproductivas de Mujeres Residentes en Bogotá. Para esta encuesta se hizo un muestreo no probabilístico con dos criterios de inclusión, uno, reunir cuotas para obtener en la muestra la estratificación oficial de la ciudad y dos, el embarazo al momento de la encuesta (MEDINA 1999). Esta encuesta biográfica se utiliza para el siguiente análisis.

La distribución por estratos de la población estudiada es, 32% para el bajo, 51,9% para el medio y 15,2% para el alto¹². Estas son mujeres jóvenes, con un promedio de edad de 25 años, que atraviesan su vida reproductiva cuando la transición de la fecundidad en la ciudad está avanzada. Estas mujeres, al momento de la encuesta ha tenido un promedio de 8,5 años de educación formal, el 47% están trabajando, el 81% tiene una unión con convivencia con una edad mediana a la primera unión de 19 años, una paridez promedio de 0,8 hijos por mujer con una edad mediana al primer nacimiento de 20 años, y el 74% ha usado un método anticonceptivo en el año anterior a la encuesta¹³ (gráfico 7.3.6 y cuadro 7.3.3).

Al igual que en las otras dos cohortes (apartados 7.1 y 7.2 de este capítulo), la caracterización longitudinal de las trayectorias de nupcialidad y anticoncepción se hace con base en análisis armónico cualitativo (AHQ), cuya metodología se presenta en el capítulo segundo y el anexo No.3 de este documento.

¹² Para la estratificación social se tuvo en cuenta la clasificación oficial de los barrios de la ciudad que considera 6 estratos definidos por las condiciones físicas de la vivienda y la calidad del espacio público (MEDINA 1999). Para la clasificación aquí utilizada se tomaron los estratos 1 y 2 como bajo, 3 y 4 como medio, 5 y 6 como alto.

¹³ Hay que tener en cuenta que algunos de estos indicadores, sobre todo los relacionados con la fecundidad y la nupcialidad, pueden estar afectados por el criterio de inclusión en la muestra, el embarazo al momento de la encuesta.

Bajo las mismas consideraciones metodológicas aplicadas en las otras dos cohortes, para construir el perfil biográfico se considera un tiempo biográfico colectivo en el que se observa la trayectoria desde los 15 hasta los 30 años. Para recodificar los datos el periodo de observación (15-30 años) se divide en 6 intervalos: T₁=15-18; T₂=19-20; T₃=21-22; T₄=23-25; T₅=26-28; T₆=29-30¹⁴.

En un tiempo biográfico así considerado, no existe censura a la izquierda porque todas las trayectorias observadas comienzan a los 15 años, y sí existe censura a la derecha dada por la historia incompleta de las mujeres menores de 30 años, cuya trayectoria se observó desde los 15 años hasta la edad que tenían al momento de la encuesta (15, 16, 17, 18... hasta 30 años). Entonces, las mujeres con 15 años al momento de la encuesta no se observaron en el segmento 16-30 años (porque no habían cumplido estas edades) y por lo tanto aportan este segmento de tiempo censurado, las mujeres con 16 años aportan un tiempo censurado en el segmento 17-30 años, y así sucesivamente¹⁵.

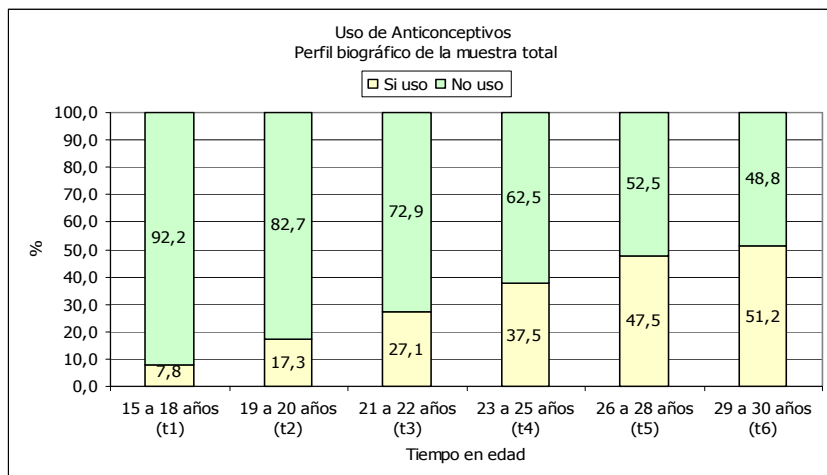
Bajo este marco metodológico, el perfil biográfico de la trayectoria de anticoncepción de toda la muestra (gráfico 7.3.1), construido con las estadías medias de las mujeres en las modalidades de la variable (“sí uso”, “no uso”), expresa la evolución del tiempo de uso de métodos anticonceptivos a lo largo del periodo fértil observado. De acuerdo con lo esperado, se evidencia que a medida que aumenta la edad el uso de anticonceptivos es más intenso, probablemente porque mayor es el tiempo de exposición al riesgo de embarazo. Entre el primero y el último intervalo observados las proporciones de tiempo de uso de anticonceptivos varían entre 0,4% y 24,6% respectivamente. Si en los primeros años de la vida reproductiva se tienen las menores proporciones de tiempo de uso de anticonceptivos, puede pensarse que la baja protección favorece un inicio temprano a la maternidad. De hecho, en la población encuestada la edad media a la primera maternidad es 20 años (dato arriba anotado). Además, hay que tener en cuenta

¹⁴ Esta partición del periodo de observación se consideró tanto para la producción de la tabla recodificada utilizada para diseñar los perfiles biográficos (procedimiento AHQ), como para la tabla recodificada utilizada para la creación de los grupos que componen la tipología (procedimiento PROCLUS).

¹⁵ Como se comentó en la metodología (capítulo 2 y anexo 3), es importante tener en cuenta que en el perfil biográfico la unidad de observación es el tiempo ya que la tabla de recodificación se construye con los tiempos vividos por las mujeres en cada una de las modalidades de la variable. Se trata de una mirada biográfica de las trayectorias individuales, donde la unidad de observación es el tiempo vivido por cada mujer en su trayectoria individual.

que la baja intensidad de la trayectoria de anticoncepción se refleja en la proporción de usuarias de planificación familiar en el año anterior a la encuesta cuando solamente $\frac{1}{4}$ parte de las mujeres utilizaron un control deliberado.

GRÁFICO 7.3.1
 PERFIL BIOGRÁFICO DE LA MUESTRA TOTAL.
 TRAYECTORIA DE ANTICONCEPCIÓN.
 COHORTE NACIDA EN 1965-79 (VIDA REPRODUCTIVA EN 1979-94).



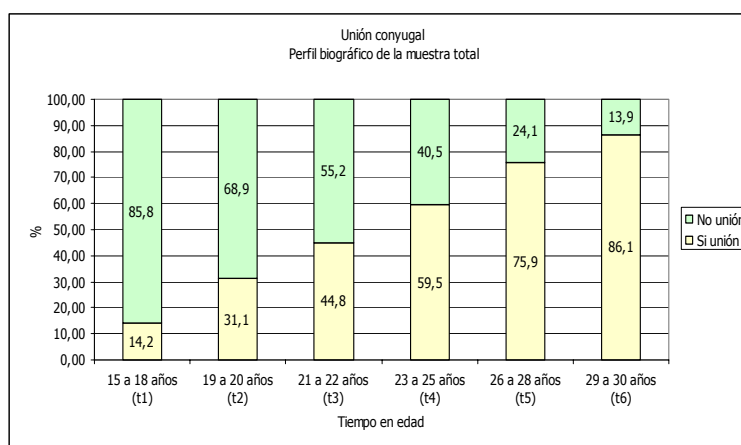
FUENTE: Encuesta Gillow 1994

A pesar de que en esta cohorte se observan solamente los tres primeros quinquenios de la vida fértil (y que además se tiene una censura importante), la información puede considerarse interesante porque es en estos quinquenios en los que ocurren eventos reproductivos sobresalientes: la edad media a la primera unión, la edad media a la primera maternidad y también a la maternidad (referida a todos los nacimientos). La concentración de estos eventos en edades tempranas se observa en todas las tres cohortes analizadas, en la población del conjunto de la ciudad y también del país.

Ahora bien, puede pensarse que en la experiencia el tiempo de uso de anticonceptivos de alguna forma se relaciona con el tiempo vivido en unión conyugal¹⁶. Con el paso de los años, no solo se forman nuevas parejas sino que las anteriormente constituidas se estabilizan. Cabe suponer que el mayor tiempo de unión aumenta los riesgos de embarazo lo cual condiciona aumentos en el tiempo de uso de anticonceptivos.

Según el perfil biográfico de la trayectoria de nupcialidad del conjunto de la muestra, se observa que el tiempo que las mujeres pasan unidas aumenta progresivamente a medida que aumenta la edad, con valores extremos al comienzo y al final del periodo observado: 14% del tiempo del primer intervalo y 86% del tiempo del último intervalo (gráfico 7.3.2). Esta intensidad en la trayectoria se refleja en el momento de la encuesta cuando el 80% de las mujeres están unidas, y la edad media a la primera unión es 19.3 años. Hay que tener en cuenta que estas mujeres estaban embarazadas al momento de la encuesta, lo cual posiblemente favorece el que la trayectoria de unión sea más intensa, incluso que la de la cohorte es más antigua porque vivió su periodo fértil en 1969-84 (gráfico 7.2.2 apartado anterior).

GRÁFICO 7.3.2
 PERFIL BIOGRÁFICO DE LA MUESTRA TOTAL.
 TRAYECTORIA DE NUPCIALIDAD.
 COHORTE NACIDA EN 1965-79 (VIDA REPRODUCTIVA ENTRE 1979 Y 1994)



FUENTE: Encuesta Gillow 1994

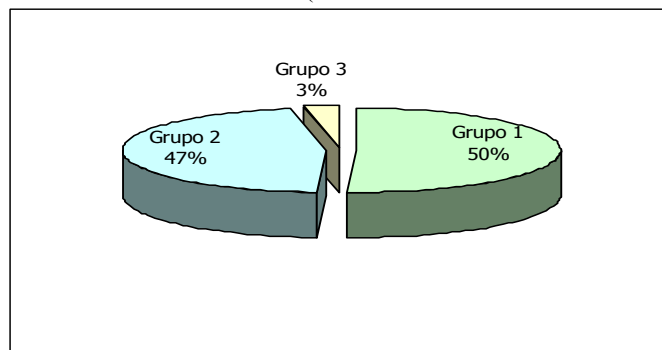
Aunque la tendencia de las dos trayectorias, anticoncepción y nupcialidad, es similar porque a lo largo de los 15 años observados la intensidad aumenta a medida que aumenta la edad, en cada intervalo, el tiempo efectivo de protección anticonceptiva es muy bajo en comparación con el tiempo que las mujeres pasan unidas. Como se mencionó antes, uno de los criterios de inclusión en esta muestra fue el embarazo al momento de la encuesta, por lo cual es posible que buena parte de las mujeres encuestadas intencionalmente no usaron anticonceptivos en el año anterior (a la encuesta). Probablemente por la misma razón tan solo $\frac{1}{4}$ parte de las mujeres usaron anticonceptivos en el año anterior a la encuesta.

¹⁶ Entendida como la unión con convivencia mayor de un mes, bien sea legal o consensual.

- Heterogeneidad de la muestra

Para identificar la heterogeneidad de la muestra, en esta cohorte se aplica la misma metodología seguida en las otras dos cohortes (apartados 7.1 y 7.2). A partir de un análisis factorial que orienta la partición de la muestra en grupos, se crean grupos de mujeres con trayectorias de anticoncepción similares (PROCLUS de SAS)¹⁷. El procedimiento para crear grupos, con base en la duración de las trayectorias (medida por el tiempo vivido por las mujeres) maximiza la varianza intergrupo y minimiza la varianza intragrupo, de tal forma que los casos con datos que tienen una dispersión mínima quedan incluidos en un mismo grupo. Así, se identifican tres grupos en la muestra, con la siguiente distribución: grupo uno, 50% de la muestra con 489 casos; grupo dos 47% de la muestra, con 499 casos; grupo tres, 3% de la muestra con 26 casos (gráfico 7.3.3, cuadro 7.3.4).

GRÁFICO 7.3.3
PARTICIPACIÓN PORCENTUAL DE LOS GRUPOS
DEFINIDOS POR LA TRAYECTORIA DE ANTICONCEPCIÓN.
GENERACIÓN NACIDA EN 1965-79 (VIDA REPRODUCTIVA EN 1979 Y 1994)



FUENTE: Encuesta Gillow 1994

En el análisis armónico cualitativo, el interés es identificar grupos bien caracterizados, independientemente de su tamaño (BARBARY 1994, 1996, 1996). Bien caracterizados en el sentido de que los grupos sean heterogéneos según la sociodemografía al momento de la encuesta y los perfiles biográficos de las trayectorias analizadas. A continuación se describe la caracterización longitudinal y transversal de los grupos en comparación con la muestra.

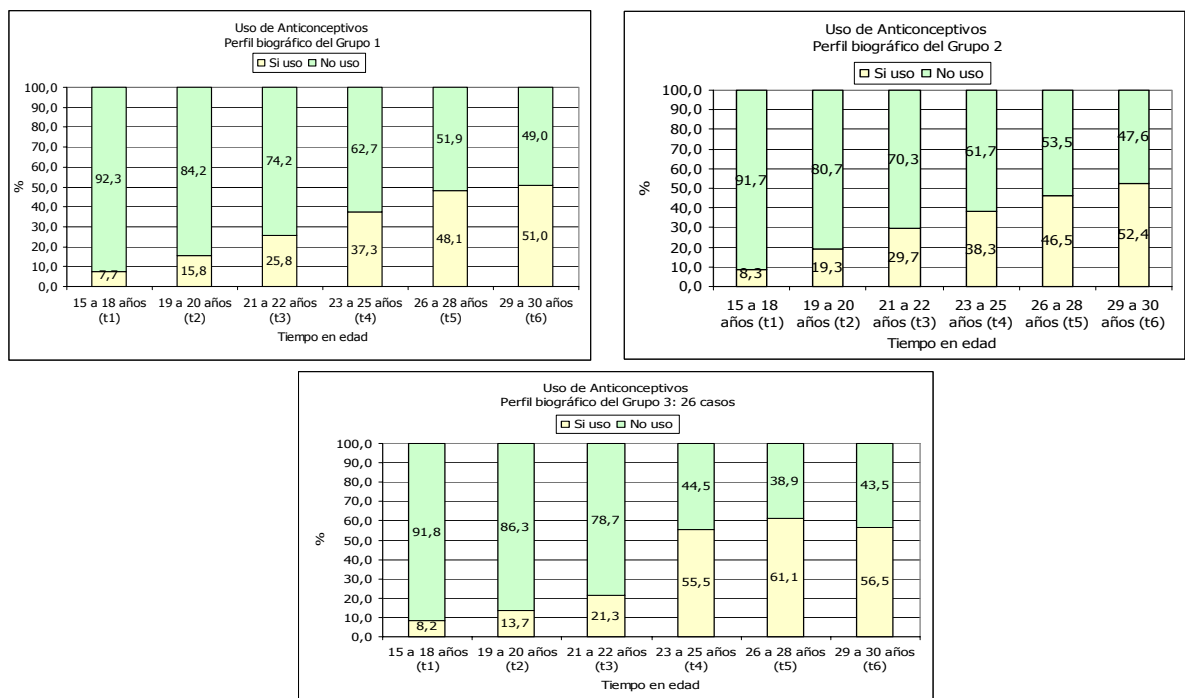
¹⁷ Previamente al análisis de grupos, se realiza un análisis factorial de correspondencia cuyos resultados orientan el número de grupos que se deben crear. En el anexo3, donde se describe la metodología con detalle se explica este procedimiento.

Caracterización sociodemográfica de los grupos

La caracterización longitudinal y transversal de la muestra y de los grupos es la base para discutir la heterogeneidad de la cohorte. En este caso (al igual que en las otras cohortes) se compara el perfil biográfico de la muestra con los perfiles de los grupos referidos a las trayectorias de anticoncepción y nupcialidad. Estas son dos trayectorias que en la experiencia de vida están vinculadas. Además, se discute la evolución en el tiempo de las trayectorias junto con la situación al momento de la encuesta. Entonces, tres partes componen la caracterización de los grupos, a saber:

En primer lugar, observemos los perfiles biográficos de la trayectoria de anticoncepción de los grupos (gráfico 7.3.4).

GRÁFICO 7.3.4
PERFIL BIOGRÁFICO DE LOS GRUPOS.
TRAYECTORIA DE ANTICONCEPCIÓN.
COHORTE NACIDA EN 1965-79 (VIDA REPRODUCTIVA EN 1965-79)



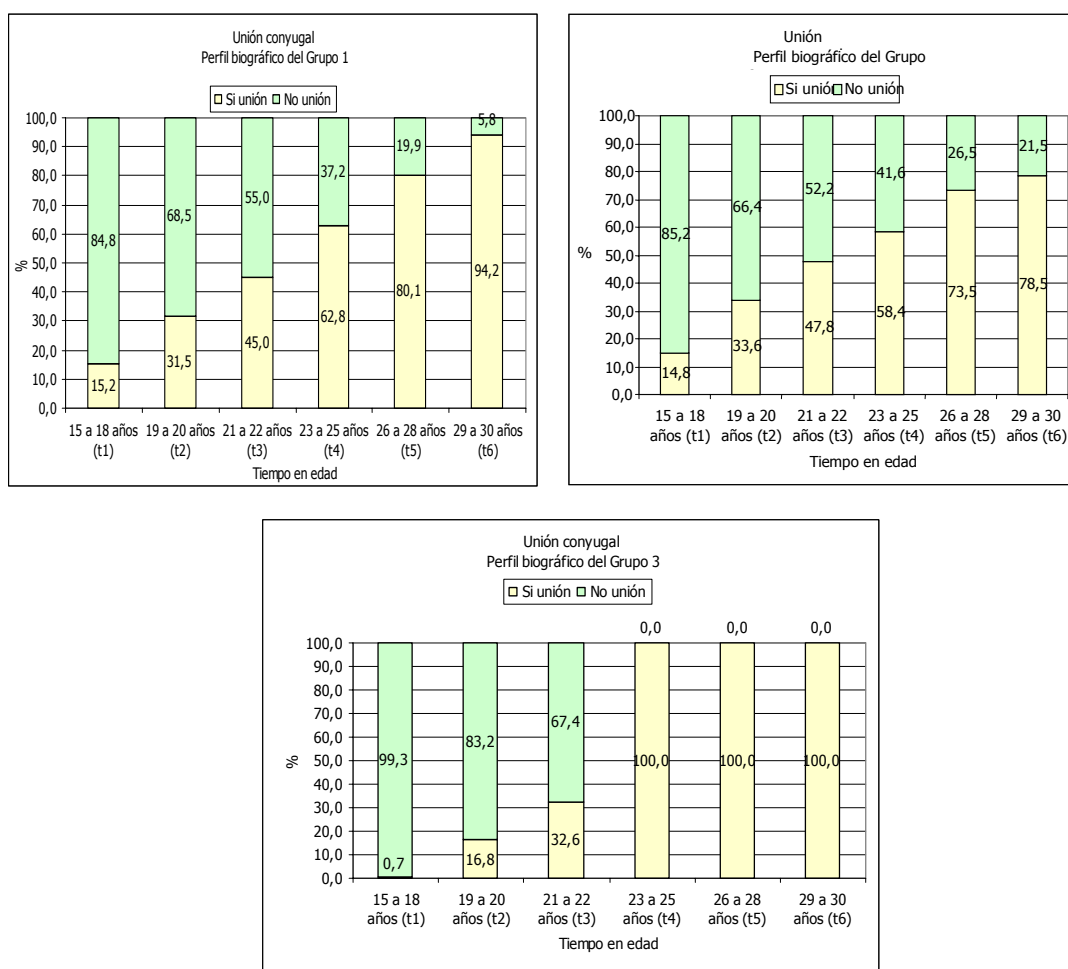
FUENTE: Encuesta Gillow 1994

El grupo 1, tiene un comportamiento similar a la muestra total, aunque la intensidad del uso de anticonceptivos es un poco mayor que en la muestra, aquí las mujeres pasan más

tiempo usando anticonceptivos a lo largo del periodo observado. En el grupo 2, el tiempo de uso es menos intenso que en la muestra total en casi todos los intervalos. En el grupo 3, el uso de anticonceptivos aumenta notablemente a partir de los 23 años, y se mantiene con la misma intensidad hasta el final del periodo observado.

En segundo lugar, observemos los perfiles biográficos de la trayectoria de unión conyugal de los grupos (gráfico 7.3.5).

GRÁFICO 7.3.5
 PERFIL BIOGRÁFICO DE LOS GRUPOS.
 TRAYECTORIA DE UNIÓN CONYUGAL.
 COHORTE NACIDA EN 1965-79 (VIDA REPRODUCTIVA EN 1979-94).



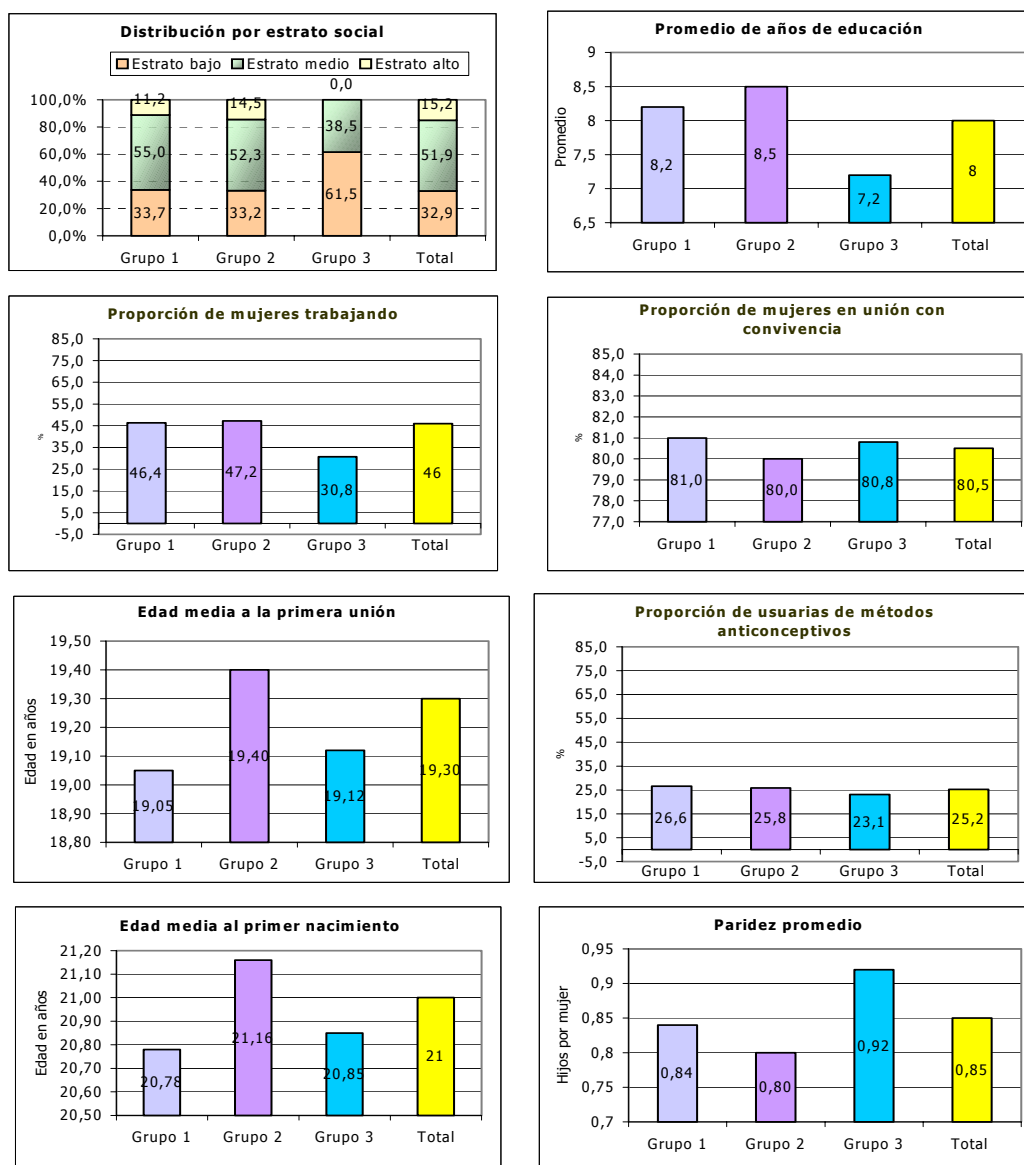
FUENTE: Encuesta Gillow 1994

El grupo 1, tiene una trayectoria de nupcialidad similar a la de la muestra total, pero con un aumento acentuado del tiempo de unión en el último intervalo. El grupo 2, también tiene una tendencia muy similar a la de la muestra total. En tanto que en el grupo 3 hay

aumentos extraordinarios del tiempo de unión a partir del tercer intervalo, desde entonces las mujeres pasan todo el tiempo en unión conyugal.

En tercer lugar, veamos las características sociodemográficas momento de la encuesta de los grupos en comparación con las de la muestra (gráfico 7.3.6), para analizarlas junto con los perfiles biográficos de las dos trayectorias observadas.

GRÁFICO 7.3.6
CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS GRUPOS
Y LA MUESTRA. COHORTE NACIDA EN 1965-79 (VIDA REPRODUCTIVA EN 1979-94).



FUENTE: Encuesta Gillow 1994

Una primera observación de la situación de la cohorte al momento de la encuesta es que hay tres indicadores muy similares en los grupos y en la muestra, la proporción de mujeres en unión, la edad media a la primera unión y la edad media al primer nacimiento. Probablemente, esto se relaciona con el hecho de que todas las mujeres estaban embarazadas al momento de la encuesta.

Tres características sobresalientes definen la tipología de esta cohorte:

El primer grupo, que representa casi la mitad de la muestra, es muy similar al conjunto de la cohorte en algunos aspectos: predominio del estrato medio y medio bajo con educación mediana (algún nivel de secundaria), con edades medias a la primera unión y al primer hijo tempranas al inicio del segundo quinquenio fértil.

En el grupo 2, al momento de la encuesta predomina el estrato medio, está el mayor nivel educativo y la menor paridez. Este grupo tiene una trayectoria de uso de anticonceptivos más intensa, incluso que la de la muestra total (en casi todos los intervalos). En este caso la trayectoria de nupcialidad no aporta una diferenciación importante. Puede pensarse que este grupo está bien caracterizado en la medida en que marca una heterogeneidad dentro de la cohorte. Su comportamiento es similar al de los grupos de la población general que llevan la vanguardia en el descenso de la fecundidad y que tienen condiciones sociales relativamente favorables¹⁸.

Por el contrario, en el grupo 3, al momento de la encuesta predomina el estrato bajo, las mujeres trabajan en menor proporción, usan métodos anticonceptivos en menor proporción, y tienen la mayor paridez. Recordemos que en este grupo el perfil biográfico del uso de anticonceptivos indica que el tiempo de uso es bajo hasta los 22 años, enseguida aumenta notablemente, y de ahí en adelante se mantiene casi estable hasta el final del periodo observado, con proporciones de uso un poco mayores del 50% (en los tres últimos intervalos observados). Esto permite pensar que las mujeres del grupo preferencialmente podrían usar anticonceptivos para limitar el tamaño de familia, después de que ya se han tenido los primeros nacimientos a edades tempranas. Además,

¹⁸ En el capítulo siguiente se comenta con mayor detalle la comparación de las cohortes con el contexto de la población general de Bogotá y del país.

de acuerdo con el perfil biográfico de la trayectoria nupcialidad el tiempo de unión se intensifica de manera extraordinaria a partir de los 23 años, desde entonces hasta el final del periodo observado, la proporción de tiempo en unión conyugal es 100%, lo cual indica situaciones maritales estables.

Puede pensarse que este último es un hallazgo interesante, a pesar de que el tamaño del grupo es pequeño (en comparación con los demás grupos). Hay que tener en cuenta que en el conjunto de la muestra las mujeres con las características de este grupo son una minoría, y al subdividir un tamaño muestral reducido se forman conjuntos aún más pequeños. Sin embargo, como se mencionó arriba, la teoría del análisis armónico cualitativo propone que pequeños grupos de población pueden estar bien caracterizados y contribuir a explicar la heterogeneidad de una población (BARBARY 1996). En consecuencia, puede considerarse que 26 casos pueden ser suficientes para conformar un grupo bien caracterizado en de la tipología de esta cohorte.

En el caso de esta cohorte, también se puede concluir la validación de la hipótesis referida a la asociación entre la trayectoria individual y la situación al momento de la encuesta: *“la trayectoria de uso de métodos anticonceptivos define la heterogeneidad sociodemográfica de las generaciones, de tal forma que al momento de la encuesta los perfiles sociales (fecundidad, nupcialidad, estrato social, trabajo y educación) son distintos dependiendo del itinerario del uso de anticonceptivos”*. Las opciones personales se expresan en las trayectorias de anticoncepción y nupcialidad (datos individuales), y la situación del grupo social se expresa en la caracterización sociodemográfica al momento de la encuesta (datos agregados). De hecho, en la cohorte se identificó un grupo que tiene condiciones sociales relativamente favorables con patrones de nupcialidad y anticoncepción tendientes a la modernidad y baja paridez. Al mismo tiempo se identificó otro grupo con alta paridez, el menor nivel educativo, mayoritariamente del estrato bajo con patrones de nupcialidad y anticoncepción que tienden a lo tradicional.

Finalmente, interesa comparar las experiencias individuales de las biografías de las tres cohortes analizadas de mujeres residentes en Bogotá con las condiciones demográficas y sociales más generales del conjunto de la ciudad. En el capítulo siguiente se discuten, a un nivel exploratorio, algunos cambios paralelos evidenciados en el conjunto de la

ciudad en la segunda mitad del siglo, con el comportamiento de las tres cohortes analizadas que vivieron su trayectoria reproductiva en distintos momentos del proceso de transición de la fecundidad.

8. TRAYECTORIAS REPRODUCTIVAS DE LAS COHORTES Y TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD EN BOGOTÁ

En este capítulo se compara, a un nivel exploratorio, la heterogeneidad de las historias reproductivas de mujeres residentes en Bogotá con el proceso de transición de la fecundidad evidenciado paralelamente en el conjunto de la ciudad. El objetivo de vincular las temporalidades de las trayectorias individuales con las temporalidades de la transición de la fecundidad ocurrida en la ciudad, se apoya en la idea de que la asociación entre comportamiento reproductivo y algunos factores de modernización es el resultado de un proceso de toma de decisiones a lo largo de la trayectoria personal. Esta idea se desarrolla bajo el marco teórico metodológico de las historias de vida. Previamente, se analizaron los cambios demográficos de la ciudad, referidos a la fecundidad, la nupcialidad y la anticoncepción (capítulo sexto) y se hizo un análisis biográfico descriptivo de cada cohorte (capítulo séptimo). Para hacer las comparaciones propuestas se define un orden temporal en el que los años de vida reproductiva analizados en cada cohorte se vinculan con eventos de la transición de la fecundidad en Bogotá evidenciada durante la segunda mitad del siglo XX, con algunas referencias al conjunto del país. La contrastación de la hipótesis referida a la influencia de cambios demográficos generales sobre las experiencias individuales, orienta este análisis.

8.1 VÍNCULOS ENTRE LAS BIOGRAFÍAS Y EL CONTEXTO DEMOGRÁFICO

La heterogeneidad del proceso de transición de la fecundidad en Colombia (y también en América Latina), ha sido ampliamente documentada: un sector de la población que lleva la vanguardia en la transición de la fecundidad y que es el que más se beneficia de la modernización social porque tiene la educación más alta, la mayor participación laboral, pertenecen a estratos sociales altos y medios, y con la fecundidad más baja, tienen edades a la unión y al primer hijo relativamente tardías. Y otro sector rezagado de los procesos de modernización social, caracterizado por bajo estrato socioeconómico, baja educación, baja participación en actividades laborales, uniones conyugales estables en el tiempo que comienzan a edades tempranas, alta paridez y limitado uso de métodos anticonceptivos (COSÍO 1993, 1998; FLOREZ 1990, 1999; MEDINA 1999, 2002). Particularmente en Colombia se han documentado cambios sociales asociados con la modernización ocurridos en

la segunda mitad del siglo como son, el aumento de la escolaridad sobretodo entre la población femenina, los procesos de urbanización crecientes, los descensos de la mortalidad asociados con el aumento de la cobertura de servicios de salud pública, el crecimiento de las tasas de participación laboral de las mujeres, el enorme aumento en el uso de métodos anticonceptivos posibilitado por los programas de planificación familiar privados y públicos, acompañados de mayores coberturas en los servicios de atención materna (cuidado del embarazo, el parto y el puerperio). También, se han documentado los cambios ocurridos paralelamente en la organización de las familias urbanas y rurales de los distintos estratos sociales. En particular, se han documentado los cambios importantes ocurridos en la formación y la expansión de las familias en Bogotá, pertenecientes a los distintos estratos sociales de Bogotá, ciudad capital y mayor centro urbano del país (FLÓREZ 1990, 1996).

Con base en datos externos a las biografías, a continuación interesa discutir la posible asociación entre las trayectorias anticonceptivas de las cohortes y algunas condiciones demográficas dominantes en los años en los que las cohortes vivieron su vida fértil: tendencias y diferenciales de la fecundidad y la nupcialidad, educación y trabajo de la mujer, y uso de métodos anticonceptivos.

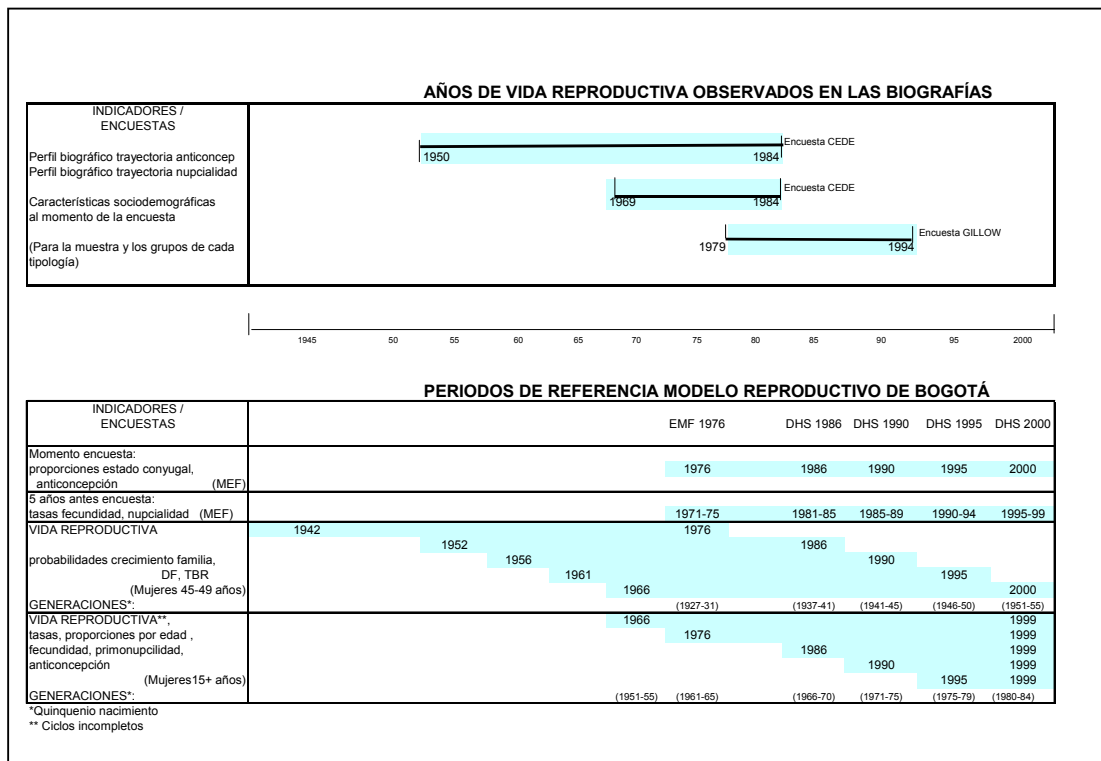
La modernización es un concepto que orienta la discusión de todos estos aspectos. Dentro de la tradición de estudios sociodemográficos, al comparar los indicadores referidos al comportamiento reproductivo entre grupos poblacionales con distintos niveles de desarrollo socioeconómico o grupos que pertenecen a distintos estratos sociales se considera que las poblaciones que han alcanzado un descenso de la fecundidad tienen un comportamiento reproductivo moderno caracterizado por: una edad tardía a la unión, espaciamiento y limitación de los embarazos mediante el uso generalizado de anticonceptivos técnicos, nula o corta diferencia de edad entre el hombre y la mujer de la pareja y familias de menor tamaño. Por lo general, las mujeres que tienen este comportamiento tienen tasas de escolaridad y participación laboral relativamente altas. En este sentido se adopta el concepto de patrón moderno o tradicional de fecundidad en este estudio.

Para orientar la discusión sugerida, al comienzo de la investigación se planteó la siguiente hipótesis: “En Colombia en la segunda mitad del siglo XX, y particularmente en Bogotá la ciudad capital, los cambios en el comportamiento reproductivo (nupcialidad, fecundidad y anticoncepción) paralelos a los aumentos en los niveles de educación y empleo de las mujeres,

influyen en la trayectoria reproductiva de cohortes residentes en la ciudad. De tal manera, se pueden identificar vínculos entre el comportamiento reproductivo de estas cohortes, y las condiciones de nupcialidad, anticoncepción y fecundidad dominantes en el conjunto de la capital”.

Entonces, una de las cohortes estudiadas vivió su vida fértil en 1950-84, otra en 1969-84, y otra en 1979-94, estos periodos representan distintos momentos del proceso de transición. Para poder comparar las experiencias individuales de estas mujeres con el contexto demográfico de la ciudad se reconstruyó el modelo reproductivo de Bogotá con indicadores de fecundidad, nupcialidad y anticoncepción, considerando distintos periodos de referencia comprendidos entre 1950 y 1999. En el siguiente diagrama se sintetiza el orden temporal de estas comparaciones:

DIAGRAMA 8.1
VÍNCULOS ENTRE TEMPORALIDADES:
AÑOS DE VIDA REPRODUCTIVA OBSERVADOS EN LAS COHORTES
Y PERIODOS DE REFERENCIA OBSERVADOS EN EL MODELO REPRODUCTIVO DE BOGOTÁ



Como se observa en el diagrama anterior, la información sobre Bogotá incluye: las tasas por edad de fecundidad y primonupcialidad para 1971-99 referidas a los 5 años anteriores a la encuesta, la distribución según categorías del estado conyugal y la prevalencia de uso de anticonceptivos para 1976-2000 referidos al momento de la encuesta. También se consideran

indicadores longitudinales clásicos sobre las generaciones, las probabilidades de crecimiento de la familia, la descendencia final y las tasas brutas de reproducción para 1942-2000, referidas a la vida reproductiva de las mujeres del último quinquenio fértil. Además, para generaciones reconstruidas con ciclos incompletos se miden los patrones por edad de la fecundidad, la nupcialidad y la anticoncepción referidos a las últimas 4 décadas del siglo¹. Las comparaciones propuestas se hacen en los siguientes términos: entre las distintas cohortes se comparan los perfiles biográficos de las muestras y la sociodemografía al momento de la encuesta. Al interior de una misma cohorte se comparan los perfiles biográficos de la muestra con los perfiles de los grupos. El conjunto de cada tipología se compara con el modelo reproductivo de Bogotá.

8.2 COHORTE NACIDA EN 1935-39 (VIDA REPRODUCTIVA EN 1950-84)

En la época en la que esta cohorte vivió su periodo reproductivo (1950-84), se dieron grandes cambios demográficos en el país. Los tres primeros quinquenios fértiles de la cohorte, años en los que se define el perfil reproductivo de estas mujeres, transcurrieron en una etapa pretransicional. Esta es la cohorte más antigua de todas las tres cohortes estudiadas y de acuerdo con los patrones reproductivos propios de las mujeres colombianas y bogotanas que vivieron sus primeros quinquenios fértiles antes de que se iniciara la transición demográfica, en esta población está la más alta paridez y la menor educación, con una trayectoria de nupcialidad de altísima intensidad y una trayectoria de anticoncepción de bajísima intensidad. Estos datos indican que el contexto demográfico la población general de la ciudad, se refleja en la composición de la cohorte.

¹ Todos estos datos se presentan en el capítulo sexto.

DIAGRAMA 8.2
HETEROGENEIDAD DE LA COHORTE
CON VIDA REPRODUCTIVA EN 1950-84

(Comparación de los grupos con la muestra y con el modelo reproductivo de Bogotá)

CARACTERÍSTICAS	TOTAL MUESTRA (496 casos)	GRUPO 1 (117 casos)	GRUPO 2 (154 casos)	GRUPO 3 (225 casos)
PERFIL BIOGRÁFICO ANTICONCEPCIÓN	Trayectoria de baja intensidad ² .	Trayectoria similar a la muestra.	Trayectoria de baja intensidad.	Trayectoria de baja intensidad con aumentos notables desde los 30 años.
PERFIL BIOGRÁFICO UNIÓN CONYUGAL	Trayectoria de alta intensidad.	Trayectoria similar a la muestra.	Trayectoria similar a la muestra.	Trayectoria similar a la muestra.
SOCIODEMOGRAFÍA A LA ENCUESTA	<ul style="list-style-type: none"> - Mujeres mayores (edad promedio 46 años). - Predomina el estrato medio y en menor proporción el bajo. - Educación media (secundaria incompleta). - La gran mayoría unidas (3/4 partes) a los 20,9 años (en promedio). - Con un primer hijo a los 22 (en promedio). - Paridez alta, 5,1 hijo (en promedio). - 1/3 parte usuarias de anticoncepción al momento de la encuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Población de estratos medio y bajo. - Promedio de años de educación formal similar a la muestra. - Relativamente baja proporción de mujeres unidas. - Paridez relativamente baja. - Menor proporción de nativas (similar al grupo 2). 	<ul style="list-style-type: none"> - Predomina estrato medio. - Educación relativamente baja. - Proporción de unidas similar a la muestra. - Edades medias a la primera unión y al primer hijo tempranas. - Edades medias a la primera unión y al primer hijo bajas. - Proporción de trabajadoras similar a la muestra. - Proporción de residentes nativas similar a la muestra. - Paridez alta. - Menor uso de anticonceptivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Predominan los estratos medio y bajo. - Educación similar a la muestra. - Mayor proporción de unidas. - Edades media a la primera unión y al primer hijo más altas (aunque las diferencias no son notables). - Mayor proporción de trabajadoras. - Paridez intermedia. - Mayor proporción de usuarias de anticoncepción.
COMPARACIÓN CON EL MODELO REPRODUCTIVO DE BOGOTÁ	Cohorte más antigua conformada por mujeres mayores con alta paridez y baja educación, con una trayectoria de nupcialidad muy intensa y con una trayectoria de anticoncepción de bajísima intensidad.	Tendencias similares al conjunto de la muestra.	Patrón de fecundidad y anticoncepción con rasgos tradicionales más acentuados que el conjunto de la muestra.	Mujeres con precarias condiciones sociales, trabajadoras, que alcanzan una paridez intermedia con un uso intenso de anticonceptivos después del tercer quinquenio fértil.

Sin embargo, los cambios poblacionales de la ciudad orientados hacia la transición de la fecundidad se evidencian desde los años 50. Más allá de las características del conjunto de la cohorte, a su interior hay una heterogeneidad que indica que hubo grupos de mujeres que

mantuvieron patrones tradicionales de fecundidad y grupos de mujeres que modificaron su comportamiento reproductivo. Entonces, puede pensarse que el proceso de transición heterogéneo observado en la población general se refleja en el comportamiento reproductivo de estas mujeres: por un lado, se identifica un grupo con condiciones sociales relativamente desfavorables que logra un nivel de paridez intermedio con un uso intenso de anticonceptivos a partir de los 30 años, posiblemente cuando ya se ha alcanzado el tamaño de familia deseado. Por otro lado, se identifica un grupo bien caracterizado que tiene una trayectoria de unión conyugal muy intensa y una trayectoria de anticoncepción de intensidad muy baja, que al momento de la encuesta tiene patrones tradicionales de fecundidad y nupcialidad (diagrama 8.2).

En el conjunto de Bogotá en los últimos 30 años se ha observado que la anticoncepción ha jugado un papel muy importante en la transición de la fecundidad, mientras que la dinámica de la nupcialidad no ha tenido mayor influencia en el proceso, el aumento del uso de anticonceptivos es paralelo a las bajas tasas de fecundidad, mientras que el calendario de la nupcialidad permanece aproximadamente constante. En el conjunto del país y de la capital ha habido aumentos moderados en la nupcialidad total en los mismos años, dados por un aumento extraordinario de las uniones consensuales, al tiempo que las uniones legales disminuyen³. Este orden de cosas se asocia con lo observado en la tipología de la cohorte: en los tres grupos identificados la trayectoria de nupcialidad es muy similar y no discrimina el comportamiento de los grupos. Por el contrario, la trayectoria de anticoncepción es distinta en cada grupo y marca una heterogeneidad bien definida en cada grupo.

En un sentido similar, tanto en el país como de la capital las menores tasas de primonupcialidad tienen los niveles más bajos en los primeros quinquenios y aumentan progresivamente con la edad. Los perfiles biográficos de unión conyugal identificados en esta cohorte indican que el tiempo unión aumenta progresivamente con la edad, después de los 20 años, principalmente de los 25 años en adelante, las mujeres pasan la mayor parte del tiempo de sus vidas en unión conyugal, con estadías medias altas y estables hasta el final del periodo

³ En Colombia y en Bogotá, la proporción total de mujeres unidas (legales y consensuales) ha permanecido aproximadamente estable en los últimos treinta años del siglo, en tanto que la proporción de unidas usuarias de anticoncepción ha venido aumentando notablemente, sobre todo en el conjunto del país. En Bogotá, el uso de anticonceptivos también ha aumentado pero moderadamente, al tiempo que la fecundidad se ha mantenido casi estable, a niveles muy bajos. Así, a finales de siglo el país se acerca a los niveles que Bogotá tenía 30 años atrás.

reproductivo. Estas características indican patrones tradicionales de fecundidad y nupcialidad en esta cohorte que es la más antigua de las observadas.

Entonces, puede concluirse que el contexto demográfico de Bogotá influye claramente en el comportamiento reproductivo de la cohorte con vida fértil en 1950-84, en la identificación de grupos heterogéneos al interior de la cohorte, en los cambios observados en la intensidad de las trayectorias de anticoncepción y nupcialidad conjunto de la muestra, y en la situación sociodemográfica de las mujeres al momento de la encuesta.

8.3 COHORTE NACIDA EN 1955-59 (VIDA REPRODUCTIVA EN 1969-84)

Como se mencionó antes, en Colombia y también en la capital los procesos de transición demográfica han sido heterogéneos. Por ejemplo, se ha evidenciado que las mujeres urbanas con mayor educación lideran los cambios de fecundidad y la nupcialidad. En Bogotá en las tres últimas décadas del siglo las mujeres que no han tenido hijos tienen más años de educación formal que las mujeres con hijos, y a medida que aumenta el número de hijos disminuyen los años promedio de educación. Al mismo tiempo, la educación siempre es mayor entre las mujeres nunca unidas en comparación con las alguna vez unidas. Esto permite pensar que el aumento de la educación compite con las opciones de nupcialidad y maternidad (véase el capítulo 6).

Estas diferencias observadas en la población general se reflejan en esta cohorte que vivió los primeros quinquenios de su vida fértil cuando la transición de la fecundidad en el país y más aún en la capital era evidente. En comparación con la cohorte más antigua (con vida reproductiva en 1950-84), esta cohorte compuesta por mujeres más jóvenes (vida reproductiva en 1969-84), tiene una paridez relativamente baja y un nivel de educación intermedio, con una trayectoria de nupcialidad de intensidad mediana y una trayectoria de anticoncepción de intensidad alta. En esta caracterización se reflejan las condiciones de las mujeres de la población general de la ciudad después de que ya se había iniciado la transición demográfica: en comparación con la cohorte mayor, en esta cohorte más joven disminuye la paridez, aumenta la educación, las mujeres pasan menores tiempos de sus vidas en unión conyugal y la protección anticonceptiva se da durante periodos más prolongados.

Dos grupos bien diferenciados se identificaron en esta cohorte, que al igual que las mujeres del país y la capital, también tienen un comportamiento heterogéneo. En el grupo están las proporciones más altas de mujeres en estratos alto y medio, el mayor promedio de años de educación formal, una proporción relativamente baja de mujeres unidas, una proporción intermedia de usuarias de anticonceptivos y la menor paridez. Puede pensarse que este grupo está bien caracterizado, y que su comportamiento sigue las tendencias de los grupos de la población general que han liderado los procesos de transición con indicadores modernos de fecundidad y nupcialidad, y condiciones sociales relativamente favorables (diagrama 8.3).

En otro grupo de esta cohorte predomina el estrato bajo y bajos niveles educativos, indicadores tradicionales de fecundidad como alta paridez y edad temprana de inicio en la maternidad, y un perfil biográfico de anticoncepción en el que el tiempo de uso se intensifica fuertemente después del segundo quinquenio fértil. Pareciera que las mujeres de este grupo utilizaran preferentemente un método acumulativo, que aumenta el tiempo efectivo de uso hasta un 75% desde los 25 años en adelante. Por el contrario, en los otros dos grupos los tiempos de uso son muy bajos. Estudios sobre el tema han establecido que por lo general poblaciones de mujeres trabajadoras de estrato bajo con patrones tradicionales de nupcialidad y fecundidad, utilizan la esterilización como método de planificación familiar después de haber alcanzado el tamaño de familia deseado (DHS 1995, 2000; COSÍO 1998; FLÓREZ 1990). Puede pensarse que el comportamiento del grupo mencionado de alguna manera pudo estar influenciado por las opciones anticonceptivas de las mujeres del estrato bajo de la población general.

La cohorte más antigua (1950-84) que atravesó los primeros quinquenios de la vida fértil en una etapa pretransicional, tiene una trayectoria de nupcialidad intensa y una trayectoria de anticoncepción de baja intensidad, de alguna forma similar a un patrón tradicional propio de una etapa pretransicional (según se mencionó arriba). Por el contrario, la cohorte más joven (1969-84) con una trayectoria de unión menos intensa y tiempos de protección anticonceptiva mayores, vive sus primeros quinquenios fértiles en un contexto en el que la transición de la fecundidad en el conjunto del país es evidente y en la capital es aún más acentuada.

DIAGRAMA 8.3
 HETEROGENEIDAD DE LA COHORTE
 CON VIDA REPRODUCTIVA EN 1969-84
 (Comparación de los grupos con la muestra y con el modelo reproductivo de Bogotá⁴)

CARACTERÍSTICAS	TOTAL MUESTRA (577 casos)	GRUPO 1 (169 casos)	GRUPO 2 (146 casos)	GRUPO 3 (262 casos)
PERFIL BIOGRÁFICO ANTICONCEPCIÓN	Trayectoria de baja intensidad (en comparación con la cohorte antigua).	Trayectoria de intensidad baja.	Trayectoria de baja intensidad.	Trayectoria de alta intensidad a partir de los 20 años.
PERFIL BIOGRÁFICO NUPCIALIDAD	Trayectoria de mediana intensidad (en comparación con la cohorte antigua).	Trayectoria de intensidad mediana (similar al conjunto de la muestra).	Trayectoria de intensidad mediana (similar al conjunto de la muestra).	Trayectoria de alta intensidad.
SOCIODEMOGRAFÍA A LA ENCUESTA	<ul style="list-style-type: none"> - Mujeres jóvenes (edad promedio 36 años). - Estrato bajo principalmente y en menor proporción medio. - Educación media alta (secundaria incompleta mayor nivel que la cohorte más antigua). - La gran mayoría unidas (2/3 partes) a los 20 años. - Con un primer hijo a los 21 (en promedio). - Paridez relativamente baja (en comparación con la cohorte antigua). - La mitad de ellas usuarias de anticoncepción al momento de la encuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor proporción de estratos alto y medio. - Mayor promedio de años de educación formal. - Relativamente baja proporción de mujeres unidas. - Menor paridez. - Menor proporción de nativas. - Proporción de usuarias de anticoncepción similar al conjunto de la muestra. 	<ul style="list-style-type: none"> - Predomina estrato bajo. - Educación relativamente alta. - Menor proporción de unidas. - Mayor proporción de trabajadoras. - Mayor proporción de residentes nativas. - Paridez alta. - Menor uso de anticonceptivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Predominan el estrato bajo. - Menor educación. - Mayor proporción de unidas. - Edades media a la primera unión y al primer hijo más bajas. - Paridez alta. - Mayor proporción de usuarias de anticoncepción.
COMPARACIÓN CON EL MODELO REPRODUCTIVO DE BOGOTÁ	Cohorte joven con paridez relativamente baja y educación intermedia, con una trayectoria de nupcialidad de intensidad mediana y una trayectoria de anticoncepción de intensidad baja.	Comportamiento similar a subgrupos de la población general que lideran la transición de la fecundidad, con patrones modernos de fecundidad y nupcialidad, y con condiciones sociales favorables.	Grupo atípico, no se identifica con subgrupos de la población general.	Tendencias similares a los grupos de la población general que han tenido procesos de transición tardíos, con patrones tradicionales de fecundidad y precarias condiciones sociales.

8.4 COHORTE NACIDA EN 1965-79 (VIDA REPRODUCTIVA EN 1979-94)

Esta es una cohorte compuesta por mujeres jóvenes, con altos niveles de nupcialidad a edades precoces. En el conjunto de la ciudad ha observado que las mujeres más jóvenes son las que más han contribuido al aumento de la nupcialidad total. Aunque en Bogotá, las edades a la primera unión son tardías en comparación con el conjunto del país, al interior de la ciudad las generaciones más jóvenes (nacidas en 1965-79) tienen estructuras de edad rejuvenecidas en comparación con otras generaciones más antiguas (nacidas en 1951-65)⁵. Puede pensarse que las características de la nupcialidad de esta cohorte de alguna manera están influidas por el comportamiento de la población general de la ciudad. Junto con un patrón tradicional de nupcialidad, en la cohorte también hay un calendario de fecundidad temprano. Paralelamente, en los últimos 30 años del siglo en el conjunto de la ciudad se evidencian contribuciones cada vez mayores de las mujeres más jóvenes a la fecundidad, que se reflejan no solo un rejuvenecimiento de la estructura de edad, sino también en los aumentos de la fecundidad adolescente, concomitantes a los descensos de las tasas de los demás grupos de edad. De nuevo, el orden demográfico de la ciudad puede influir el comportamiento de la cohorte en este aspecto.

La tipología identificada en esta cohorte tiene dos grupos bien diferenciados, tanto en las biografías de anticoncepción y nupcialidad como en las características sociodemográficas al momento de la encuesta: un grupo que se aproxima a la situación de las poblaciones urbanas del país que han liderado la transición de la fecundidad, baja paridez, edad tardía a la primera unión y al primer hijo, mayor uso de anticonceptivos, con las mejores condiciones sociales, predominio del estrato alto, mayor educación, mayor proporción de trabajadoras, menor proporción de unidas. Y otro grupo que se comporta como las poblaciones rezagadas del proceso de transición de la fecundidad: alta paridez, edad temprana a la primera unión y al primer hijo, menor uso de anticonceptivos en el año anterior a la encuesta, con un perfil de anticoncepción donde el uso es muy bajo en los primeros años y se estabiliza en niveles intermedios en las siguientes edades. Este grupo tiene condiciones sociales relativamente

⁵ En la ciudad, los aumentos de la nupcialidad total también se evidencian en las tres últimas décadas del siglo, cuando crece el ISPN y las curvas de la primonupcialidad por edad se desplazan a la derecha. Es más, en el país se observa esta misma tendencia pero con niveles menores en todas las series analizadas.

desfavorables: predomina el estrato bajo, la menor proporción de trabajadoras, la menor educación y la paridez más alta, el tiempo de protección anticonceptiva es mínimo en comparación con el tiempo que las mujeres pasan en unión conyugal. El comportamiento del grupo se asemeja a sectores de la población general rezagados de los procesos de transición, con patrones tradicionales de fecundidad y nupcialidad, y que tienen condiciones sociales relativamente desfavorables.

DIAGRAMA 8.4
HETEROGENEIDAD DE LA COHORTE
CON VIDA REPRODUCTIVA EN 1979-94
(Comparación de los grupos con la muestra y con el modelo reproductivo de Bogotá)

CARACTERÍSTICAS	TOTAL MUESTRA	GRUPO 1 (489 casos)	GRUPO 2 (449 casos)	GRUPO 3 (26 casos)
PERFIL BIOGRÁFICO ANTICONCEPCIÓN	Trayectoria de baja intensidad.	Perfil de anticoncepción similar a la muestra.	Tiempo de uso anticonceptivos menos intenso que la muestra.	Aumento notable del tiempo de uso a partir de los 23 años y se mantiene estable hasta el final del periodo observado.
PERFIL BIOGRÁFICO NUPCIALIDAD	Trayectoria de intensidad intermedia.	Perfil de nupcialidad similar a la muestra.	Perfil de nupcialidad similar a la muestra.	Aumento extraordinario del tiempo de unión a partir de los 23 años, hasta el 100% del tiempo.
SOCIODEMOGRAFÍA A LA ENCUESTA	<ul style="list-style-type: none"> - Predomina el estrato medio. - Mediana educación. - La mitad de las mujeres trabajadoras. - Mayoría unidas antes de los 20 años. - Con un primer hijo nacido cerca de los 20 años. - ¼ parte usaron anticonceptivos en año anterior a encuesta. 	Características sociodemográficas similares a la muestra.	<ul style="list-style-type: none"> - Predomina estrato alto. - Mayor nivel educativo. - Mayor proporción trabajadoras. - Menor proporción uniones. - Edad tardía primera unión. - Edad tardía primer nacimiento. - Menor paridez (que grupo 3). - Mayor uso de anticonceptivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Predomina estrato bajo. - Menor nivel educativo. - Menor proporción de trabajadoras. - Mayor proporción de uniones. - Edad temprana a la primera unión. - Edad temprana al primer nacimiento. - Mayor paridez. - Menor uso de anticonceptivos.
COMPARACIÓN CON EL MODELO REPRODUCTIVO DE BOGOTÁ	Cohorte con patrones tradicionales de fecundidad y nupcialidad, y una paridez muy baja, con una trayectoria de anticoncepción de intensidad baja y una trayectoria de nupcialidad de intensidad intermedia.	Tendencia similar a la muestra y similar al conjunto de la ciudad en algunos aspectos.	Vanguardia en la transición fecundidad, mejores condiciones sociales.	Rezago en la transición de la fecundidad, condiciones sociales desfavorables.

Puede pensarse que la tipología identificada en esta cohorte valida la hipótesis referida a la influencia de las condiciones demográficas dominantes en la ciudad, sobre el comportamiento reproductivo de las cohortes. En esta cohorte analizada se identifican dos grupos bien caracterizados que evidencian procesos de cambio heterógeneos a lo largo de la vida reproductiva, tal como se ha evidenciado en el conjunto de la ciudad en los últimos 40 años⁶.

⁶ Un criterio de inclusión en la muestra que conforma esta cohorte es el embarazo al momento de la encuesta. Las muestras de las otras dos cohortes son aleatorias, representativas de mujeres de la población general en determinados grupos de edad. Tales diseños muestrales distintos afectan la comparación de las características sociodemográficas al momento de la encuesta. Por eso, en el caso de esta cohorte es más interesante comparar la heterogeneidad de la muestra con el comportamiento de la población general de la ciudad.

9. CONCLUSIONES

9.1 Transición de la fecundidad en América Latina, Colombia y Bogotá

Recientes transformaciones demográficas en América Latina

- En América Latina en la segunda mitad del siglo XX hay una transformación demográfica evidente: un descenso continuo de la mortalidad que se refleja en aumentos constantes de la esperanza de vida que pasa de 52 a 69 años; un descenso sostenido de la tasa total de fecundidad que de 5.9 pasa a 3 hijos, y en consecuencia, una tasa de crecimiento que también desciende sostenidamente, de 2.7 a 1.7%.
- Dos modelos de transición de la fecundidad se identifican en la región. Desde mediados de los años 60s el descenso de la fecundidad ha sido liderado por las grandes ciudades, principalmente por las mujeres con mayor nivel educativo. Las zonas rurales y los estratos de pobreza han tenido descensos tardíos y menos acentuados. En 1990 la tasa total de fecundidad urbana de la región era 2.5 hijos, en tanto que la rural era entre 5 y 6 hijos. En estas condiciones prevalencen patrones tradicionales de fecundidad y nupcialidad, hay una edad temprana a la unión, hay diferencia de edad entre los cónyuges y las uniones tienden a ser estables, se tienen más hijos, el uso de anticonceptivos es limitado. Sin embargo, los estratos pobres han conseguido descensos en la fecundidad porque hay una oferta masiva de anticoncepción dentro de los servicios de salud pública; en varios países ha tenido importancia la esterilización para limitar el tamaño de familia conservando los patrones tradicionales de fecundidad, especialmente en estos grupos sociales. Por el contrario, los grupos con mejores condiciones económicas y patrones modernos de fecundidad el uso de anticonceptivos es mayor, se incrementan los intervalos entre la unión y el primer hijo y también entre los demás nacimientos, aumenta la edad al primer hijo, se tienen hijos; aumenta la edad a la unión, hay más separaciones conyugales y la diferencia de edad entre los cónyuges tiende a desaparecer. Por el contrario, esta hipótesis no se valida en los estratos de pobreza y las zonas rurales, donde las mujeres con baja educación y patrones tradicionales de fecundidad se incorporan al trabajo remunerado por la necesidad de incrementar los ingresos del hogar.

- Es ampliamente reconocido el fuerte impacto de las políticas de población en el descenso de la fecundidad en los países latinoamericanos. Los distintos lineamientos internacionales formalizados en las conferencias mundiales de población han tenido influencia sobre las políticas locales implantadas durante el proceso de transición de la fecundidad. En la ejecución de estrategias y programas orientados por estas políticas, las agencias de la ONU han tenido un papel primordial desde los años 50s hasta la actualidad. Otros organismos internacionales públicos y privados de USA, también han apoyado financiera y técnicamente los programas de planificación familiar en la región.
- Aunque la fecundidad adulta y total en América Latina continúa descendiendo, la fecundidad adolescente y juvenil aumentó en la década de 90 principalmente en las zonas rurales. En algunos países este aumento se debe al predominio de eventos de fecundidad marital temprana, y en otros países predomina el madresolterismo adolescente y juvenil. La baja educación, el origen rural y las condiciones precarias de los hogares influyen tanto en la edad de inicio en la sexualidad como en la maternidad juvenil. Los niveles de riesgo reproductivo están estrechamente vinculados con las etapas de la transición en la que se encuentran los países latinos: con un riesgo reproductivo muy alto o alto están los países en las etapas de pretransición y explosión demográfica, situación que se asocia con estados precarios de salud reproductiva y atención materno infantil deficiente; este es el caso de Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Salvador, Honduras y Paraguay. Por el contrario, los países que están en la tercera etapa de la transición demográfica tienen niveles riesgo reproductivo bajo o muy bajo; este es el caso de Costa Rica, Argentina, Chile y Cuba, que tienen los mejores indicadores de salud reproductiva de la región. Los países que están en la primera y segunda etapa de la transición tienen niveles moderados de riesgo reproductivo; este es el caso de República Dominicana, México, Panamá, Venezuela y Colombia. Al final del siglo la distribución de los países de América Latina según etapas de la transición demográfica es parecida a la observada diez años atrás. Brasil puede considerarse un caso atípico, según el nivel de mortalidad se encuentra en la primera etapa, pero de acuerdo con la tasa total de fecundidad se encuentra en la tercera etapa de la transición, con fecundidad baja. Esto porque el descenso de la fecundidad de Brasil ha sido extraordinario, en los últimos 15 años descendió en un 40%, la tasa baja de 3.2 a 2.3 hijos. En la misma década hay un descenso porcentual similar de la fecundidad en El Salvador, país que

vivió una situación excepcional de guerra. En el resto de países también la fecundidad ha continuado descendiendo, excepto Colombia que tiende al estancamiento.

Transición de la fecundidad en Colombia

- En Colombia, para el periodo 1960-64 se tiene una tasa total de fecundidad de 7 hijos por mujer, desde 1965 esta tasa comenzó a descender hasta llegar a tres 3 hijos en 1990-95; en menos de medio siglo la fecundidad en Colombia desciende en un 60%. En un país con una gran heterogeneidad cultural, niveles de desarrollo desiguales entre regiones y subregiones, condiciones de vida muy distintas entre las zonas urbanas y rurales y entre clases sociales medias, altas y bajas, la transición de la fecundidad no ha sido un proceso homogéneo. Este es el contexto de cambios en los valores y actitudes hacia la anticoncepción, el tamaño de familia que inicialmente tomaron fuerza en las zonas urbanas, más tarde y en menor medida comenzaron a difundirse en las zonas rurales. Las mujeres que iniciaron la transición de la fecundidad y entre quienes los descensos han sido mayores, son mujeres urbanas con los mayores niveles de educación y empleo, y que pertenecen a los estratos más altos, lo cual evidencia la heterogeneidad del proceso. Aunque el proceso lo lideraron las mujeres urbanas, en las zonas rurales también ha bajado la fecundidad notablemente. Sin embargo, el rezago de la fecundidad rural con respecto a la urbana es de dos décadas, los niveles rurales de finales de siglo, se habían alcanzado en las zonas urbanas en los años 70s. Los diferenciales son notables por nivel educativo, tanto en la tasa total de fecundidad como en el uso de anticonceptivos.

- El crecimiento extraordinario de la década de los 50s y que se prolonga hasta mediados de los años 60s permitió que el gobierno aceptara la entrada de los programas de control natal. Durante las primeras décadas del proceso de transición, el gobierno colombiano no tuvo una política de población explícita, ni un soporte fuerte a la implantación de programas de planificación familiar. Desde mediados de los años 60 hasta la actualidad, el sector privado ha liderado la prestación de estos servicios en todo el país. En la actualidad, para la prestación de servicios hay una coordinación entre PROFAMILIA organización no gubernamental que atiende la mayor parte de la demanda en planificación familiar y diferentes instituciones del Sistema General de Seguridad Social en el marco de la atención pública del país. Las acciones del sector

privado se enmarcan dentro del apoyo financiero y la asesoría técnica de organismos internacionales que promueven las políticas de población legitimadas en las conferencias mundiales, en las cuales se propone la planificación familiar como estrategia para la integración de la mujer al desarrollo social y el control del crecimiento de las poblaciones.

- Entre los países de América Latina, Colombia es un caso en el que se alcanzó rápidamente un descenso drástico de la fecundidad (desde que se inició la transición hasta avanzada la década de 1.980); este descenso solo fue superado por Chile, Cuba y Costa Rica. En la última década el descenso de la fecundidad se ha estancado. En el país también evidente la heterogeneidad del proceso de transición observado en el conjunto de la región, las zonas rurales alcanzaron el descenso de las zonas urbanas con dos décadas de retraso, y entre los países de América Latina, Colombia está en la segunda etapa de la transición con mortalidad baja y fecundidad moderada. Comparativamente en la región el país tiene un índice de riesgo reproductivo medio, lo cual indica avances relativos en disminuciones de la morbilidad y la mortalidad reproductiva y en la calidad y cobertura de los servicios de salud. Sin embargo, los indicadores permiten pensar que en materia de derechos reproductivos aún hay metas importantes por alcanzar.

El modelo reproductivo de Bogotá

Análisis sobre las tendencias y diferenciales de la fecundidad, la nupcialidad y la anticoncepción basados en las últimas grandes encuestas realizadas en el país en 1976, 1986, 1990, 1995 y 2000 permiten concluir lo siguiente:

- En Bogotá en las tres últimas décadas del siglo se evidencia un proceso de transición de la fecundidad temprano que tiende a la estabilidad. A diferencia, en el conjunto de Colombia se ha dado un cambio acelerado, con lo cual a finales de siglo el país se aproxima cada vez más a las características de la capital. En estos años en Bogotá son más bajos los niveles de las tasas general, total y por edades de fecundidad, en tanto que las edades medias a la primera maternidad y a la maternidad general son más altas. En Bogotá, el calendario de la fecundidad es más sensible porque en mayor medida se retrasa cada vez más la edad a la maternidad a medida que avanza el proceso de

transición. Además, en la ciudad la estructura de la fecundidad aparece rejuvenecida en comparación con el conjunto del país, con lo cual se evidencia un proceso de transición avanzado en el que ha habido una mayor contribución de las mujeres jóvenes a la fecundidad; de hecho, la capital registra el mayor crecimiento de la fecundidad adolescente en los últimos 30 años. En las generaciones bogotanas que iniciaron su vida reproductiva desde mediados de siglo, también se observa una estructura por edad rejuvenecida con tasas menores que las del conjunto del país, esto indica que los cambios de la ciudad ocurrieron desde los años 50.

- Con una orientación similar al conjunto de América Latina y al conjunto del país, en Bogotá también se observa un proceso de transición heterogéneo entre grupos sociales. Aumentos de la cobertura de la educación en el país, particularmente en Bogotá, ocurridos de los años 50 en adelante se evidencian en el crecimiento constante del promedio de años de educación formal de las mujeres en edad fértil. Entre las generaciones bogotanas nacidas en 1925-60 regularmente se observa una relación inversa entre el número de hijos y el promedio de años de educación formal: las mujeres que no han tenido hijos tienen más años de educación formal que las mujeres con hijos, y a medida que aumenta el número de hijos disminuye la educación. Las mujeres unidas con 25 y más años, tienen promedios de educación significativamente menores que las mujeres nunca unidas en todos los años observados.

- A partir de la historia reproductiva de las generaciones nacidas en las décadas de 1930, 1940 y 1950 se observan cambios en intensidad de la fecundidad propios de un proceso de transición. Tanto en Bogotá como en el conjunto del país, las probabilidades de crecimiento de la familia descenden a medida que descende la fecundidad. Los descensos son más sensibles entre las generaciones que vivieron su vida reproductiva desde mediados de los años 60, y que son las que mayor influencia recibieron de los cambios demográficos ocurridos desde ese entonces. En Bogotá, las probabilidades de crecimiento siempre son menores que las del país, y con el paso de los años los descensos de la capital han sido cada vez más rápidos. A pesar de todos estos cambios, las poblaciones crecientes del país y la capital aún tienen tasas de reproducción por encima del nivel de reemplazo.

- En las tres últimas décadas del siglo, en Bogotá la fecundidad de las adolescentes aumenta en un 50%, mientras que las tasas de los demás grupos etáreos tienen descensos notables. A este aumento han contribuido principalmente las mujeres de 18 y 19 años, quienes han vivido en mayor proporción la experiencia de la maternidad. Por el contrario, en el mismo periodo la fecundidad adolescente del país tiene un descenso leve, en tanto que las tasas de los demás grupos de edad registran descensos muy acentuados. Sin embargo, la tasa de fecundidad y la proporción de madres de 15-19 años en los últimos 5 años tienden a la estabilidad en las dos áreas, y por esta razón resulta interesante el seguimiento de nuevas encuestas. Estas son las tendencias observadas, a pesar de que la prevalencia de anticonceptivos de las adolescentes aumentó en más de un 100% entre 1976 y el año 2000, tanto en Bogotá como en el conjunto del país. Sin embargo, los aumentos del país fueron mayores que los de Bogotá, lo cual puede favorecer el que la fecundidad adolescente sea mayor en la ciudad.

- Tanto en el conjunto del país como en la capital, en la última cuarta parte del siglo la nupcialidad total tiende a aumentar, esta tendencia se explica principalmente por el aumento extraordinario de las uniones consensuales que se compensa con disminuciones notables de las uniones legales, y aumentos moderados de la viudez y las separaciones conyugales. Aunque con el paso de los años, en mayor medida las uniones se disuelven por separación o viudez, sobre todo en Bogotá, aún son mucho mayores los aumentos de la nupcialidad total. Estos cambios, que indican tendencias hacia la modernización de los patrones de nupcialidad son más acentuados en Bogotá, donde según lo esperado, la edad media a la primera unión es cada vez más alta. Esto significa que en la capital las mujeres se casan tardíamente, pero hay más primeras uniones por cada mil mujeres en comparación con el conjunto del país.

- Las generaciones bogotanas más jóvenes (las nacidas entre 1965-80) retrasan las edades a la primera unión, y al mismo tiempo son las que han contribuido en mayor medida al aumento de la nupcialidad total. Aunque en Bogotá las edades a la primera unión son tardías en comparación con el conjunto del país, al interior de la ciudad las generaciones más jóvenes (nacidas en 1965-79) tienen estructuras de edad rejuvenecidas en comparación con otras generaciones más antiguas (nacidas en 1951-65). En la ciudad, los aumentos de la nupcialidad total también se evidencian en las tres últimas

décadas del siglo, cuando crece el ISPN y las curvas por edad de la primonupcialidad se desplazan a la derecha. Es más, en el país se observa esta misma tendencia pero con niveles menores en todas las series analizadas.

- En la última cuarta parte del siglo en Colombia el uso de anticonceptivos entre las mujeres unidas ha aumentado notablemente. En Bogotá también ha habido aumentos pero menos acentuados. Similar a las tendencias observadas en la fecundidad, la prevalencia de anticoncepción indica cambios más acelerados en el país en comparación con Bogotá, donde los niveles de uso tienden a la estabilidad con ascensos leves en los últimos años observados. Sin embargo, en Bogotá, donde se alcanzó un control temprano de la fecundidad, las proporciones de uso son mayores que las del país en todas las cinco encuestas analizadas.

- Según la prevalencia de anticoncepción observada en las generaciones nacidas en 1941-75 y las generaciones nacidas en 1960-90, en la capital se vivió un proceso de cambio temprano en comparación con el país, que se ha mantenido aproximadamente estable en los últimos 30 años. Y según las observaciones para el año de la encuesta, en la capital los niveles de uso de anticonceptivos por edad son muy similares entre 1986 y el año 2000, con niveles más altos que los del país en todos los años observados. Una vez más, las observaciones transversales y las longitudinales confirman la estabilidad de indicadores referidos al comportamiento reproductivo de las mujeres bogotanas.

- En las tres últimas décadas del siglo, los quinquenios fértiles con las mayores proporciones de usuarias de anticonceptivos incluyen la edad media a la primera maternidad y la edad media a la maternidad. Sin embargo, el uso de anticonceptivos continúa intenso entre los 25 y 40 años, edades en las que por lo general ya se ha alcanzado el tamaño de familia deseado. Entonces, puede pensarse que el impacto del uso de anticonceptivos en el descenso de la fecundidad se da especialmente después del segundo quinquenio fértil con lo cual se controla preferencialmente el tamaño final de familia. En Bogotá, la tendencia es similar a la del país, aunque las prevalencias de uso por edad casi siempre son mayores en las distintas edades y las diferentes encuestas observadas, el incremento porcentual de las proporciones de usuarias en los distintos quinquenios de edad es superior en el país. Pero, los aumentos de las tasas del país han sido muy acelerados, en tanto que los aumentos de Bogotá han sido moderadas, con lo

cual, a medida que pasa el tiempo, las diferencias entre el país y la capital son cada vez menores.

- Desde mediados de los años 80s en Colombia la esterilización femenina ha sido la estrategia más utilizada, y desde entonces su uso aumenta acentuadamente hasta finales de siglo. Al mismo tiempo se han dado descensos notables del uso de la píldora y el dispositivo intrauterino. Sin embargo, en Bogotá el DUI se ha mantenido como el método más utilizado. La esterilización femenina en Bogotá crece aceleradamente entre los años 70s y 80s, y desde entonces su crecimiento se estabiliza hasta finales de siglo, manteniendo siempre en todos esos años, el segundo lugar como estrategia anticonceptiva utilizada por las mujeres unidas. En Bogotá los métodos masculinos (condón, retiro, esterilización) mantienen aumentos moderados desde los años 90s.

- En Bogotá, se observan cambios interesantes en el uso de anticonceptivos en los distintos grupos de edad. Entre las jóvenes de 15 a 19 años, el DIU y la píldora pierden importancia relativa a medida que aumenta el uso de los métodos masculinos. Entre los 20 y 30 años, es explicable que la esterilización femenina se muy baja, durante todo el periodo observado porque estas son las edades preferenciales para tener los hijos. Entre tanto, el DIU se mantiene como el método más utilizado durante todo el periodo. Además, el uso de métodos masculinos también aumenta en estas edades. Entre los 30-34 años, llama la atención el aumento del uso del DIU, paralela a disminuciones en el uso de la píldora, y a aumentos moderados pero evidentes de la esterilización femenina. A partir de los 35 años la esterilización femenina es la estrategia de control más utilizada, con aumentos progresivos evidentes desde 1985 hasta finales de siglo, y a medida que aumenta la edad las proporciones de uso son cada vez mayores.

- En los últimos 30 años del siglo, tanto en Bogotá como en el conjunto del país, se evidencian cambios paralelos en la fecundidad y la anticoncepción: a medida que aumenta la prevalencia de anticonceptivos, disminuye la intensidad de la fecundidad. Sin embargo, los cambios del conjunto del país han sido más dinámicos que los de la capital. En Bogotá, se registran prevalencias menores que en el conjunto del país, en tanto que la fecundidad, con niveles más bajos en todos los años observados, tiende a la estabilidad. Esto significa que en la capital hubo un control precoz estable que contribuyó a deprimir la fecundidad a los niveles más bajos. En las últimas tres décadas

Bogotá alcanza la fecundidad más baja con el uso de anticonceptivos más alto, lo cual indica que la capital tiene la vanguardia en la modernización de los patrones reproductivos.

- Hay una clara correspondencia entre el patrón por edad de la fecundidad y el patrón por edad de la anticoncepción: niveles mínimos en los 15-19 años, ascenso precipitado en el segundo quinquenio y descensos acentuados en los dos últimos quinquenios del periodo fértil. En el segundo quinquenio el uso de anticonceptivos aumenta notablemente a pesar de aquí están la mayor fecundidad y la edad media a la primera maternidad y también la edad media a la primera unión. En las edades intermedias (25-40 años) el uso de anticonceptivos se mantiene estable en los niveles más altos, en tanto que la fecundidad ha caído bruscamente desde los 25 años. Esto permite pensar que el control tiene más importancia en limitar el tamaño de familia, una vez se han tenido los hijos deseados a edades tempranas. Al final del periodo fértil cuando los riesgos de embarazo son menores, coinciden niveles mínimos de fecundidad y el menor uso de anticonceptivos entre las mujeres unidas.

- El patrón de fecundidad y nupcialidad están vinculados: la gran mayoría de primeras uniones ocurren a edades muy tempranas, en los primeros quinquenios del periodo fértil con una edad media cercana a los 20 años, igualmente, la edad a la primera maternidad y las mayores tasas de fecundidad por edad están en el segundo quinquenio. A partir de los 25 años las tasas de primeras uniones descienden progresivamente, y también descienden las tasas de fecundidad por edad, hasta que finalmente la nupcialidad y la fecundidad tienden a cero a medida que avanza el periodo reproductivo. Además, tanto en el país como en la capital es evidente que a medida que aumentan las edades a la primera unión y a la primera maternidad, desciende la fecundidad. Sin embargo, este proceso es más sensible en Bogotá, lo cual indica que allí la tendencia a la modernización de los patrones es más acentuada. En comparación con el conjunto del país, entre las mujeres bogotanas es más alta la intensidad de la nupcialidad, estas mujeres en promedio se unen a edades más tardías, y tienen menos hijos con un control natal muy alto y estable en los últimos 30 años.

- En el país y en la capital, la nupcialidad no ha tenido una influencia importante en el descenso de la fecundidad, el cual puede vincularse principalmente con el aumento del

uso de anticonceptivos: en las últimas tres décadas del siglo la proporción de unidas usuarias de anticoncepción ha venido aumentando notablemente, sobre todo en el conjunto del país, donde el descenso acelerado de la fecundidad durante el periodo va acompañado de un aumento extraordinario del uso de anticonceptivos. En Bogotá el uso de anticonceptivos ha aumentado moderadamente, al tiempo que la fecundidad se ha mantenido casi estable, relativamente a niveles bajos. La nupcialidad total tiende a aumentar en ambas áreas, con menores niveles en Bogotá en casi todos los años observados, por el mayor peso de las separaciones conyugales y en menor medida de la viudez.

9.2 Trayectorias reproductivas en el contexto de la transición de la fecundidad

- El análisis armónico cualitativo (AHQ), método biográfico descriptivo con el cual se analizaron las cohortes de mujeres residentes en Bogotá, es una metodología apropiada para identificar la heterogeneidad de las trayectorias reproductivas. En cada cohorte se estableció que la trayectoria de anticoncepción marca la heterogeneidad de la muestra porque a partir de ella se pudieron identificar grupos bien caracterizados. Además, se puede concluir que con los procedimientos de recodificación seguidos en el tratamiento de las variables longitudinales, se pudo mantener el orden y la cronología de los eventos de anticoncepción y nupcialidad ocurridos, porque así lo indica la consistencia de las tipologías identificadas. Se encontró que las trayectorias de anticoncepción y nupcialidad, y la situación sociodemográfica al momento de la encuesta indican patrones de fecundidad heterogéneos al interior de las muestras.

- Las tipologías identificadas en las cohortes estudiadas permitieron asociar cambios en las experiencias reproductivas individuales, con otros cambios demográficos y sociales más generales ocurridos en el conjunto de la ciudad. Así fue posible, a un nivel exploratorio, vincular el devenir individual con algunos aspectos de acontecer macrosocial, confirmando la heterogeneidad de los procesos de transición de la fecundidad evidenciados en el conjunto de Bogotá, también en el país, e incluso en América Latina. Estos procesos de cambio se evidencian en el siguiente orden:

- La cohorte nacida en 1935-39 con vida reproductiva en 1950-84, tiene un comportamiento reproductivo influenciado por el contexto demográfico dominante en esos años. Los tres

primeros quinquenios de la vida fértil de estas mujeres transcurrieron en una época en la que aún no se había iniciado la transición de la fecundidad en la ciudad. En el conjunto de la muestra hay una trayectoria de anticoncepción de intensidad muy baja, por el contrario, la trayectoria de unión conyugal tiene intensidad muy alta. Además, al momento de la encuesta hay una paridez muy alta y uso de anticonceptivos muy bajo (en comparación con las otras cohortes). Sin embargo, más allá de las características del conjunto de la muestra, al interior de la cohorte hay una heterogeneidad que indica la coexistencia de grupos de mujeres que mantuvieron patrones tradicionales de fecundidad y grupos de mujeres que modificaron su comportamiento reproductivo. Puede pensarse que el proceso de transición heterogéneo observado en la población general se refleja en el comportamiento reproductivo de estas mujeres: en uno de estos grupos predominan las mujeres trabajadoras con baja educación pertenecientes a estratos medios y bajos, con paridez intermedia y un uso relativamente alto de anticonceptivos. Esto significa que aún antes de que se evidenciara el inicio de la transición de la fecundidad en la población general, ya había grupos de estratos medios y bajos que lograban descensos en los niveles de paridez mediante la anticoncepción; los resultados de este estudio indican que no solo las mujeres de estratos altos y alta educación lideraron los procesos de transición de la fecundidad. Si se tiene en cuenta que en Bogotá los cambios en el comportamiento reproductivo se observan desde los años 50, y que en las últimas décadas hay una casi estabilidad de los indicadores de nupcialidad y fecundidad, principalmente en los indicadores de intensidad y calendario, no es de extrañar que en la cohorte más antigua (de las estudiadas) se encuentren comportamientos transicionales evidentes. Además, en los grupos identificados en la cohorte la trayectoria de nupcialidad es muy similar. Por el contrario, la trayectoria de anticoncepción es distinta en cada grupo y marca una heterogeneidad bien definida en cada grupo. En la población general de Bogotá, aún en las generaciones que iniciaron su vida reproductiva paralelamente a los de esta cohorte, también se observa que la nupcialidad no ha tenido mayor influencia en el comportamiento reproductivo de la población, en tanto que la anticoncepción se asocia con los grandes cambios evidenciados.

- La cohorte nacida en 1965-79 vivió parte de su periodo reproductivo en 1969-84, cuando ya se habían dado cambios importantes en el comportamiento reproductivo y la situación social de las mujeres de la población general. Las características sociodemográficas de la cohorte al momento de la encuesta están influenciadas por ese contexto: en comparación con la cohorte más antigua estas mujeres tienen una paridez relativamente baja, una educación intermedia, un patrón de nupcialidad tradicional y el calendario de la fecundidad también indica un patrón tradicional, a pesar de que el uso de anticonceptivos es relativamente alto. Además, en comparación con la cohorte más antigua, en esta cohorte no hay una diferencia muy acentuada entre los tiempos acumulados de unión conyugal y los tiempos de uso de anticonceptivos, lo cual indica que la mayor parte del tiempo que las mujeres están unidas usan algún anticonceptivo. En la cohorte se identifica una tipología compuesta por dos grupos con comportamientos reproductivos bien diferenciados. Con una orientación similar a la observada en la población general de la ciudad,

uno de los grupos al momento de la encuesta tiene condiciones sociales relativamente precarias y patrones tradicionales de nupcialidad y fecundidad, entre esas mujeres de estrato bajo y baja educación en su mayoría, hay un uso de anticonceptivos relativamente alto. Además en este grupo la trayectoria de anticoncepción es muy intensa a partir de los 25 y se mantiene en los niveles más altos hasta el final del periodo observado. Este es un comportamiento típico de los estratos bajos del conjunto de la ciudad y también del país, que controlan el tamaño de familia después de haber tenido uniones precoces y relativamente altos niveles de fecundidad alcanzados a edades tempranas generalmente mediante la esterilización, método acumulativo con el que se incrementan los tiempos de protección. Otro de los grupos identificados en la cohorte tiene patrones modernos de fecundidad y nupcialidad junto con condiciones sociales relativamente favorables. Entonces, es este caso también se puede observar la influencia del contexto demográfico sobre la trayectoria reproductiva, tal como se evidencia en la población general, los cambios propios de la transición han sido heterogéneos entre grupos sociales.

- La cohorte nacida en 1965-79, conformada por mujeres jóvenes de estratos medio y bajo, vivió parte de su periodo reproductivo en 1979-94 cuando la transición de la fecundidad en la ciudad estaba avanzada. Las mujeres de esta cohorte son jóvenes con niveles de nupcialidad altos a edades precoces. En el conjunto de la ciudad también se ha observado que las generaciones más jóvenes, las nacidas desde mediados de los años 60 en adelante, son las que han contribuido en mayor medida al aumento de la nupcialidad total. El aumento de la nupcialidad total en la ciudad también se refleja en incrementos constantes del ISPN y aumentos en las tasas de primonupcialidad por edad en las tres últimas décadas del siglo. Además, en la cohorte hay una edad al primer hijo muy temprana con un bajo uso de anticonceptivos. Paralelamente, en el conjunto de la ciudad se evidencian contribuciones cada vez mayores de las mujeres más jóvenes a la fecundidad, que se reflejan no solo un rejuvenecimiento de la estructura de edad, sino también en los aumentos de la fecundidad adolescente. En la cohorte se identifica una tipología con dos grupos bien caracterizados que definen la heterogeneidad de la muestra: uno de ellos, aunque minoritario en el conjunto de la muestra, tiene características similares a los grupos de población general con procesos de transición de la fecundidad tardíos y condiciones sociales relativamente desfavorables: mayor proporción de mujeres de estrato bajo con menor nivel educativo, menor proporción de trabajadoras, mayor proporción de mujeres unidas, edad temprana a la primera unión y al primer nacimiento, mayor paridez y menor uso de anticonceptivos (en el año anterior a la encuesta). En este grupo, después de los 23 años los perfiles biográficos de nupcialidad y anticoncepción tienen intensidades máximas, lo cual indica un control de la fecundidad conservando patrones tradicionales entre mujeres que pasan la mayor parte del tiempo de su trayectoria en unión conyugal. En estratos bajos de la población general el uso de anticonceptivos creciente tampoco altera los patrones tradicionales de fecundidad porque el control es más frecuente del tercer quinquenio fértil en adelante. El otro grupo, que representa un poco menos la mitad de la muestra, tiene condiciones similares a los grupos de población general que llevan la vanguardia en el descenso de la fecundidad y que tienen condiciones

sociales relativamente favorables: predominio del estrato alto, un mayor nivel educativo, una mayor proporción de mujeres trabajadoras, una menor proporción de unidas, una edad tardía a la primera unión y al primer nacimiento, junto con baja paridez y mayor uso de anticonceptivos. Este es un comportamiento típico de mujeres urbanas del país, entre las mujeres bogotanas en edad fértil se observa que la educación marca diferencias muy acentuadas en la nupcialidad y la fecundidad en todas las generaciones que vivieron su vida reproductiva en la segunda mitad del siglo, lo cual indica que el comportamiento reproductivo es heterogéneo entre grupos sociales.

- En el marco del análisis transversal y longitudinal clásico de la demografía se analizaron las grandes encuestas de fecundidad de Colombia en los últimos 30 años, con indicadores de intensidad, calendario y estructura por edad de la fecundidad, la nupcialidad y la anticoncepción. Así, se valoró la dinámica de la población de Colombia y Bogotá en la segunda mitad del siglo, generalmente a partir de análisis bivariados. Sin embargo, la complejidad de aspectos cambiantes que ocurren simultáneamente en una realidad compleja, se pueden valorar parcialmente con este tipo de métodos. Dado que distintos estudios realizados anteriormente han confirmado la heterogeneidad de la transición de la fecundidad tanto en el país como en el conjunto de América Latina, en esta tesis se optó por realizar adicionalmente, un análisis biográfico descriptivo en tres cohortes de mujeres residentes en Bogotá que permitiera identificar la heterogeneidad de estos procesos. Los hallazgos del estudio permiten concluir que la perspectiva biográfica aplica, es apropiada para identificar procesos de transición de la fecundidad heterogéneos ocurridos en la ciudad en grupos poblacionales específicos. Precisamente, en este aspecto se evidencia la bondad del análisis de datos individuales en el marco de las historias de vida. Además, se estableció que la perspectiva demográfica clásica, enriquece y complementa el análisis de las biografías, porque a partir de ella se pueden reconstruir y vincular los cambios demográficos más generales de la ciudad y el conjunto del país, con los datos individuales de las trayectorias reproductivas. De esta forma, más allá de la tendencia demográfica general, fue posible al interior de este proceso valorar la heterogeneidad de cohortes que vivieron su trayectoria reproductiva en distintos momentos de la transición de la fecundidad. Entonces, se concluyó que en comparación con el conjunto del país, en los últimos 50 años en Bogotá se ha vivido un proceso de transición de la fecundidad temprano que tiende a la estabilidad, y que dentro de esta relativa estabilidad del conjunto de la población, el proceso es muy heterogéneo porque diferentes grupos sociales tienen comportamientos reproductivos

distintos, en buena parte por la influencia del contexto demográfico en el cual transcurren sus historias de vida.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

ALLISON P. (1984) *Event History Analysis: Regression for Longitudinal Data*. Sage.

ARANGO J. (1980) La teoría de la transición demográfica y la experiencia histórica. *Revista Española de Investigación Sociológica*.

BARBARY O. (1996) *Análisis Tipológico de Datos Biográficos en Bogotá*. Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Matemáticas y Estadística. Santafé de Bogotá.

BARBARY Oliver (1996) *Análisis tipológico de datos biográficos en Bogotá*. Universidad Nacional. Departamento de Matemáticas y Estadística. Bogotá.

BARBARY Oliver (1996) Una aplicación del análisis armónico cualitativo: la tipología de trayectorias individuales. *Memorias seminario de investigación y capacitación en recolección y análisis de datos longitudinales*. Universidad Nacional. Departamento de Matemáticas y Estadística. Bogotá.

BARBARY Oliver (1994) El análisis armónico cualitativo, principios, programación y perspectivas de aplicación. *Simposio de estadística*. Universidad Nacional. Departamento de Matemáticas y Estadística. Bogotá.

BARBARY Oliver (1994) El análisis estadístico de datos biográficos en ciencias sociales. *Simposio de estadística*. Universidad Nacional. Departamento de Matemáticas y Estadística. Bogotá.

BECKER G. (1981) *A Treatise on the Family*. Harvard University Press. Cambridge.

BECKER G. (1960) *An Economic Analysis of Fertility*. Demographic and Economic Change in Developed Countries. Princeton University Press. Princeton.

BERTAUX D. (1980) El Enfoque Biográfico: su validez metodológica y sus potencialidades. En: *Cuadernos Internacionales de Sociología*. Vol. LXIX. Paris.

BERQUÓ E. (1993) La cuestión confrontación sur-norte. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. México.

BONGAARTS J. (2002) The End of the Fertility Transition in Developed World. Population and Development Review. Vol.28 No.3 Sep.

BONGAARTS J., POTERS R., (1983) Fertility, Biology and Behaviour. An Analysis of the Proximate Determinants. Academic Press. New York.

BONGAARTS J. (1978) A Frame Work for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility. Population and Development Review. Vol.4. No.1.

CABRÉ A. (1993) Volverán Tórlolos y Cigueñas. Estrategias Familiares. Luis Garrido, Enrique Gil Eds., Alianza Universidad. Madrid.

CADWELL J. (1982) Theory of Fertility Decline. Academic Press. London.

CADWELL J. (1978) The Flow of Welfare Theory. The Australian National University. Australia.

CELADE (2004) Boletín Demográfico No.73, AÑO XXXVII, Santiago de Chile.

CELADE. (1993) La transición demográfica en América Latina desde 1950. Cuarta conferencia latinoamericana de población. Ciudad de México.

CELADE (1990) América Latina: Transición de la Fecundidad en el Periodo 1950-1990. LC/DEM./R.85. Serie A, No.200. Santiago de Chile.

COSÍO ZAVALA M. (1998) Chagements Demographiques en Amérique Latine. Savoir Plus Universités. ESTEM, Paris.

COSÍO ZAVALA M. (1994) Changements de Fecondité au Mexique et Politiques de Population. Editions de L'Institut des Hauter Etudes de l'Amérique Latine. Paris.

COSÍO ZAVALA M. (1993) La transición demográfica en América Latina. Papers de Demografía. Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra (Barcelona).

COURGEAU D. (1996) Los conceptos de la observación logitudinal y biográfica en demografía. Seminario sobre recolección y análisis de datos longitudinales. ORSTOM. Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Matemáticas y Estadística. Bogotá.

COURGEAU D. LELIEVRE E. (1989) The Event History Approach in Demography. INED. Paris.

DAVIS K., BLAKE J. (1956) Social Structure and Fertility: an Analitic Framework. Economical Development and Cultural Change, 4:211-235.

DANE. www.dane.gov.co (actualización 2004)

DIXON R., GERMAIN A. (1997) Reproductive Health and the Demographic Imagination. Seminar on Female Empowerment and Demographic Proces: Moving Beyond Cairo. IUSSP. PROP. Sweden.

DUREAU F. et al., (2000) Aguaitacaminos, TM Editores, Ediciones Uniandes/CEDE, IDR/UMR REGARDS. Bogotá.

EPSTEIN E. Et al. (1994) Evaluation of the Family Planning Logistics Management II. (FPLM II) Project. POPTECH Report No.94-009-006.

FEATHERMAN D. (1980) Retrospective Longitudinal Research: methodological considerations. Journal of Economics and Business 32.

FEDERICI N., MASON K., SOGNER S. (1993) Women's Position and Demographic Change. Clarendon Press. Oxford.

FERRÁN M. (s.f.), SPSS para windows. Programación y análisis estadístico. Mc Grow Hill. Madrid.

FLOREZ C., NÚÑEZ J., (2002) Teenage Childbearing in Latin American Countries. Documento CEDE 2002-01 ISSN 1657-7191.

FLOREZ C. (2000) Las transformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX. Tercer Mundo. Bogotá.

FLOREZ C. (1990) El impacto de la transición demográfica en la formación de la familia en Colombia. Ediciones UNIANDES. Bogotá.

GARCÍA B., CAMARENA R., SALAS G. (1999) Mujeres y relaciones de género en los estudios de población. Mujer, género y población en México. SOMEDE. Mexico.

GERMAIN A., ORDWAY J. (1989) Control de población y salud de las mujeres. Equilibrando la balanza. International Women Health Coalition. New York.

GIRARD F. (1999) Cairo + Five: Reviewing Progress for Women Five Years after the International Conference on Population and Development. Journal of Women's Health. Toronto. V.1, No.1.

GODARD F. (1995) El Debate y la Práctica sobre el Uso de las Historias de Vida en las Ciencias Sociales. Cuadernos del CIDS. Universidad Externado de Colombia. Santa Fé de Bogotá.

GUZMAN J. Et al. (1996) The Fertility Transition in Latin America. Clarendon Press Oxford. New York.

HENRY L. (1984) Demographie. Analyse y Modéles. INED. Paris.

HODGSON D. WATKINS S. (1997) Feminist and Neomalthusians: Past and Present Alliances. Population and Development Review. Vol.23, Issue 3.

LIVI-BACCI M. (1993) Introducción a la Demografía. Editorial Ariel S.A., Barcelona.

MACRO INTERNATIONAL (2004) www.measuredhs.com (actualización).

MASON K. (1997) Explaining Fertility Transitions. Population Association of America. Washington.

MASON K., WULF D. (1996) La potenciación de la mujer y el cambio demográfico: qué sabemos?. Program on Population East-West Center. Hawaii.

MEDINA M. (2004) Reflexiones sobre los Paradigmas que Explican la Fecundidad. Papers de Demografia No.223. Centre d'Estudis Demogràfics. Univeritat Autònoma de Barcelona. Bellaterra. Barcelona.

MEDINA M. (2002) Transición de la fecundidad y salud reproductiva: dos enfoques relacionados. Memoria de Investigación. Programa de Doctorado en Demografía. Centro de Estudios Demográficos. Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra.

MEDINA M. et al. (1999) Historias reproductivas: maternidad, anticoncepción y aborto. Estudio de mil mujeres residentes en Bogotá. Instituto de Investigaciones Arthur Gillow. Imprenta INS. Santa Fe de Bogotá.

MEDINA M. (1999) Historia social del cáncer de seno. BIOMEDICA. Vol.19. Suplemento No.1. Bogotá.

OJEDA G., ORDÓÑEZ M. (1990) Colombia: población y planificación familiar. PROFAMILIA. Bogotá.

ONU (1994) Informe de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. El Cairo 5-13. E95.XXIII .18.

PÉREZ DÍAZ J. (2003) La madurez de masas. Observatorio de las personas mayores, Madrid, Imsero.

PNUD (2002), HUMAN DEVELOPMENT REPORTS. <http://hdr.undp.org>

POLLACK R. (1995) For Population Control to Reproductive Rights: Feminist Fault Lines. Reproductive Health Matters. V6.

POPTCH (1998) Family Planning and Population Programs in Colombia, 1965 to 1997. Report No.97-14-062.

POPULATION ACTION INTERNATIONAL (2001), Mundos diferentes. Informe de PAI. Washington. pubinc@popact.org

PREMANYER I. (2004), Les Enquestes Demogràfiques y de Salut, font bàsica per l'estudi de les transicions contemporànies de la fecunditat. Memoria de Recerca. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra.

PRESSAT R. (1987) Diccionario de Demografía. OIKUS-TAU. Barcelona.

PROFAMILIA. Encuestas de Prevalencia, Demografía y Salud (DHS). 1985, 1990, 1995, 2000.

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ministerio de Protección Social (2003), Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Bogotá,

RODRÍGUEZ J. (2003) Censos de la ronda 2000. Algunas líneas de uso de los microdatos de CELADE. Exposición realizada en el Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico. Universidad de los Andes. Bogotá.

ROLDAN J. (2004) La migración de colombianos a España. Una mirada desde los flujos y los stocks. Memoria de Investigación. Centro de Estudios Demográficos. Universidad Autònoma de Barcelona.

RUÍZ M. (2002) La regulación de la fecundidad: un estudio sociodemográfico de la anticoncepción, la esterilización, el aborto. El caso de España. Tesis Doctoral. Centro de Estudios Demográficos. Universidad Autònoma de Barcelona.

SELTZER J., GOMEZ F. (1998) Family Planning and Population Programs in Colombia 1965 to 1997. POPTECH Report No.97-114-062.

SINGH J. (2001) Un nuevo consenso en población. Icaria. Barcelona.

VAN DE KAA D. (1997) Narraciones ancladas: historia y resultados de medio siglo de investigaciones sobre los determinantes próximos de la fecundidad. Notas de Población. Año XXV. No.66. CEPAL CELADE. Santiago de Chile.

WELTI C. (1998) De la reproducción social a la salud reproductiva. Salud Reproductiva en América Latina y el Caribe. Editora 34. Sao Pablo.

YOUNG G., FORT L., DANNER M. (1994) Moving from the Status of Women to Gender Inequality: Conceptualisation, Social Indicators and Empirical Application. International Sociology. Vol. 9, No.1.

ZAMUDIO L., RUBIANO N. (1994) Las separaciones conyugales en Colombia. Ediciones Universidad Externado de Colombia. Bogotá.

ANEXO 1

CUADROS ESTADISTICOS

RECIENTES TRANSFORMACIONES DEMOGRÁFICAS EN AMÉRICA LATINA

CUADRO 3.1.1

TASAS DE CRECIMIENTO* DE LA POBLACIÓN MUNDIAL POR GRANDES ÁREAS. 1950-1995

REGIONES	1950-55	1955-60	1960-65	1965-70	1970-75	1975-80	1980-85	1985-90	1990-95
Conjunto del mundo	1.78	1.85	1.69	2.04	1.95	1.72	1.72	1.72	1.48
Países más desarrollados	1.12	1.18	1.1	0.81	0.79	0.65	0.57	0.6	0.4
Países menos desarrollados	2.05	2.15	2.36	2.52	2.37	2.08	2.08	2.04	1.77
América Latina	2.65	2.69	2.75	2.58	2.43	2.31	2.06	1.8	1.7

FUENTE: elaborado con base en COSÍO (1998)

*Tasa de crecimiento promedio anual %.

CUADRO 3.2.1

ESPERANZA DE VIDA AL NACER, TASA TOTAL DE FECUNDIDAD Y
TASA ANUAL DE CRECIMIENTO. AMERICA LATINA 1.950-2.000

AÑOS	1.950-55	1.955-60	1.960-65	1.965-70	1.970-75	1.975-80	1.980-85	1.985-90	1.990-95	1995-00
TTF	5.91	5.93	5.99	5.56	5.03	4.39	3.94	3.56	3.25	3
r	2.7	2.78	2.82	2.64	2.52	2.32	2.2	2.07	1.92	1.76
e°	52	55	57	59	61	63	65	67	68	69

FUENTE: Boletín Demográfico. Año XXVI, 48. CELADE 1.991

Fecundidad

CUADRO 6.1.1

TASAS MEDIAS DE FECUNDIDAD POR EDAD. TASA GENERAL Y TASA TOTAL DE FECUNDIDAD.
COLOMBIA 1971-99

Grupos Edad	71-75	81-85	85-89	90-94	1995-99	Cambio % 71-99
15-19	85.73	76.77	66.33	84.85	82.07	-4.28
20-24	200.19	168.00	147.04	175.03	132.43	-33.85
25-29	188.12	160.04	132.13	136.95	127.27	-32.35
30-34	173.62	107.08	87.50	89.73	93.23	-46.30
35-39	113.30	66.67	50.61	57.89	44.90	-60.37
40-44	55.04	32.56	17.93	21.70	14.97	-72.80
45-49	7.84	4.17	1.71	1.46	1.30	-83.41
TGF	128.26	103.51	86.79	92.42	78.76	-38.60
TTF	4.12	3.08	2.52	2.84	2.48	-39.80

FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000.

CUADRO 6.1.2

TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD. TASA GENERAL Y TASA TOTAL DE FECUNDIDAD.
BOGOTÁ. 1971-99.

Grupos Edad	71-75	81-85	85-89	90-94	1995-99	Cambio % 71-99
15-19	50.94	83.98	56.46	81.32	77.22	51.57
20-24	144.87	142.57	118.92	161.51	122.70	-15.30
25-29	104.27	129.41	128.57	103.14	114.29	9.60
30-34	110.77	70.40	82.16	70.59	95.36	-13.91
35-39	63.29	50.94	41.30	46.33	46.67	-26.27
40-44	15.79	10.13	13.74	9.72	13.21	-16.35
45-49	0.00	4.44	0.00	1.53	1.04	
TGF	78.35	89.43	77.09	80.00	73.95	-5.62
TTF	2.45	2.46	2.21	2.37	2.35	-4.07

FUENTE: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000.

CUADRO 6.1.3

EDAD MEDIA A LA MATERNIDAD
Y EDAD MEDIA A LA PRIMERA MATERNIDAD
BOGOTÁ.COLOMBIA. 1971-99

AÑOS	EDAD MEDIA PRIMERA MATEI	EDAD MEDIA MATERNIDAD**
COLOMBIA		
71-75	n.d.	26.85
81-85	22.19	27.77
85-89	23.11	27.2
90-94	22.8	26.9
95-99	23.04	26.86
BOGOTÁ		
71-75	n.d.	27.79
81-85	22.7	26.58
85-89	24.34	27.23
90-94	23.03	26.18
95-99	24.34	27.03

* Con base en los primeros nacimientos

** Con base en todos los nacimientos

FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000.

CUADRO 6.1.4

PROMEDIO DE AÑOS DE EDUCACIÓN FORMAL SEGÚN HIJOS HABIDOS DE LAS GENERACIONES NACIDAS EN 1925-60. BOGOTÁ.

GENERACIONES*	1925-36	1935-46	1941-50	1946-55	1951-60
Inicio vida reproduc.	1940-51	1950-61	1956-65	1961-70	1966-75
Año observación**	1976 (1)	1986 (2)	1990 (3)	1995 (4)	2000 (5)
HIJOS HABIDOS	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}	\bar{x}
0	5.1	6.9	9.0	11.35	12.6
1	5.2	6.5	7.3	8.19	8.7
2	4.4	5.2	7.9	7.79	9.3
3 y más	5.7	4.1	6.6	6.57	7.5
TOTAL	5.00	4.8	7.1	8.7	8.6

FUENTES: EMF 1976 (1); DHS 1986 (2); DHS 1990 (3); DHS 1995 (4); DHS 2000(5).

*Generaciones definidas por el quinquenio de nacimiento.

**Mujeres con 40 y más años en el momento de la observación.

CUADRO 6.1.5

PROMEDIO DE AÑOS DE EDUCACIÓN FORMAL SEGÚN HIJOS HABIDOS DE LAS GENERACIONES NACIDAS EN 1925-60*. INTERVALOS DE CONFIANZA. BOGOTÁ.

1925-36 (1)	No. casos	\bar{x} Años educación formal	Intervalos confianza**	
			Límite inferior	Límite superior
HIJOS HABIDOS				
0	14	5.1	3.18	3.96
1	9	5.2	5.00	10.60
2	11	4.4	1.59	7.30
3 y más	75	5.7	2.46	8.9
1935-46(2)	No. casos	\bar{x} Años educación formal	Intervalos confianza**	
HIJOS HABIDOS				
0	6	6.9	.64	9.69
1	12	6.5	3.28	9.72
2	15	5.2	4.20	9.53
3 y más	91	4.1	7.51	4.83
1941-50(3)	No. casos	\bar{x} Años educación formal	Intervalos confianza**	
HIJOS HABIDOS				
0	16	9.0	6.28	11.72
1	23	7.3	5.54	9.07
2	44	7.9	6.66	9.20
3 y más	149	6.6	5.86	7.33
1946-55(4)	No. casos	\bar{x} Años educación formal	Intervalos confianza**	
HIJOS HABIDOS				
0	5	11.35	8.54	14.16
1	14	8.19	6.32	10.06
2	72	7.79	6.84	8.74
3 y más	122	6.57	6.03	7.1
1951-60(5)	No. casos	\bar{x} Años educación formal	Intervalos confianza**	
HIJOS HABIDOS				
0	42	12.6	11.05	14.07
1	53	8.7	7.37	10.00
2	98	9.3	8.34	10.24
3 y más	213	7.5	7.01	8.09

* Mujeres con 40 y más años en el momento de la observación.

** Intervalos con un 95% de confianza

FUENTES: (1)EMF 1976; (2)DHS 1986; (3)DHS 1990; (4)DHS 1995; (5)DHS 2000.

CUADRO 6.1.6

TASAS DE FECUNDIDAD POR DE LAS MUJERES CON 15-19 AÑOS. COLOMBIA. BOGOTÁ. 1971-99.

AÑOS	71-75	81-85	85-89	90-94	95-99	Cambio % 71-99	Cambio % 85-99	Cambio % 90-99
Bogotá	50.94	83.98	56.46	81.32	77.22	51.57	36.75	-5.05
Colombia	85.73	76.77	66.33	84.85	82.07	-4.27	23.72	-3.27

FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000

CUADRO 6.1.7

PROPORCIÓN DE MUJERES DE 15-19 AÑOS QUE HA SIDO MADRE. BOGOTÁ. COLOMBIA. 1986-2000

BOGOTÁ								
EADAES	1986		1990		1995		2000	
	MADRES	PROPORC.	MADRES	PROPORC.	MADRES	PROPORC.	MADRES	PROPORC.
15	2	4.88	1	1.85	1	1.54	1	1.67
16	1	3.45	4	5.00	2	8.51	2	4.76
17	4	10.53	3	4.55	9	6.38	9	13.04
18	1	2.86	17	14.52	15	24.64	15	18.52
19	8	21.05	11	21.15	13	24.44	13	20.97
TOTAL	16	8.84	36	9.18	40	13.19	40	12.74
COLOMBIA								
EADAES	1986		1990		1995		2000	
	MADRES	PROPORC.	MADRES	PROPORC.	MADRES	PROPORC.	MADRES	PROPORC.
15	5	1.92	8	2.14	16	3.09	6	1.39
16	13	5.20	19	4.81	34	7.78	29	6.55
17	24	10.17	32	9.12	42	10.07	63	14.09
18	27	11.30	55	14.82	84	19.86	111	21.89
19	60	26.20	67	21.07	121	32.10	130	29.82
TOTAL	129	10.63	181	10.01	297	13.68	339	14.97

FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000

CUADRO 6.1.8

PREVALENCIA ACTUAL DE ANTICONCEPCIÓN
EN MUJERES UNIDAS CON 15-19 AÑOS
COLOMBIA. BOGOTÁ. 1976-2000

Años	1976		
	UNIDAS	SUARIAS*	%
Colombia	181	48	26.52
Bogotá	25	7	28.00
Años	1986		
	UNIDAS	USUA	UNI
Colombia	151	46	30.46
Bogotá	17	4	23.53
Años	1990		
	UNIDAS	USUA	UNI
Colombia	203	79	38.92
Bogotá	31	13	41.94
Años	1995		
	UNIDAS	USUA	UNI
Colombia	300	145	48.33
Bogotá	38	22	57.89
Años	2000		
	UNIDAS	USUA	UNI
Colombia	325	186	57.23
Bogotá	33	20	60.61

FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000

Nupcialidad

CUADRO 6.2.1
ESTADO CONYUGAL DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL
COLOMBIA 1976-2000

ENCUESTA	1976	1986	1990	1995	2000
Solteras	38.60	37.32	35.81	31.86	34.05
Casadas	52.57	33.83	31.27	29.05	25.04
Unidas		19.61	21.30	25.99	26.19
Viudas	1.90	1.97	1.67	1.43	2.07
Separadas	6.94	7.26	9.95	11.54	12.65
TOTAL MEF*	5378	5329	8640	11140	11587

EMF 1976 DHS 1986 DHS 1990 DHS 1995 DHS 2000

* Mujeres en edad fértil.

CUADRO 6.2.2
ESTADO CONYUGAL DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL
BOGOTÁ 1976-2000

ENCUESTA	1976	1986	1990	1995	2000
Solteras	44.75	38.33	35.45	33.47	36.41
Casadas	48.34	36.56	35.71	30.50	22.60
Unidas		15.09	17.92	23.89	25.47
Viudas	1.46	1.21	2.01	0.99	1.66
Separadas	5.44	8.81	8.90	11.16	13.87
TOTAL MEF*	753	908	1540	1515	1810

EMF 1976 DHS 1986 DHS 1990 DHS 1995 DHS 2000

* Mujeres en edad fértil.

CUADRO 6.2.3
PROPORCIÓN DE MUJERES UNIDAS* SEGÚN EDAD. COLOMBIA. 1976-2000

Grupo edad	1976 (1)	1986 (2)	1990 (3)	1995 (4)	2000 (5)
15-19	12.72	12.44	11.22	13.82	14.36
20-24	50.14	46.51	45.44	49.02	40.78
25-29	70.19	67.26	63.94	66.56	60.06
30-34	78.63	74.66	70.22	70.88	67.30
35-39	73.75	76.14	75.20	72.12	69.31
40-44	74.58	71.63	72.28	70.53	66.25
45-49	67.40	74.22	67.18	66.60	63.76
TOT. UNIDAS	2827	2848	4533	6127	5925

(1) EMF 1976 (2) DHS 1986 (3) DHS 1990 (4) DHS 1995 (5) DHS 2000

*Incluye matrimonios y uniones concensuales.

Nupcialidad

CUADRO 6.2.1
ESTADO CONYUGAL DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL
COLOMBIA 1976-2000

ENCUESTA	1976	1986	1990	1995	2000
Solteras	38.60	37.32	35.81	31.86	34.05
Casadas	52.57	33.83	31.27	29.05	25.04
Unidas		19.61	21.30	25.99	26.19
Viudas	1.90	1.97	1.67	1.43	2.07
Separadas	6.94	7.26	9.95	11.54	12.65
TOTAL MEF*	5378	5329	8640	11140	11587

EMF 1976 DHS 1986 DHS 1990 DHS 1995 DHS 2000

* Mujeres en edad fértil.

CUADRO 6.2.2
ESTADO CONYUGAL DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL
BOGOTÁ 1976-2000

ENCUESTA	1976	1986	1990	1995	2000
Solteras	44.75	38.33	35.45	33.47	36.41
Casadas	48.34	36.56	35.71	30.50	22.60
Unidas		15.09	17.92	23.89	25.47
Viudas	1.46	1.21	2.01	0.99	1.66
Separadas	5.44	8.81	8.90	11.16	13.87
TOTAL MEF*	753	908	1540	1515	1810

EMF 1976 DHS 1986 DHS 1990 DHS 1995 DHS 2000

* Mujeres en edad fértil.

CUADRO 6.2.3
PROPORCIÓN DE MUJERES UNIDAS* SEGÚN EDAD. COLOMBIA. 1976-2000

Grupo edad	1976 (1)	1986 (2)	1990 (3)	1995 (4)	2000 (5)
15-19	12.72	12.44	11.22	13.82	14.36
20-24	50.14	46.51	45.44	49.02	40.78
25-29	70.19	67.26	63.94	66.56	60.06
30-34	78.63	74.66	70.22	70.88	67.30
35-39	73.75	76.14	75.20	72.12	69.31
40-44	74.58	71.63	72.28	70.53	66.25
45-49	67.40	74.22	67.18	66.60	63.76
TOT. UNIDAS	2827	2848	4533	6127	5925

(1) EMF 1976 (2) DHS 1986 (3) DHS 1990 (4) DHS 1995 (5) DHS 2000

*Incluye matrimonios y uniones concensuales.

CUADRO 6.2.4
 PROPORCIÓN DE MUJERES UNIDAS* SEGÚN EDAD. BOGOTÁ. 1976-2000

Grupo edad	1976 (1)	1986 (2)	1990 (3)	1995 (4)	2000 (5)
15-19	11.32	9.39	10.54	13.92	10.44
20-24	47.44	45.05	42.91	52.45	38.65
25-29	63.25	61.18	67.01	64.81	54.36
30-34	80.00	69.60	70.95	65.13	66.67
35-39	75.95	77.36	79.89	66.67	65.00
40-44	72.37	68.35	70.23	68.75	60.38
45-49	52.08	75.56	58.42	67.94	57.81
TOT. UNIDAS	364	469	824	824	868

(1) EMF 1976 (2) DHS 1986 (3)DHS 1990 (4) DHS 1995 (5) DHS 2000

*Incluye matrimonios y uniones concensuales.

CUADRO 6.2.5
 NUPCIALIDAD TOTAL*.
 COLOMBIA. BOGOTÁ. 1976-2000

AÑOS	COLOMBIA		BOGOTÁ	
	Unidas	Proporción	Unidas	Proporción
1976	2827	52.57	364	48.34
1986	2848	53.44	469	51.65
1990	4533	52.44	824	53.47
1995	6127	55.00	824	54.39
2000	5925	51.14	868	47.90

*Incluye matrimonios y uniones concensuales.

EMF 1976 DHS 1986 DHS 1990 DHS 1995 DHS 2000

CUADRO 6.2.6
 SEPARACIONES CONYUGALES SEGÚN EDAD A LA ENCUESTA.
 COLOMBIA. 1976-2000

Grupo edad	1976 (1)	1986 (2)	1990 (3)	1995 (4)	2000 (5)
15-19	2.39	1.65	2.10	2.95	3.09
20-24	5.71	4.84	7.17	9.44	8.40
25-29	6.77	7.77	10.26	11.02	13.26
30-34	8.68	8.45	14.12	13.80	14.76
35-39	10.19	11.34	13.67	15.22	17.60
40-44	11.34	15.81	15.63	18.28	19.01
45-49	13.97	12.50	18.80	20.15	21.47
TOTALES	6.94	7.26	9.95	11.68	12.66

(1) EMF 1976 (2) DHS 1986 (3)DHS 1990 (4) DHS 1995 (5) DHS 2000

CUADRO 6.2.7
SEPARACIONES CONYUGALES SEGÚN EDAD A LA ENCUESTA.
BOGOTÁ. 1976-2000

Grupo edad	1976 (1)	1986 (2)	1990 (3)	1995 (4)	2000 (5)
15-19	0.94	0.00	0.68	2.93	3.16
20-24	3.21	4.46	4.73	7.17	7.67
25-29	5.13	9.41	8.16	6.97	14.63
30-34	3.08	11.20	12.86	16.81	15.61
35-39	10.13	16.98	11.41	18.08	19.58
40-44	10.53	22.78	12.98	15.97	21.23
45-49	20.83	11.11	27.72	20.61	23.44
TOTALES	5.44	8.70	8.89	11.16	13.85

(1) EMF 1976 (2) DHS 1986 (3)DHS 1990 (4) DHS 1995 (5) DHS 2000

CUADRO 6.2.8
ÍNDICE SINTÉTICO DE PRIMONUPCIALIDAD*. COLOMBIA. BOGOTÁ. 1971-99

1971-75 (1)	1981-85 (2)	1985-89 (3)	1990-94 (4)	1995-99 (5)	Cambio%76-99
642.11	704.50	770.77	877.17	769.27	19.80
669.91	740.14	832.22	1001.07	832.73	24.30

FUENTES: (1) EMF 1976 (2) DHS 1986 (3) DHS 1990 (4) DHS 1995 (5) DHS 2000

CUADRO 6.2.9
TASAS DE PRIMERAS UNIONES POR EDAD.
COLOMBIA. 1971-99

Grupo edad	1971-75 (1)	1981-85 (2)	1985-89(3)	1990-94 (4)	1995-99 (5)
15-19	60.26	57.56	57.75	55.07	62.49
20-24	49.56	53.36	57.15	48.93	49.89
25-29	18.60	17.41	27.74	26.32	27.01
30-34	14.39	9.08	6.89	9.16	10.96
35-39		1.52	2.49	3.27	3.04
40-44		1.97	2.13	0.73	0.47

FUENTES: (1) EMF 1976 (2) DHS 1986 (3)DHS 1990 (4) DHS 1995 (5) DHS 2000

CUADRO 6.2.10
TASAS DE PRIMERAS UNIONES POR EDAD.
BOGOTÁ. 1971-99

Grupo edad	1971-75 (1)	1981-85 (2)	1985-89(3)	1990-94 (4)	1995-99 (5)
15-19	54.03	56.93	51.93	78.33	55.10
20-24	57.55	57.00	66.06	72.35	56.62
25-29	22.40	21.42	34.07	33.90	36.92
30-34	19.34	12.68	10.16	10.64	13.58
35-39			2.54	3.55	3.47
40-44			1.69	1.46	0.85

FUENTES: (1) EMF 1976 (2) DHS 1986 (3)DHS 1990 (4) DHS 1995 (5) DHS 2000

CUADRO 6.2.11
 EDAD MEDIA A LA PRIMERA UNIÓN
 SEGÚN AÑO DE LA UNIÓN.
 COLOMBIA. BOGOTÁ. 1965-1999

AÑO UNIÓN	COLOMBIA	BOGOTÁ
1965-69 (1)	19.79	20.74
1970-74 (1)	19.94	20.66
1975-79 (2)	20.17	20.9
1975-79 (2)	20.17	20.9
1980-84 (2)	20.16	20.59
1985-89 (3)	21.03	21.95
1990-94 (4)	21.13	21.46
1995-99 (5)	21.1	21.97

FUENTE: (1) EMF 1976 (2) DHS 1986
 (3)DHS 1990 (4) DHS 1995 (5) DHS 2000

CUADRO 6.2.12
 EDAD MEDIA A LA PRIMERA UNIÓN, EDAD MEDIA A LA PRIMERA MATERNIDAD, .
 TASA TOTAL DE FECUNDIDAD. COLOMBIA. BOGOTÁ. 1981-99

	EMPU*		EMPM*		TTF*	
	Col	Bog	Col	Bog	Col	Bog
1981-85(1)	20.26	20.59	22.24	22.84	3.29	2.59
1985-89(2)	21.03	21.95	23.19	24.48	2.66	2.31
1990-94(3)	21.13	21.46	22.74	24.23	2.95	2.43
1995-99(4)	21.1	21.97	23	24.24	2.5	2.35

* Edad Media a la Primera Unión, Edad Media a la Primera Maternidad, Tasa total de fecundidad

** Periodo referencia: 1980-84

FUENTE: (1) DHS 1986 (2) DHS 1990 (3) DHS 1995 (4) DHS 2000

CUADRO 6.2.13
 PROMEDIO AÑOS EDUCACIÓN FORMAL SEGÚN UNIÓN CONYUGAL DE LAS MUJERES CON 25-49. BOGOTÁ. 1976-2000

AÑOS	1976		1986		1990		1995		2000	
UNIÓN	No. mujeres	Prom. Años educación formal	No. mujeres	Prom. Años educación formal	No. mujeres	Prom. Años educación formal	No. mujeres	Prom. Años educación formal	No. mujeres	Prom. Años educación formal
Alguna vez unidas	311	5.64	422	6.27	818	8.35	804	8.38	963	8.97
Nunca unidas	73	6.64	80	8.81	132	10.49	173	10.79	207	11
TOTAL	384	5.83	522	6.66	950	8.65	977	8.81	1170	9.32

CUADRO 6.2.14
 \bar{x} AÑOS EDUC FORMAL SEGÚN UNIÓN CONYUGAL
 DE LAS MUJERES CON 25-49. INTERVALOS DE CONFIANZA.
 SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA. BOGOTÁ. 1976-2000

1976	No. casos	\bar{x} Años educación formal	Intervalos confianza*		Significancia prueba T
			Límite inferior	Límite superior	
Alguna vez unidas	311	5.64	5.24	6.04	T=2,96
Nunca unidas	73	7.89	5.23	10.55	sig=.004

1986	No. casos	\bar{x} Años educación formal	Intervalos confianza*		Significancia prueba T
			Límite inferior	Límite superior	
Alguna vez unidas	422	6.27	5.89	6.65	T=5,10
Nunca unidas	80	8.81	7.83	9.79	sig=.000

1990	No. casos	\bar{x} Años educación formal	Intervalos confianza*		Significancia prueba T
			Límite inferior	Límite superior	
Alguna vez unidas	818	8.35	8.07	8.64	T=5,49
Nunca unidas	132	10.49	9.77	11.21	sig=.000

1995	No. casos	\bar{x} Años educación formal	Intervalos confianza*		Significancia prueba T
			Límite inferior	Límite superior	
Alguna vez unidas	804	8.38	8.10	8.66	T=7.06
Nunca unidas	173	10.79	10.12	11.46	sig=.000

2000	No. casos	\bar{x} Años educación formal	Intervalos confianza*		Significancia prueba T
			Límite inferior	Límite superior	
Alguna vez unidas	963	8.97	8.70	9.23	T=8,91
Nunca unidas	207	11	10.4	11.57	sig=.000

* Intervalos con un 95% de confianza

FUENTES: EMF 1976; DHS 1986; DHS 1990; DHS 1995; DHS 2000.

Anticoncepción

CUADRO 6.3.1
PREVALENCIA ACTUAL DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES UNIDAS.
COLOMBIA. BOGOTÁ. 1976-2000

AÑO	COLOMBIA			BOGOTÁ		
	Total unidas	Usuarías unidas	Prevalencia uso	Total unidas	Usuarías unidas	Prevalencia uso
1976	2827	1203	42.55	364	213	58.50
1986	5675	2848	64.50	469	351	74.84
1990	4542	3056	67.28	826	610	73.85
1995	6131	4400	71.77	824	641	77.79
2000	5935	4566	76.94	872	703	80.65

FUENTES: EMF 1976 DHS 1986 DHS 1990 DHS 1995 DHS 2000

CUADRO 6.3.2
PREVALENCIA ACTUAL DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES UNIDAS. COLOMBIA. 1976-2000

Años	1976			1986			1990			1995			2000		
	UNIDAS	UARIAS*	%	UNIDAS	USUA UNI	%	UNIDAS	USUA UNI	%	UNIDAS	USUA UNI	%	UNIDAS	USUA UNI	%
15-19	181	48	26.52	151	46	30.46	203	79	38.92	300	145	48.33	325	186	57.23
20-24	527	215	40.80	500	285	57.00	767	440	57.37	950	578	60.84	811	562	69.30
25-29	591	271	45.85	606	412	67.99	991	668	67.41	1214	881	72.57	1037	803	77.43
30-34	471	267	56.69	548	402	73.36	910	689	75.71	1166	910	78.04	1094	879	80.35
35-39	427	209	48.95	450	340	75.56	737	571	77.48	1014	830	81.85	1087	912	83.90
40-44	355	143	40.28	308	215	69.81	532	388	72.93	845	651	77.04	885	734	82.94
45-49	275	62	22.55	285	137	48.07	393	221	56.23	638	405	63.48	686	490	71.43
Total	2827	1215	42.98	2848	1837	64.50	4533	3056	67.42	6127	4400	71.81	5925	4566	77.06

FUENTE: EMF 1976 DHS 1986 DHS 1990 DHS 1995 DHS 2000

* Total usuarias

CUADRO 6.3.3
PREVALENCIA ACTUAL DE ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES UNIDAS. BOGOTÁ. 1976-2000

Años	1976			1986			1990			1995			2000		
	UNIDAS	USUARIAS*	%	UNIDAS	USUA UNI	%	UNIDAS	USUA UNI	%	UNIDAS	USUA UNI	%	UNIDAS	USUA UNI	%
15-19	25	7	28.00	17	4	23.53	31	13	41.94	38	22	57.89	33	20	60.61
20-24	74	44	59.46	91	67	73.63	127	84	66.14	139	103	74.10	126	94	74.60
25-29	74	44	59.46	104	81	77.88	197	140	71.07	186	131	70.43	156	126	80.77
30-34	52	34	65.38	87	71	81.61	171	142	83.04	155	130	83.87	158	134	84.81
35-39	60	34	56.67	82	65	79.27	147	119	80.95	118	104	88.14	156	141	90.38
40-44	55	37	67.27	54	40	74.07	92	72	78.26	99	81	81.82	128	103	80.47
45-49	24	13	54.17	34	23	67.65	59	40	67.80	89	70	78.65	111	87	78.38
Total	364	213	58.52	469	351	74.84	824	610	74.03	824	641	77.79	868	705	81.22

FUENTE: EMF 1976 DHS 1986 DHS 1990 DHS 1995 DHS 2000

* Total usuarias

CUADRO 6.3.4
DISTRIBUCIÓN DE MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN
SEGÚN TIPO DE MÉTODO. COLOMBIA. 1976-2000.

MÉTODO	1976	1986	1990	1995	2000
Píldora	30.95	24.85	21.20	18.37	15.18
DIU	25.27	17.55	18.60	14.89	15.35
Esteril. Fem.	10.29	29.26	32.21	35.06	33.17
Masculinos*	15.39	10.83	10.93	14.63	19.71
Otros**	18.11	17.50	17.07	17.04	16.59
TOTAL USUARIAS	1215	2068	3533	5351	6118

FUENTE: EMF 1976 DHS 1986 DHS 1990 DHS 1995 DHS 2000

* Masculinos: condón, esterilización masc. , retiro.

**Otros: ducha, abstinencia, inyección, diafragma, espuma, amenorrea por lactancia, otros.

CUADRO 6.3.5
DISTRIBUCIÓN DE MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN
SEGÚN TIPO DE MÉTODO. BOGOTÁ. 1976-2000.

MÉTODO	1976	1986	1990	1995	2000
Píldora	22.54	18.43	11.21	11.17	9.00
DIU	35.68	31.94	34.89	28.16	26.53
Esteril. Fem.	8.45	21.62	21.42	22.70	24.27
Masculinos*	10.33	7.37	19.57	19.35	24.11
Otros**	23.00	20.64	12.91	18.61	16.08
TOTAL USUARIAS	213	407	705	806	1034

FUENTE: EMF 1976 DHS 1986 DHS 1990 DHS 1995 DHS 2000

* Masculinos: condón, esterilización masc., retiro

**Otros: ducha, abstinencia, inyección, diafragma, espuma, amenorrea por lactancia, otros.

CUADRO 6.3.6
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN
SEGÚN TIPO DE MÉTODO PARA GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD.
BOGOTÁ. 1976-2000.

MÉTODO	PÍLDORA	DIU	ESTER.FEME	MASCULINOS*	OTROS**	TOT. USUAR.
15-19						
1976	38.46	38.46	0	0	23.08	13
1986	50.00	0	0	25.00	25.00	8
1990	0	50	0	22.22	27.78	18
1990	0	50.00	0	22.22	27.78	18
1995	15.38	15.38	0	38.46	30.77	39
2000	3.08	13.85	0	60.00	23.08	65
20-24						
1976	31.82	31.82	2.27	9.09	25.00	44
1986	23.38	49.35	2.60	11.69	12.99	77
1990	18.81	41.58	1.98	13.86	23.76	101
1995	16.79	28.24	2.29	29.01	23.66	131
2000	12.07	31.03	2.30	38.51	16.09	174
25-29						
1976	22.73	47.73	4.55	6.82	18.18	44
1986	24.47	37.23	7.45	5.32	25.53	94
1990	11.88	43.75	8.75	12.50	23.13	160
1995	17.58	34.55	9.09	23.64	15.15	165
2000	13.07	33.67	8.54	26.63	18.09	199
30-34						
1976	29.41	32.35	5.88	8.82	23.53	34
1986	23.17	26.83	18.29	2.44	29.27	82
1990	14.47	38.99	16.35	12.58	17.61	159
1995	10.49	38.27	16.67	9.88	24.69	162
2000	14.29	30.95	20.83	18.45	15.48	168
35-39						
1976	11.76	29.41	11.76	17.65	29.41	34
1986	12.68	19.72	39.44	8.45	19.72	71
1990	10.61	30.30	32.58	11.36	15.15	132
1995	5.97	26.12	38.81	17.91	11.19	134
2000	6.67	25.00	35.56	17.78	15.00	180
40-44						
1976	10.81	35.14	24.32	13.51	16.22	37
1986	0	29.17	45.83	10.42	14.58	48
1990	3.61	18.07	45.78	12.05	20.48	83
1995	7.61	17.39	44.57	14.13	16.30	92
2000	3.85	20.00	50.00	12.31	13.85	130
45-49						
1976	14.29	14.29	0.00	14.29	57.14	7
1986	7.41	25.93	51.85	3.70	11.11	27
1990	1.92	15.38	53.85	15.38	13.46	52
1995	1.20	16.87	54.22	13.25	14.46	83
2000	3.36	18.49	55.46	8.40	14.29	119

FUENTE: EMF 1976 DHS 1986 DHS 1990 DHS 1995 DHS 2000

* Masculinos: condón, esterilización masc., retiro.

**Otros: ducha, abstinencia, inyección, diafragma, espuma, amenorrea por lactancia, otros.

Experiencias de las generaciones

CUADRO 6.4.1
TASAS DE PRIMONUPCIALIDAD
DE LAS GENERACIONES BOGOTANAS NACIDAS ENTRE 1951-79.

Generación*	1951-55	1956-60	1961-65***	1966-70	1971-75	1975-79	1980-84
Inicio edad re	1966-70	1971-75	1976-80	1981-85	1986-90	1990-94	1995-99
15-19		54.03		56.90	51.90	78.30	55.11
20-24	57.5		57	66.06	72.30	56.60	
25-29		21.40	34.07	33.9	36.90		
30-34	12.6	10	10.6	13.5			
35-39	2.54	3.55	3.4				
40-44	1.4	0.80					
45-49							

* Generación definida por el quinquenio de nacimiento.

** Inicio de la edad reproductiva de las generaciones.

*** No se analizó una encuesta con información para este periodo

FUENTES: EMF 1976; DHS 1986, 1990, 1995, 2000.

CUADRO 6.4.2
TASAS DE PRIMONUPCIALIDAD
DE LAS GENERACIONES COLOMBIANAS NACIDAS ENTRE 1946-79.

Generación*	1951-55	1956-60	1961-65**	1966-70	1971-75	1975-79	1980-84
Inicio edad re	1966-70	1971-75	1976-80	1981-85	1986-90	1990-94	1995-99
15-19		60.26		57.56	57.75	55.07	62.49
20-24	49.56		53.36	57.15	48.93	49.89	
25-29		17.41	27.74	26.32	27.01		
30-34	9.08	6.89	9.16	10.96			
35-39	2.49	3.27	3.04				
40-44	0.73	0.47					
45-49							

* Generación definida por el quinquenio de nacimiento.

** Inicio de la edad reproductiva de las generaciones.

*** No se analizó una encuesta con información para este periodo

FUENTES: EMF 1976; DHS 1986, 1990, 1995, 2000.

CUADRO 6.4.3
TASAS DE FECUNDIDAD DE LAS GENERACIONES BOGOTANAS
NACIDAS ENTRE 1941-84

Generación*	1941-45	1946-50	1951-55	1956-60	1961-65***	1966-70	1971-75	1975-79	1980-84
Inicio vida rep	1956-60	1961-65	1966-70	1971-75	1976-80	1981-85	1986-90	1990-94	1995-99
15-19				50.90		83.90	56.4	81.30	77.20
20-24			144.8		142.50	118.90	161.5	122.70	
25-29		104.2		129.40	128.50	103.1	114.2		
30-34	110.7		70.4	82.1	70.5	95.3			
35-39		50.9	41.3	46.33	46.6				
40-44	10.13	13.7	9.72	13.20					
45-49		1.53	1.04						

* Generación definida por el quinquenio de nacimiento.

** Inicio de la edad reproductiva de las generaciones.

*** No se analizó una encuesta con información para este periodo

FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000.

CUADRO 6.4.4
TASAS DE FECUNDIDAD DE LAS GENERACIONES COLOMBIANAS
NACIDAS ENTRE 1941-79

Generación*	1941-45	1946-50	1951-55	1956-60	1961-65**	1966-70	1971-75	1975-79	1980-84
Inicio vida rep	1956-60	1961-65	1966-70	1971-75	1976-80	1981-85	1986-90	1990-94	1995-99
15-19				85.73		76.77	66.33	84.85	82.07
20-24			200.19		168.00	147.04	175.03	132.43	
25-29		188.12		160.04	132.13	136.95	127.27		
30-34	173.62		107.08	87.5	89.73	93.23			
35-39		66.67	50.61	57.86	44.9				
40-44	32.56	17.93	21.7	14.97					
45-49	1.71	1.46	1.3						

* Generación definida por el quinquenio de nacimiento.

** Inicio de la edad reproductiva de las generaciones.

*** No se analizó una encuesta con información para este periodo

FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000.

CUADRO 6.4.5
PREVALENCIA DE ANTICONCEPCIÓN EN LAS MUJERES UNIDAS
DE LAS GENERACIONES BOGOTINAS NACIDAS EN 1936-75

Generación*	1936-40	1941-45	1946-50	1951-55	1956-60	1961-65***	1966-70	1971-75
Inicio edad re	1951-55	1956-60	1961-65	1966-70	1971-75	1976-80	1981-85	1986-90
15-19					54.17		23.50	41.94
20-24			59.46	59.46		73.63	66.14	74.10
25-29		59.46			77.80	71.07	70.43	80.77
30-34	65.3		81.61	81.61	83.04	83.87	84.81	
35-39		79.27	80.95	80.95	88.10	90.38		
40-44	74.07	67.8	81.82	81.82	80.47			
45-49	67.8	78.65	78.38	78.38				

* Generación definida por el quinquenio de nacimiento.

** Inicio de la edad reproductiva de las generaciones.

*** No se analizó una encuesta con información para este periodo

FUENTES: EMF 1976; DHS 1986, 1990, 1995, 2000.

CUADRO 6.4.6
PREVALENCIA DE ANTICONCEPCIÓN EN LAS MUJERES UNIDAS
DE LAS GENERACIONES COLOMBIANAS NACIDAS EN 1941-79

Generación*	1941-45	1946-50	1951-55	1956-60	1961-65***	1966-70	1971-75	1975-79
Inicio edad re	1956-60	1961-65	1966-70	1971-75	1976-80	1981-85	1986-90	1990-94
15-19				26.52		30.46	38.92	48.23
20-24			40.8		57	57.37	60.84	69.30
25-29		45.85		67.99	67.41	72.57	77.43	
30-34	56.69		76.36	75.71	78.04	80.35		
35-39		75.56	77.48	81.85	83.9			
40-44	69.81	72.93	77.04	82.94				
45-49	56.23	63.48	71.43					

* Generación definida por el quinquenio de nacimiento.

** Inicio de la edad reproductiva de las generaciones.

*** No se analizó una encuesta con información para este periodo.

FUENTES: EMF 1976; DHS 1986, 1990, 1995, 2000.

CUADRO 6.4.7
PROBABILIDADES (%o) DE CRECIMIENTO DE LA FAMILIA Y DESCENDENCIA FINAL
DE LAS GENERACIONES BOGOTANAS NACIDAS EN 1927-55.

Hijos habidos	Generaciones*					Cambio % 1927-55
	1927-31	1937-41	1941-45	1946-50	1951-55	
0	833.33	955.56	960.40	946.59	906.25	8.75
1	885.71	930.23	865.98	919.39	839.08	-5.27
2	903.23	875.00	821.43	798.34	773.97	-14.31
3	821.43	857.14	695.65	604.62	566.37	-31.05
4	695.65	566.67	645.83	545.88	531.25	-23.63
5	687.50	647.06	580.65	401.04	558.82	-18.72
6	818.18	818.18	666.67	580.82	631.58	-22.81
7+	888.89	555.56	505	142.86	416.67	-53.12
Desc. Final	4.90	3.66	3.55	3.25	2.92	-40.47

*Generaciones definidas por el quinquenio de nacimiento.

Mujeres con 45-49 años en el momento de la estimación.

FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000.

CUADRO 6.4.8
PROBABILIDADES (%o) DE CRECIMIENTO DE LA FAMILIA
DE LAS GENERACIONES NACIDAS EN 1927-55. DESCENDENCIA FINAL. COLOMBIA.

Hijos habidos	Generaciones*					Cambio % 1927-55
	1927-31	1937-41	1941-45	1946-50	1951-55	
0	887.76	966.15	935.04	921.71	919.00	3.52
1	931.03	935.31	926.87	917.33	902.07	-3.11
2	925.93	904.90	887.57	833.33	803.38	-13.24
3	862.22	878.98	857.78	758.52	696.70	-19.20
4	814.43	851.45	800.52	707.03	676.72	-16.91
5	778.48	868.09	757.28	718.23	627.39	-19.41
6	739.84	833.33	764.96	676.92	614.21	-16.98
7+	670.33	782.35	715.08	664.79	676.53	0.93
Desc. Final	5.71	4.99	4.46	3.78	3.51	-38.54

FUENTES: EMF 1976, DHS 1986, 1990, 1995, 2000.

* Generaciones con 45-49 años en el momento de la encuesta.

CUADRO 6.4.9
DESCENDENCIA FINAL (DF). TASA BRUTA DE REPRODUCCIÓN (TBR)
DE LAS GENERACIONES NACIDAS EN 1927-55. COLOMBIA. BOGOTÁ

GENERACIO	COLOMBIA		BOGOTÁ	
	DF	TBR	DF	TBR
1927-31(1)	5.71	2.74	4.90	2.35
1937-41(2)	4.99	2.40	3.66	1.76
1941-45(3)	4.46	2.14	3.55	1.70
1946-50(4)	3.78	1.81	3.25	1.56
1951-55(5)	3.51	1.68	2.92	1.40

* Generaciones definidas por el quinquenio de nacimiento.

Mujeres con 45-49 años en el momento de la observación.

FUENTES: EMF 1976(1), DHS 1986(2), 1990(3), 1995(4), 2000(5).

TRAYECTORIAS REPRODUCTIVAS DE MUJERES RESIDENTES EN BOGOTÁ

CUADRO 7.1.1
TRAYECTORIA DE ANTICONCEPCIÓN
PERFILES BIOGRÁFICOS DE LA MUESTRA Y DE LOS GRUPOS.
TIPOLOGIA DE LA COHORTE NACIDA EN 1935-39
(CON VIDA REPRODUCTIVA EN 1950-84)

ESTADÍA MEDIA (%)	T1(15-19)	T2 (20-24)	T3 (25-29)	T4 (30-39)	T5 (40-50)
	(Tx en años de edad)				
MUESTRA TOTAL					
Si uso	2.08	8.75	21.18	41.80	45.41
No uso	97.92	91.25	78.82	58.20	54.59
GRUPO 1					
Si uso	3.95	9.80	25.06	42.02	46.83
No uso	96.05	90.20	74.94	57.98	53.17
GRUPO 2					
Si uso	1.01	6.29	15.80	37.18	37.85
No uso	98.99	93.71	84.20	62.82	62.15
GRUPO 3					
Si uso	1.67	11.05	24.57	47.82	53.76
No uso	98.33	88.95	75.43	52.18	46.24

FUENTE: Encuesta CEDE 1984

CUADRO 7.1.2
TRAYECTORIA DE UNIÓN CONYUGAL
PERFIL BIOGRÁFICO DE LA MUESTRA Y DE LOS GRUPOS.
TIPOLOGÍA DE LA COHORTE NACIDA EN 1935-39
(CON VIDA REPRODUCTIVA EN 1950-84)

ESTADÍA MEDIA (%)	T1(15-19)	T2 (20-24)	T3 (25-29)	T4 (30-39)	T5 (40-50)
	(Tx en años de edad)				
MUESTRA TOTAL					
Unión	22.10	58.79	77.59	82.57	77.98
No unión	77.90	41.21	22.41	17.43	22.02
GRUPO 1					
Unión	25.57	61.15	80.48	81.87	75.49
No unión	74.43	38.85	19.52	18.13	24.51
GRUPO 2					
Unión	25.39	58.48	81.00	83.93	77.57
No unión	74.61	41.52	19.00	16.07	22.43
GRUPO 3					
Unión	22.10	58.79	77.59	82.57	77.98
No unión	77.90	41.21	22.41	17.43	22.02

FUENTE: Encuesta CEDE 1984

CUADRO 7.2.1
 TRAYECTORIA DE ANTICONCEPCIÓN
 PERFILES BIOGRÁFICOS DE LA MUESTRA Y DE LOS GRUPOS.
 TIPOLOGÍA DE LA COHORTE NACIDA EN 1955-59
 (CON VIDA REPRODUCTIVA EN 1969-84)

ESTADÍA MEDIA (%)	T1(15-16)	T2 (17-19)	T3 (20-22)	T4 (23-25)	T5 (26-30)
	(Tx en años de edad)				
MUESTRA TOTAL					
Si uso	0.46	5.69	18.72	35.15	46.65
No uso	99.54	94.31	81.28	64.85	53.35
GRUPO 1					
Si uso	0.45	2.28	10.66	22.71	32.48
No uso	99.55	97.72	89.34	77.29	67.52
GRUPO 2					
Si uso	0.00	3.60	9.36	19.53	16.79
No uso	100.00	96.40	90.64	80.47	83.21
GRUPO 3					
Si uso	0.73	11.20	34.21	58.51	76.24
No uso	99.27	88.80	65.79	41.49	23.76

FUENTE: Encuesta CEDE 1984

CUADRO 7.2.2
 TRAYECTORIA DE UNIÓN CONYUGAL
 PERFIL BIOGRÁFICO DE LA MUESTRA Y DE LOS GRUPOS.
 TIPOLOGÍA DE LA COHORTE NACIDA EN 1955-59
 (CON VIDA REPRODUCTIVA EN 1969-84)

ESTADÍA MEDIA (%)	T1(15-16)	T2 (17-19)	T3 (20-22)	T4 (23-25)	T5 (26-30)
	(Tx en años de edad)				
MUESTRA TOTAL					
Unión	4.29	15.77	41.54	55.21	65.97
No unión	95.71	84.23	58.46	44.79	34.03
GRUPO 1					
Unión	4.24	10.20	35.07	47.33	49.74
No unión	95.76	89.80	64.93	52.67	50.26
GRUPO 2					
Unión	2.77	12.01	31.41	43.54	59.89
No unión	97.23	87.99	68.59	56.46	40.11
GRUPO 3					
Unión	6.05	27.07	61.05	77.37	84.46
No unión	93.95	72.93	38.95	22.63	15.54

FUENTE: Encuesta CEDE 1984

CUADRO 7.3.1
 TRAYECTORIA DE ANTICONCEPCIÓN
 PERFILES BIOGRÁFICOS DE LA MUESTRA Y DE LOS GRUPOS.
 TIPOLOGÍA DE LA COHORTE NACIDA EN 1965-69
 (VIDA REPRODUCTIVA EN 1979-94)

ESTADÍA MEDIA (%)	T1(15-18)	T2 (19-20)	T3 (21-22)	T4 (23-25)	T5 (26-28)	T6 (29-30)
	(Tx en años de edad)					
MUESTRA TOTAL						
Si uso	7.78	17.26	27.12	37.46	47.51	51.24
No uso	92.22	82.74	72.88	62.54	52.49	48.76
GRUPO 1						
Si uso	7.66	15.76	25.75	37.27	48.07	51.03
No uso	92.34	84.24	74.25	62.73	51.93	48.97
GRUPO 2						
Si uso	8.34	19.30	29.70	38.33	46.47	52.39
No uso	91.66	80.70	70.30	61.67	53.53	47.61
GRUPO 3						
Si uso	8.20	13.66	21.34	55.51	61.14	56.50
No uso	91.80	86.34	78.66	44.49	38.86	43.50

FUENTE: Encuesta Gillow 1984

CUADRO 7.3.2
 TRAYECTORIA DE UNIÓN CONYUGAL
 PERFILES BIOGRÁFICOS DE LA MUESTRA Y DE LOS GRUPOS.
 TIPOLOGÍA DE LA COHORTE NACIDA EN 1965-69
 (VIDA REPRODUCTIVA EN 1979-94)

ESTADÍA MEDIA (%)	T1(15-18)	T2 (19-20)	T3 (21-22)	T4 (23-25)	T5 (26-28)	T6 (29-30)
	(Tx en años de edad)					
MUESTRA TOTAL						
Si uso	14.19	31.07	44.76	59.49	75.88	86.14
No uso	85.81	68.93	55.24	40.51	24.12	13.86
GRUPO 1						
Si uso	15.16	31.52	44.98	62.84	80.07	94.21
No uso	84.84	68.48	55.02	37.16	19.93	5.79
GRUPO 2						
Si uso	14.82	33.65	47.77	58.43	73.46	78.51
No uso	85.18	66.35	52.23	41.57	26.54	21.49
GRUPO 3						
Si uso	0.65	16.76	32.58	100.00	100.00	100.00
No uso	99.35	83.24	67.42	0.00	0.00	0.00

FUENTE: Encuesta Gillow 1984

CUADRO 7.3.3
 DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS EN GRUPOS
 DEFINIDOS POR LA TRAYECTORIA DE ANTICONCEPCIÓN.
 COHORTES NACIDAS EN 1935-39, 1955-59 Y 1965-69
 (VIDA REPRODUCTIVA EN 1950-84, 1969-84 Y 1979-84 respectivamente)

COHORTE*	1950-84 (1)	1969-84 (1)	1979-84 (2)
TOTAL	496	577	964
GRUPO 1	117	169	489
GRUPO 2	154	146	449
GRUPO 3	225	262	26
%			
TOTAL	100.00	100	100.00
GRUPO 1	23.59	29.29	50.00
GRUPO 2	31.05	25.30	47.00
GRUPO 3	45.36	45.41	3.00

FUENTES: (1) Encuesta CEDE 1984, (2) Encuesta Gillow 1994

ANEXO 2

CUESTIONARIOS DE LAS ENCUESTAS ANALIZADAS

ANEXO 3

EL ANÁLISIS ARMÓNICO CUALITATIVO: ENFOQUE Y OPERACIONALIZACIÓN

- Un ejemplo de aplicación al estudio de trayectorias reproductivas -

Con el objetivo de ilustrar la operacionalización del análisis armónico cualitativo (AHQ), en este anexo se explican algunos principios teóricos y los procedimientos informáticos de esta metodología, ilustrados con las aplicaciones que se desarrollaron en la tesis: la adecuación de archivos, la recodificación, el diseño de un perfil biográfico, el análisis factorial de correspondencia, la creación de grupos y la caracterización de la tipología, que es el resultado final de todo el proceso. En un contexto académico, la presentación de esta metodología de análisis longitudinal puede contribuir a impulsar la investigación con enfoque biográfico, la cual permite una mirada de la ocurrencia de los fenómenos a lo largo del tiempo, enriquecida con los indicadores transversales clásicos que se utilizan en demografía. Con este objetivo, el texto siguiente da indicaciones útiles para reproducir la metodología en otros estudios.

A.3.1 ENFOQUE

La propuesta estadística inicial AHQ, analyse harmonique qualitative, apareció a comienzos de los años 80 en los trabajos de SAPORTA G. (1980) y DEVILLE J. (1982), (citados por BARBARY 1994, 1996; Dureau et al., 2000). Este análisis recibe el nombre de armónico porque así se llaman las funciones de tiempo que se manejan en el análisis factorial de correspondencia, que es uno de los procedimientos utilizados. Después de la propuesta inicial ha habido desarrollos operativos a nivel informático para los cálculos matemáticos necesarios, los cuales se pueden hacer con diferentes programas, por ejemplo, SAS, STATA, SPAD-N. Además, en la última década se han realizado estudios prácticos sobre distintas realidades sociales con esta metodología, los cuales han contribuido a su validación y difusión¹.

El AHQ es un método de análisis biográfico en el que se maneja el tiempo como unidad de observación. El insumo para el procedimiento básico de recodificación es el tiempo que los individuos aportan a la trayectoria estudiada. En el procedimiento de recodificación se manejan datos individuales porque se contabiliza la trayectoria total de cada individuo.

El AHQ es un análisis **exploratorio** porque con sus resultados se pueden explorar las relaciones entre trayectorias de vida, y entre las trayectorias y la situación de la población al momento de la encuesta. El objetivo de este análisis es identificar una tipología compuesta por grupos de individuos con trayectorias similares, y relacionarla con los demás elementos de la biografía, mediante las variables ilustrativas tanto longitudinales como transversales². Así, la metodología permite analizar las estrategias de los individuos y las estrategias de los grupos sociales. El método se apoya en la idea de que las tendencias de los grupos y subgrupos sociales involucran las estrategias individuales, tal como lo explica la teoría del actor sociológico³.

El AHQ es de carácter **multivariado** porque se maneja el tiempo, las variables y los individuos: el tiempo en el que se observan los fenómenos biográficos, las variables longitudinales y transversales que indican las trayectorias y las características de la población en estudio, y los individuos porque los datos individuales de cada biografía son los insumos para los análisis longitudinales. El AHQ es **multidimensional** porque se hacen procedimientos factoriales que sirven para orientar la partición de la muestra en grupos, y también porque para distribuir los casos en los grupos se utiliza una clasificación jerárquica basada en un análisis de varianza.

¹ Por ejemplo, estudios sobre trayectorias migratorias (BARBARY 1996; DUREAU F. et al. 2000), y estudios sobre trayectorias de enfermedad (MEDINA et al. 1999).

² Variable ilustrativa en el sentido de que caracterizan la muestra y los grupos que componen la tipología.

³ Esta idea reposa sobre la concepción de que la sociedad se hace, se construye históricamente, y que dentro de ella el sujeto es una construcción social, porque los acontecimientos y coyunturas que vive están determinados por las condiciones e instituciones sociales en las que se desarrolla su historia personal (GODAR 1995).

El análisis armónico cualitativo es una metodología que mantiene el orden y la cronología de los eventos realmente ocurridos, a pesar de que el tiempo continuo original se convierta para efectos operativos en tiempo discreto. Es decir, la información continua asincrónica de las variables originales se conserva con la recodificación discreta y asincrónica de los tiempos biográficos. El hecho de que los límites del periodo observado se puedan ajustar según convenga, y el hecho de que los intervalos de codificación puedan ser de extensión variable, hace que la metodología sea flexible y se pueda adaptar al problema en estudio. Otra ventaja es que el empleo del análisis de correspondencias permite valorar las relaciones entre diferentes trayectorias, en caso de que la variable activa⁴ se construya con más de una trayectoria, e incluso, cuando simplemente se comparan los perfiles de dos trayectorias. Finalmente, hay que anotar que el AHQ puede hacerse con muestras no muy grandes, lo cual favorece los costos del estudio.

A.3.2 ADECUACIÓN DE ARCHIVOS

La encuesta retrospectiva de biografías individuales permite analizar el tiempo en el que ocurren los fenómenos. Se analiza un proceso que ocurre en un tiempo continuo con varias modalidades (categorías de la variable), con datos individuales de series asincrónicas provenientes de variables categóricas.

Un primer paso antes de iniciar el AHQ es adecuar el archivo que se ingresa al programa llamado RECAHQ, el cual se corre bajo SAS⁵. El programa exige como insumo una base de datos compuesta de tantas filas como etapas de la trayectoria estudiada hayan vivido los individuos que componen la muestra. Además de la identificación, en la base deben aparecer datos sobre la edad a la encuesta junto con el mes y el año de nacimiento de las mujeres, el mes y año en el que se hizo la encuesta, la variable dicotomizada de la trayectoria estudiada, con los meses y años de inicio y terminación de cada etapa, y el número de orden de las mismas.

⁴ La variable activa es la que se utiliza para partir la muestra en grupos; en el ejemplo que a continuación se describe esta variable es la trayectoria de anticoncepción.

Entonces, los pasos que hay que hacer para adecuar el archivo según estos requerimientos, depende de la forma como se recolectaron y se grabaron los datos biográficos. Veamos un ejemplo, una de las aplicaciones hechas en esta tesis, la cohorte de mujeres con vida reproductiva en 1969-84 recolectada en la encuesta CEDE⁶. En este caso, se ilustra la recodificación de la trayectoria de anticoncepción. Se escoge esta trayectoria (para hacer la recodificación y posteriormente dividir la muestra en grupos) porque así se privilegia el problema en estudio, dado que la anticoncepción marca diferencias importantes en el comportamiento reproductivo de una población como la colombiana (ver enfoque del problema en estudio en el capítulo primero de la tesis).

A continuación, aparece un extracto del archivo adecuado de la base de datos de esta trayectoria. Este archivo posteriormente sirve como insumo del RECAHQ.

TABLA A.3.1
BASE DE DATOS DE LA TRAYECTORIA DE ANTICONCEPCIÓN. ARCHIVO ADECUADO.
COHORTE CON VIDA REPRODUCTIVA EN 1979-94

PESO	IDENTIFI	MESNACI	ANONACI	EDAD	MESENC	ANOENC	EST	MESIN	ANOIN	MESFIN	ANOFIN	Etap
1	2	11	58	25	5	84	2	11	73	1	83	1
1	2	11	58	25	5	84	1	2	83	5	84	2
1	4	11	55	29	5	84	2	11	70	10	83	1
1	4	11	55	29	5	84	1	11	83	5	84	2
1	5	2	58	25	5	84	2	2	73	4	83	1
1	5	2	58	25	5	84	1	5	83	8	83	2
1	5	2	58	25	5	84	2	9	83	5	84	3
1	8	5	56	28	5	84	2	5	71	10	77	1
1	8	5	56	28	5	84	1	11	77	11	83	2
1	8	5	56	28	5	84	2	12	83	1	84	3
1	8	5	56	28	5	84	1	2	84	5	84	4
1	9	8	55	28	5	84	2	8	70	10	77	1
1	9	8	55	28	5	84	1	11	77	2	81	2
1	9	8	55	28	5	84	2	3	81	7	81	3
1	9	8	55	28	5	84	1	8	81	11	83	4
1	9	8	55	28	5	84	2	12	83	1	84	5
1	9	8	55	28	5	84	1	2	84	5	84	6
1	12	8	58	25	5	84	2	8	73	10	78	1
1	12	8	58	25	5	84	1	11	78	2	81	2
1	12	8	58	25	5	84	2	3	81	7	82	3
1	12	8	58	25	5	84	1	8	82	5	84	4
1	13	8	58	25	5	84	2	8	73	5	84	1

Para llegar a un archivo con este formato, cuatro procedimientos son importantes: datación de los estados, dicotomización de las categorías de la variable que representa la trayectoria estudiada, identificación de los “baches”, definición de las etapas y creación

⁵ SAS, Statistic Analysis Sistem. El RECAHQ está disponible en el Área de Sistemas del Centro de Estudios Demográficos de la Universidad Autónoma de Barcelona.

⁶ El cuestionario de esta encuesta aparece en el anexo A.2.2 y el diseño metodológico respectivo aparece en el artículo 2.2 (del capítulo segundo). Los resultados de todos los procedimientos que a continuación se describen se presentan en el capítulo séptimo de la tesis.

de la variable peso (referida a los pesos de ponderación de la muestra). Para desarrollar estos procedimientos se pueden utilizar sintaxis diseñadas en SAS o en SPSS, incluso algunos pasos se pueden hacer con excel. Para los procedimientos operativos hay que considerar lo siguiente:

- Uno, la datación consiste en establecer el mes y el año de inicio y de terminación de cada etapa de uso y de no uso de anticonceptivos, con el formato de fechas indicado en el ejemplo.
- Dos, en la base de datos se crea una variable adicional, en la que se dicotomizan las modalidades de la trayectoria. En el caso del ejemplo, se dicotomiza la trayectoria de anticoncepción, el código 1 indica “sí uso”, y código 2 indica “no uso”.
- Tres, llenar los “baches”, consiste en asignar las fechas de los periodos intermedios entre las etapas de “sí uso” y “no uso” declaradas. Para cada una de las etapas declaradas hay que identificar el “bache” anterior y el “bache” siguiente (si es que existen). Se trata de asignar, para el final del “bache” anterior, el mes inmediatamente anterior a la iniciación de la etapa en cuestión, y para el comienzo del “bache” siguiente, el mes siguiente a la finalización de la misma etapa, y así sucesivamente.
- Cuatro, para numerar las etapas que aporta una misma mujer, se crea una variable adicional llamada “etapa”, según aparece en la tabla que ilustra el ejemplo. Se asigna el número de orden a las etapas que aporta cada mujer (de 1 en adelante), teniendo en cuenta los periodos de “sí uso” y “no uso”, y considerando los “baches” como periodos de “no uso”.
- Cinco, de acuerdo con los requerimientos del programa AHQ, se crea una nueva variable llamada “peso”, que se refiere a los pesos de ponderación de la muestra. En caso de que no se tengan los pesos porque se trabaja con una muestra no probabilística o cuando se trabaja con valores observados, se le asigna valor “1” a cada fila. En el ejemplo citado se trabajó con valores observados y por esto no se manejan pesos de ponderación.

Por último, es conveniente revisar el archivo adecuado, teniendo en cuenta que no se traslapen las fechas, que no hayan fechas mayores en un evento anterior, y que se deben sumar los tiempos de las etapas seguidas que aparezcan con un mismo código en la variable dicotomizada, para convertirlas en una sola etapa.

A.3.3 RECODIFICACIÓN

El archivo adecuado es un cuadro de observaciones de tamaño asombroso porque se observa cada uno de los individuos (N), en un número de estados posibles (M), que ocurren en el número de periodos en los que el proceso se mantiene aproximadamente estable (P). Por esto es necesario hacer una recodificación de los datos los originales. La recodificación implica que las series cronológicas asincrónicas donde el tiempo era continuo con fechas variables en cada individuo, se convierte en una serie discreta con fechas fijas. A continuación se explican los procedimientos respectivos.

- **Manejo del tiempo**

- *Tiempo histórico y tiempo biográfico*

Antes de empezar la recodificación hay que definir los criterios para el manejo del tiempo en el que se observa la trayectoria estudiada. Dependiendo de las características del objeto de estudio, para la recodificación el tiempo de análisis puede ser de tres tipos:

- Un tiempo biográfico individual, en el los individuos se siguen desde el nacimiento hasta la edad alcanzada en la fecha de la encuesta (p.e. en una trayectoria de movilidad espacial se observa desde el nacimiento hasta la edad del individuo más viejo de la muestra). En este caso el interés es el comportamiento y las estrategias llevadas a cabo en el curso de la vida. El tiempo biográfico se usa cuando se quieren reagrupar trayectorias individuales a las mismas edades. Cuando las decisiones individuales pesan más que las coyunturas sociales o las condiciones sociodemográficas del grupo, se debe privilegiar el tiempo biográfico. En el caso del tiempo biográfico, para definir los cortes del periodo observado se hacen sobre la

distribución de los individuos según la edad a la encuesta (p.e. cuántos individuos tenían 0, 1, 5, etc. años).

- Un tiempo histórico o de calendario en el que los individuos se siguen entre dos fechas que se consideran importantes dentro del contexto político, social, o coyuntural estudiado. También puede ser un periodo definido por el inicio de la trayectoria en estudio, por ejemplo, la trayectoria de una enfermedad. En el tiempo calendario los individuos se siguen desde una fecha determinada del periodo observado hasta la fecha de la encuesta. Aquí los individuos han conocido los mismos estados a las mismas fechas, pero no necesariamente a la misma edad. En caso del tiempo calendario, para definir los cortes temporales del periodo observado se construye la distribución de los individuos según el tiempo vivido en este periodo (ej. cuántos individuos vivieron 6 meses, 1 año, 1.5 años, etc. del periodo observado).

- Un tiempo biográfico más colectivo recortado siguiendo acontecimientos claves del ciclo vital de los individuos, con lo cual el seguimiento se hace a partir de un evento determinado, ej. la primera unión, el primer nacimiento, el comienzo de la vida reproductiva. Aquí se supone que los individuos han vivido eventos comunes a las mismas edades aunque no a las mismas fechas calendario, porque la pertenencia a una determinada etapa del ciclo vital los lleva a elecciones individuales semejantes; en un tiempo biográfico interesa mirar la coherencia de las estrategias individuales. Bajo esta opción, por lo general la sincronización no se hace según la edad de los individuos, sino según el tiempo transcurrido antes o después del inicio del acontecimiento clave del ciclo de vida que se estudia. Pero cuando el transcurso del evento clave estudiado se define por las edades del individuo, entonces la sincronización se hace con las edades. Aquí se supone que las mujeres han vivido los mismos eventos a las mismas edades, pero no necesariamente a las mismas fechas calendario.

Al convertir la variable continua en discreta, se utilizan fechas fijas cuando se maneja un tiempo histórico. En caso de manejar un tiempo biográfico individual o colectivo, la discretización se hace con las edades de los individuos al momento de la encuesta. En el

caso de las trayectorias analizadas en la tesis se manejó un tiempo biográfico colectivo, razón por la que los periodos de observación se partieron según la edad a la encuesta, de acuerdo con los criterios que a continuación se explican.

- *Partición temporal*

Como se mencionó arriba, las series cronológicas asincrónicas en las que los individuos tienen fechas diferentes de inicio y/o terminación de una trayectoria se discretizan, es decir, se definen fechas comunes de observación. Para efectos, primero se define la longitud del periodo de observación (límite inferior y límite superior), eliminando los datos dispersos que hay en los extremos. Concretamente, para evitar que el comienzo o el final del periodo de observación esté casi vacío, se corta a determinada edad (o a una determinada fecha), eliminando las edades que tienen muy pocos casos. Luego, este periodo se divide en un número razonable de intervalos iguales o desiguales. El número de periodos y la extensión de cada uno de ellos depende del tamaño de la muestra, es decir, en cada intervalo debe haber un número estadísticamente suficiente de casos.

- *Datos censurados*

Los cortes del periodo de observación generan los problemas de “censura”, problemas dados porque no todos los individuos han llegado a la edad que marca el límite superior o inferior del periodo observado, dos ejemplos de datos censurados: uno, los individuos que no han alcanzado la edad máxima salen de observación antes de que finalice el periodo de observación; dos, los individuos que no habían nacido cuando otros sujetos ya habían empezado a vivir la trayectoria estudiada⁷. Entonces, antes de hacer la recodificación hay que definir el tipo de censura que hay en la trayectoria estudiada, porque este es un insumo que pide el RECAHQ.

⁷ Barbary (1994) propone que una forma opcional para manejar el caso de un tiempo biográfico en el que hay censura a la derecha, es agrupar todos los datos censurados en una nueva modalidad en la que los individuos entran desde la primera edad de censuramiento, y que permitiría ver todos los individuos hasta la fecha de la encuesta cualquiera sea su edad. Esta modalidad introduciría una heterogeneidad adicional que podría mirarse como conveniente y una solución adecuada. Otra forma para manejar la censura es realizar análisis separados por cohorte de edad. Esto porque los datos censurados afectan la composición por edad de los grupos que conforman la tipología.

En el caso de las trayectorias analizadas en la tesis, no hay censura a la izquierda en ningún caso porque en las tres cohortes los periodos de observación comienzan a los 15 años. Y si hay censura a la derecha en las cohortes estudiadas, porque no todas las mujeres tenían al momento de la encuesta la edad que define el límite superior del periodo de observación: en las cohortes con vida reproductiva en 1979-94 (encuesta Gillow), aportan censura a la derecha las mujeres que no tenían 30 años al momento de la encuesta, por ejemplo, las mujeres de 15 años aportan tiempos censurados correspondientes a las experiencias que no se observaron entre los 16 y los 30 años, y así sucesivamente. En la cohorte con vida reproductiva en 1969-84 (encuesta CEDE), están censurados a la derecha los segmentos de tiempo no observados en las mujeres que no tenían 30 años al momento de la encuesta; dado que la muestra se seleccionó con mujeres entre 25 y 30 años, hay aporte a tiempos censurados por parte de las mujeres que al momento de la encuesta tienen entre 25 y 29 años. Y en el caso de la cohorte con vida reproductiva en 1950-84 están censurados a la derecha los segmentos de tiempo correspondientes a las mujeres que no tenían 50 años al momento de la encuesta, mujeres entre 45 y 49 años (encuesta CEDE).

- **Tabla de recodificación**

Una vez definido el manejo del tiempo se procede a diseñar la tabla de recodificación, para lo cual existen dos opciones. Calcular la proporción de tiempo pasado por cada uno de los individuos en relación con el tiempo total, o, calcular la proporción de tiempo pasado por cada uno de los individuos en relación con el tiempo de cada intervalo. Esta última opción es la más conveniente tratándose de un tiempo biográfico, en el que la extensión de los intervalos no es constante⁸. De esta manera, el cuadro de observaciones originales se recodifica y se produce una tabla recodificada, con lo cual la variable continua se discretiza.

La tabla de recodificación se crea con el programa RECAHQ bajo SAS. A continuación se ejemplifica una aplicación con los datos de una de las trayectorias analizadas en esta tesis, la trayectoria de anticoncepción de la cohorte con vida reproductiva en 1969-84

⁸ Cuando el fenómeno estudiado varía mucho con la edad (la distribución por edad a la encuesta no es uniforme), es conveniente una partición en intervalos desiguales para calcular la tabla recodificada.

(encuesta CEDE). Inicialmente los parámetros del programa se introducen por las siguientes ventanas de diálogo:

PARÁMETROS DEL AHQ QUE ENTRAN AL PROGRAMA

Nombre de la base de entrada (libname): C/TESIS/MARGARITA/CEDE
Mes encuesta: 05
Año encuesta: 1984
Precisión de los datos recolectados:
Mes(1)/Año(2): 1
Base de entrada: ANTJOV
Nombre la variable que identifica a los individuos: identifi
Nombre de la variable que pondera los individuos: peso
Variables que contienen los datos de los eventos:
Mes inicio: mesin
Año inicio: anoin
Nombre de la variable que contiene las modalidades del estado biográfico: ESTADO
Número de modalidades de la variable de estado: 2
Nombre de la base de salida: RECODANTJOV

ESPECIFICACIÓN DE LOS TIEMPOS DEL PROCESO ANALIZADO

Los datos del análisis son censurados:
A la izquierda: Si(1)/No(2): 2
A la derecha: Si(1)/No(2): 1
Desea calcular las frecuencias:
En proporción a la duración total del periodo de análisis (1)
En proporción a la duración de cada periodo de recodificación (2) 2
El tiempo del análisis puede ser:
- Un tiempo histórico limitado por fechas calendario (1)
- Un tiempo biográfico que comienza a una edad dada del individuo (2)
- Un tiempo biográfico que comienza por un evento particular (3)
Escoger la opción 1,2, ó 3: 2
El tiempo del análisis está recortado en periodos elementales de recodificación
Número de cortes temporales: 5
Edad de inicio del análisis en años: 15
Nombre de las variables que contienen los datos de nacimiento de los individuos
- Mes de nacimiento: mesnaci
- año de nacimiento: añonaci

DEFINICIÓN DE LOS PERIODOS EN TIEMPO HISTÓRICO

- Fecha de finalización del primer intervalo temporal: 25
- Fecha de finalización del segundo intervalo temporal: 26
- Fecha de finalización del tercer intervalo temporal: 27
- Fecha de finalización del cuarto intervalo temporal: 28
- Fecha de finalización del quinto intervalo temporal: 30

TABLA A.3.2
 TABLA RECODIFICADA. TRAYECTORIA DE ANTICONCEPCIÓN.
 COHORTE CON VIDA REPRODUCTIVA EN 1979-94

H50	IDNH	T1E	T1E2	T1E3	T2E	T2E2	T2E3	T3E	T3E2	T3E3	T4E	T4E2	T4E3	T5E	T5E2	T5E3
1,00	200	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,42	0,42	0,17	0,00	0,00	1,00
1,00	400	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,10	0,40	0,50
1,00	500	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,11	0,89	0,00	0,00	0,05	0,95
1,00	800	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,50	0,50	0,00	1,00	0,00	0,00	0,37	0,03	0,60
1,00	900	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,25	0,75	0,00	0,86	0,14	0,00	0,52	0,03	0,45
1,00	1200	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,78	0,22	0,00	0,58	0,33	0,08	0,00	0,00	1,00
1,00	1300	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,92	0,08	0,00	0,00	1,00
1,00	1400	0,00	1,00	0,00	0,58	0,42	0,00	0,94	0,06	0,00	0,89	0,11	0,00	0,72	0,03	0,25
1,00	1500	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,92	0,08	0,00	0,00	1,00
1,00	1900	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,78	0,22	0,00	0,78	0,22	0,00	0,00	0,05	0,95
1,00	2000	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,42	0,58	0,00	0,69	0,31	0,00	0,55	0,05	0,40

En la tabla A.3.2, se presenta un extracto del archivo recodificado, correspondiente al ejemplo que se viene ilustrando (**RECODANTJOV**). La tabla recodificada caracteriza la trayectoria de las mujeres a lo largo del periodo estudiado. Como se puede observar, la tabla tiene tantas columnas como intervalos de tiempo (T1...Tx), considerando para cada intervalo, las modalidades de la variable (“sí uso”, “no uso” de anticonceptivos), y una modalidad “no aplicable” donde se registran los datos censurados⁹. En el caso del ejemplo descrito, en cada “Tx”, T1 representa el “sí uso”, T2 el “no uso” (de anticonceptivos), y T3 las observaciones censuradas.

Dependiendo del tipo de muestra con la que se trabaja, hay que decidir si el análisis debe hacerse con los datos observados o sobre los valores ponderados por los factores

⁹ Como se mencionó arriba, la censura se refiere los estados no observados en cada “tx”, porque no hubo mujeres que aportaran observaciones ya que no habían cumplido la edad correspondiente.

de expansión. Cuando no es un muestreo probabilístico la variable “peso” debe tener valores iguales a uno, y desde luego, se trabaja con los datos observados. En las cohortes analizadas en la tesis se trabajó con valores observados, tanto en los análisis longitudinales, como en la caracterización de los grupos y la muestra al momento de la encuesta. Por esto, la variable “peso” incluida en el archivo adecuado para el procedimiento de recodificación, se le asignó el valor “1” en cada fila (tabla A3.2).

La tabla recodificada sirve de base para producir los perfiles biográficos y para aplicar el análisis de grupos, es decir, para la partición de la muestra en grupos, bajo los criterios que más adelante se describen.

A.3.4 DISEÑO DEL PERFIL BIOGRÁFICO

Para diseñar el perfil biográfico de toda la muestra, con los datos de la tabla recodificada se calcula en cada intervalo del periodo analizado, la proporción de tiempo correspondiente a las modalidades de la variable, “sí uso” y “no uso” (de anticonceptivos). En cada intervalo se excluyen las observaciones censuradas. (En el cuadro 7.2.1 del capítulo séptimo de la tesis se presenta el cuadro respectivo). Para hacer los cálculos necesarios la tabla recodificada se pasa de SAS a excel.

Los datos se grafican en un diagrama de barras donde la ordenada es la proporción de tiempo que aporta el conjunto de mujeres a cada una de las modalidades y la axisa son los intervalos del periodo observado, (el gráfico correspondiente al ejemplo que venimos comentando es el No. 7.2.1 que también está en el capítulo séptimo). Como se comentó arriba, es importante tener en cuenta que en el perfil biográfico la unidad de observación es el tiempo ya que la tabla de recodificación se construye con los tiempos vividos por las mujeres en cada una de las modalidades de la variable. Se trata de una mirada biográfica de las trayectorias individuales, donde la unidad de observación es el tiempo vivido por cada mujer en su trayectoria individual.

A.3.5 ANÁLISIS FACTORIAL DE CORRESPONDENCIA

Como se mencionó arriba, armónico significa que el proceso observado se puede descomponer en una serie de variables aleatorias, con las que se construye una serie de funciones de tiempo llamadas armónicas, y con ellas se realiza el análisis factorial de correspondencia (AFC). El análisis armónico en el tiempo discreto se basa en las correspondencias múltiples de un determinado número de estados posibles por los que pasan los individuos, estados (o categorías) de las variables que representan las trayectorias estudiadas. La correspondencia está dada por la cercanía de los estados. La cercanía de los estados está dada por la magnitud de la varianza, los estados más cercanos tienen la varianza mínima posible.

En el caso de la trayectoria de anticoncepción que se viene ejemplificando, los estados son las modalidades de la variable “sí uso” código 1, “no uso” código 2 y dato censurado código 3. Los tiempos observados corresponden a cinco intervalos, t1, t2, t3, t4 y t5. Con lo cual los estados son: t11, t12, t13, t21, t23, t33, y así sucesivamente.

• Construcción de factores

Para hacer el AFC, mediante el RECAHQ existe la siguiente ventana de diálogo:

PARÁMETROS DEL AFC QUE ENTRAN AL PROGRAMA

Título del análisis: anticoncepción
Número de factores extraídos en el AFC: 3
Número de factores verticales del gráfico: 1
Número de factores horizontales del gráfico: 2
Nombre del archivo de coordenadas en el espacio de los factores: SalidaAnticoJoven.lst
Archivo para el gráfico: C/TESIS/MARGARITA/CEDE

En la práctica se hacen distintos ensayos de análisis de correspondencia para ajustar los parámetros del análisis definitivo y escoger el subespacio factorial que permita una clasificación satisfactoria. Satisfactoria en la medida en la que se pueda identificar cuáles son los grupos estables de la muestra, esto es los grupos en los que la inercia es mayor, o en otras palabras, la varianza intraclase es mínima. Así, se toma el número de factores (3, 5 ó hasta 10) que permita identificar grupos estables con mayor precisión.

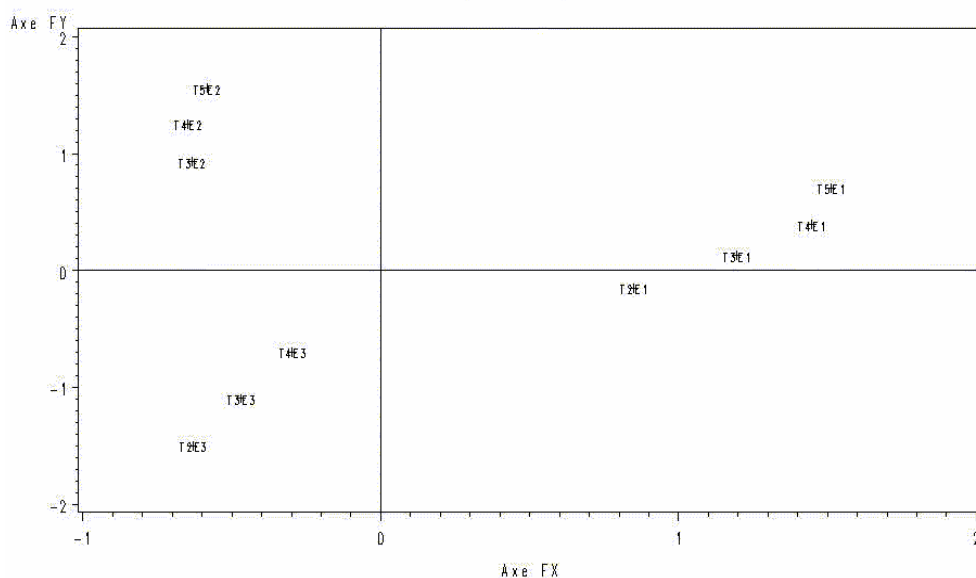
- **Distribución espacial de los factores**

Del procedimiento anterior también se produce un gráfico que ilustra la distribución espacial de los factores. Los factores están conformados por las modalidades de la variable estado, y cada una de estas modalidades tiene una secuencia de observaciones dada por el número de intervalos del periodo de observación, tal como se explicó arriba.

En el plano se dibujan puntos que indican combinaciones de “estados” que corresponden a las modalidades de la variable, estados ocurridos en un intervalo determinado del periodo analizado. Estas mismas observaciones son los insumos que entran al programa que ejecuta la clasificación en el espacio de los primeros factores.

Las nubes de puntos en el plano de ejes factoriales permiten identificar los grupos con mayor inercia (o varianza mínima), es decir los datos que más se parecen entre sí porque registran experiencias de uso de anticonceptivos parecidas en los tiempos de duración. En el gráfico A.3.5.1 se presenta la clasificación correspondiente al ejemplo que venimos ilustrando. Las nubes de puntos ubicadas en el plano de ejes factoriales, son una guía para definir el número de grupos que se deben crear; en el caso del ejemplo se insinúan tres grupos.

GRÁFICO A3.5.1
 DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS FACTORES.
 TRAYECTORIA DE ANTICONCEPCIÓN.
 COHORTE CON VIDA REPRODUCTIVA EN 1969-84



FUENTE: Encuesta CEDE 1984

El plano de ejes factoriales (gráfico A3.5.1) indica la agrupación de observaciones, “sí uso” y “no uso” de anticonceptivos en los intervalos temporales $t_1 \dots t_5$. La agrupación está dada por la “cercanía” de las observaciones, es decir, por la menor dispersión indicada por la varianza. En el cuadrante superior derecho se agrupan las observaciones correspondientes al “sí uso” de anticonceptivos en los intervalos t_2 , t_3 , t_4 y t_5 . En el cuadrante superior izquierdo se agrupan las observaciones correspondientes al “no uso” de anticonceptivos en los intervalos t_3 , t_4 y t_5 . En el cuadrante inferior izquierdo se dibujan las observaciones censuradas. En este gráfico se dibujan dos factores, que resumen la información original de la tabla recodificada. Con la información resumida en los factores es más eficiente definir una agrupación dada por la dispersión de los datos.

A.3.6 CREACIÓN DE GRUPOS

Para la creación de grupos se ingresa la tabla recodificada al módulo PROCLUS (SAS), mediante la caja de diálogo siguiente:

PARÁMETROS DEL PROCLUSTER QUE ENTRAN AL PROGRAMA

Título del análisis: “**clasificación anticoncepción CEDE joven 3 primeros factores**”

Nombre de la base de entrada: **ANTJOV2**

Nombre de la base de salida: **ANTJOV2B**

Número de grupos: **3**

La clasificación resultante de este procedimiento se hace a partir de un análisis de varianza, se maximiza la varianza interclase y se minimiza la varianza intraclase. La salida última de este procedimiento es la misma tabla recodificada, con una columna adicional que indica cada fila (caso), a qué cluster pertenece.

Hay que tener en cuenta que en la salida (resultados) de este procedimiento las unidades de observación son los individuos¹⁰, en tanto que en los procedimientos anteriores, recodificación y perfil biográfico, la unidad de observación es el tiempo que aportan los individuos. El resultado final de toda la metodología es caracterizar una tipología compuesta por grupos de individuos de la población estudiada.

A.3.7 CARACTERIZACIÓN DE LA TIPOLOGÍA

• Diseño de los perfiles biográficos de los grupos

En la tabla recodificada se incluye una columna adicional en la que se indica el grupo al que pertenece cada caso. Luego los datos se ordenan por la columna “cluster” para separar los casos que pertenecen a cada grupo, y para cada grupo se produce su perfil biográfico con el mismo procedimiento seguido con el diseño del perfil de la muestra total. Así, para cada grupo se estima el tiempo medio de permanencia en cada modalidad de la variable, y se dibujan los histogramas respectivos. En el cuadro 7.2.1 y el gráfico 7.2.5 de la tesis se presentan los datos y los diagramas correspondientes a la trayectoria de anticoncepción de la cohorte que venimos ejemplificando en este texto.

¹⁰ Los individuos clasificados en grupos en función del tiempo que aportan a las modalidades de la variable analizada.

Recordemos que esta trayectoria fue la variable “activa” con la cual se dividió la muestra en grupos.

Además de los perfiles de la variable “activa”, es posible diseñar el perfil biográfico de otra u otras trayectorias interesantes en las biografías estudiadas. En este caso, se trata de construir una variable longitudinal “ilustrativa” en la medida en que contribuye a caracterizar los grupos y la muestra identificados anteriormente. En el ejemplo citado se tomó la trayectoria de nupcialidad como variable ilustrativa, trayectoria muy relacionada con la anticoncepción. Para efectos operativos, los mismos grupos identificados en la variable activa (trayectoria de anticoncepción), se aplican a la tabla recodificada de la variable ilustrativa para construir los perfiles con el mismo procedimiento descrito anteriormente. (En el gráfico 7.2.2 y cuadro 7.2.2 se presentan los perfiles biográficos de la trayectoria de nupcialidad de la cohorte ejemplificada).

• **Comparación de los grupos y la muestra**

Tanto las variables transversales (al momento de la encuesta) como las variables longitudinales se utilizan para caracterizar la muestra y los grupos:

Por una parte se comparan las características transversales (momento encuesta) de los grupos con las características del conjunto de la muestra. Por ejemplo, para la caracterización sociodemográfica de las cohortes analizadas en la tesis incluyen indicadores sobre estrato social, migración, educación, trabajo, unión conyugal, fecundidad y anticoncepción (gráfico 7.2.7 y cuadro 7.2.2 del capítulo 7). Con estos indicadores es posible discutir los patrones de fecundidad y nupcialidad particulares de cada grupo, en relación con el comportamiento de la muestra total. Por otra parte, para cada trayectoria analizada, anticoncepción y nupcialidad, se comparan los perfiles biográficos de cada grupo con los perfiles de la muestra total (cuadro 7.2.1 y gráfico 7.2.5 de la tesis). Luego, a un nivel cualitativo se comentan los perfiles biográficos de las distintas trayectorias con las características sociodemográficas al momento de la encuesta (muestra y grupos).

Así, el resultado último de todo el procedimiento es una tipología de la cohorte compuesta por grupos que indican su heterogeneidad, donde los grupos y la muestra

están caracterizados con los perfiles biográficos de las trayectorias estudiadas y la situación sociodemográfica al momento de la encuesta.

Finalmente, las tipologías identificadas se discuten a la luz del contexto demográfico en el que se inscriben las poblaciones estudiadas. En el caso de la tesis, las cohortes de mujeres residentes en Bogotá se discuten con los cambios demográficos del conjunto de la ciudad ocurridos paralelamente. Así, se vinculan las temporalidades de la transición de la fecundidad en Bogotá con las temporalidades de la vida reproductiva de las distintas cohortes.