



DOCUMENTO CEDE 2007-16
ISSN 1657-7191 (Edición Electrónica)
AGOSTO DE 2007

CEDE

LA FECUNDIDAD Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA EN EL CONTEXTO DE LA MOVILIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE¹

CARMEN ELISA FLÓREZ²
VICTORIA EUGENIA SOTO³

Resumen

La reducción de la fecundidad ha ocurrido en todos los países de la región Latinoamericana, como consecuencia de un descenso en la fecundidad deseada y un aumento en el uso de métodos modernos de planificación familiar. Los descensos en fecundidad –deseada y observada- no han sido homogéneos entre estratos sociales, observándose un patrón claro entre grupos de países en todos los indicadores de estratificación social, el cual favorece la disminución de las inequidades mucho más en los países de transición avanzada que en los países de fecundidad rezagada. Para promover descensos en la fecundidad es necesario primero promover descensos en la fecundidad deseada, y luego promover la aceptación, el acceso y el uso de métodos modernos de planificación familiar. La educación ha demostrado ser uno de los canales efectivos para disminuir la fecundidad deseada y observada. Con el fin de facilitar la movilidad social, estos procesos deben incentivarse especialmente en los grupos de estrato social bajo, y en los países de fecundidad rezagada.

Palabras clave: fecundidad, salud sexual y reproductiva, movilidad social.

Clasificación JEL: J13, J10, I30.

¹ Esta investigación contó con el apoyo financiero del Banco Interamericano de Desarrollo – BID, Unidad de Pobreza y Desigualdad.

² Investigadora CEDE - Facultad de Economía, Universidad de Los Andes, cflorez@uniandes.edu.co

³ Investigadora CEDE - Facultad de Economía, Universidad de Los Andes, vi-soto@uniandes.edu.co

FERTILITY AND REPRODUCTIVE AND HEALTH SERVICES IN THE CONTEXT OF SOCIAL MOBILITY IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN

Abstract

Fertility reduction has occurred in all countries of the Latin American region, as a consequence of a decline in wanted fertility and an increase in the use of modern methods of family planning. The decline in fertility – wanted and observed – has not been homogeneous between social strata. A clear pattern across group of countries is observed in all social stratification indicators, favoring a higher decrease in social inequities in those countries in an advanced fertility transition state than in those countries with still high fertility levels. To promote a decline in observed fertility it is necessary first to promote a decline in wanted fertility and then to promote the access and use of modern methods of family planning. Education has demonstrated to be one of the effective channels to lead to a decrease in wanted and observed fertility. In order to facilitate social mobility, these processes must be especially promoted in low socioeconomic class and in those countries behind in the process of fertility transition.

Key words: Fertility, Sexual and Reproductive Health, Social Mobility.

JEL Classification: J13, J10, I30.

CONTENIDO

1. Introducción	4
2. Evidencia de la relación entre fecundidad y movilidad social	4
3. Los datos	8
4. Diferenciales en fecundidad y en el acceso a servicios de salud reproductiva en la región.....	9
4.1. La transición de la fecundidad	10
4.2. Fecundidad adolescente	13
4.3. Fecundidad deseada y fecundidad actual	16
4.4. Uso de métodos de planificación familiar	19
4.5. Necesidad insatisfecha y demanda de servicios de planificación familiar	21
5. Las Políticas sobre Salud Reproductiva en los países de la región	23
5.1. La política de población en general	26
5.2. Políticas en materia de Salud Reproductiva	28
6. Algunas reflexiones de política	31
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
CUADROS Y GRÁFICOS.....	41

1. Introducción

Es amplia la literatura que evidencia la persistente y alta desigualdad socioeconómica existente en América Latina, ya sea medida en términos de ingresos, activos o educación. Frente a estas condiciones, como lo afirma Gaviria (2006), adquiere importancia el estudio de la movilidad social como mecanismo para avanzar hacia una mayor equidad. Este documento pretende aportar al entendimiento de la dinámica de la movilidad social en América Latina mediante el análisis de la fecundidad y su relación con el acceso a los servicios de salud reproductiva en un contexto de estratificación social marcado.

La fecundidad es el elemento más importante del crecimiento poblacional, con excepción de poblaciones donde la migración es altamente significativa. América Latina no es la excepción. Por su parte, la fecundidad comúnmente muestra diferenciales favorables a los grupos sociales más altos, lo cual en el largo plazo acentúa la desigualdad social. Los descensos en fecundidad, mayores en los grupos de menor nivel socioeconómico y/o la movilidad social intergeneracional pueden en parte contrarrestar esta tendencia hacia una mayor desigualdad.

El documento está organizado en seis secciones, incluyendo esta introducción. Con base en la información disponible, la segunda sección la evidencia disponible sobre la relación entre fecundidad y movilidad social. La tercera sección describe los datos utilizados y los países seleccionados de América Latina y el Caribe. La cuarta sección se centra en el análisis de los diferenciales sociales de la fecundidad y del acceso a los servicios de salud reproductiva. La quinta sección resume las principales políticas de salud reproductiva implementadas por los países de la región durante los últimos años, con el fin de identificar algunos de los problemas enfrentados. La última sección hace algunas reflexiones y plantea algunas recomendaciones de política que favorezcan la dinámica de movilidad social a través de la fecundidad.

2. Evidencia de la relación entre fecundidad y movilidad social

La relación entre el proceso de movilidad social y la dinámica demográfica puede mirarse desde dos ángulos, estrechamente interrelacionados: el nivel agregado de la sociedad y el nivel micro de los hogares (Hakkert, 2005).

A **nivel agregado**, la evidencia empírica muestra que los grupos sociales no se reproducen a la misma tasa. Es común que los grupos menos favorecidos socialmente (pobres y menos educados) tengan mayores tasas de fecundidad y mayores tasas de mortalidad, pero también mayores tasas de crecimiento natural. Este hecho influye en la evolución de la desigualdad social. Es extensa la literatura que estudia el impacto de los diferenciales en las tasas de fecundidad sobre la distribución del ingreso a través de modelos con estructuras markovianas que predicen la movilidad entre niños nacidos en un grupo y su transición a otro grupo socioeconómico (Lam, 1986; Chu and Koo, 1990; Preston y Campbell, 1993 referenciados en Kremer y Chen, 2000; Mare, 1997; Kumar, 1975). Los resultados de estos modelos muestran que el grado de concentración de la distribución social inicial, la dirección y la intensidad de la movilidad social simulada, determina el grado de desigualdad que se obtiene en el estado estacionario. Kremer y Chen (2000) muestran que es muy difícil para los países en desarrollo con distribuciones de ingreso muy desiguales (como Brazil) tratar de disminuir la desigualdad. En esos países, los trabajadores más educados tienen menores tasas de fecundidad que los trabajadores menos educados. Si los hijos de los trabajadores más educados son también educados, entonces la proporción de trabajadores menos educados aumenta, lo cual reduce sus salarios y el costo de oportunidad de tener más hijos, creando un círculo vicioso que amplía la desigualdad. Ehrlich y Kim (2004) desarrollan un modelo en donde las decisiones de fecundidad de los hogares afectan la distribución del ingreso en los países, y obtienen el mismo resultado. De La Croix and Doepke (2003) analizan la importancia del diferencial de fecundidad como un canal a través del cual la dispersión salarial afecta el crecimiento de largo plazo.

Igualmente, Dahan y Tsiddon (1998) y Morand (1999) señalan que la dinámica de la transición de un grupo socioeconómico a otro está asociada a la transición demográfica, es decir al proceso de disminución de la fecundidad y de la tasa de crecimiento poblacional. Filgueira y Peri (2004) afirman que “la transición demográfica incide sobre la pobreza a través de tres mecanismos: el primero, de tipo macro, es el efecto del cambio de la población sobre el crecimiento económico vía ingresos, consumo y ahorro (efecto crecimiento). ... El segundo mecanismo es el efecto distribución que, en general, se refiere a la distribución del ingreso. Una elevada tasa de fecundidad reduce en términos absolutos la capacidad de los hogares pobres para lograr determinado nivel de consumo

total del hogar. ... Una fecundidad elevada puede afectar la distribución del ingreso negativamente si los nuevos nacimientos se concentran en los sectores pobres. ... El tercer mecanismo – efecto conversión – examina cómo la transición demográfica altera el bienestar y la capacidad de los hogares pobres en un nivel dado de ingresos y consumo” (pp. 34-35).

Para el caso particular de América Latina, Hakkert (2005) muestra que la dinámica demográfica – con tasas netas de reproducción mayores entre los más pobres – predispone al empeoramiento de la situación de pobreza. Tomando el caso de Guatemala, evidencia que los diferenciales entre estratos sociales en la tasa neta de reproducción, junto a una movilidad social nula, llevan a que la distribución por estrato social de una generación a otra pase de 20% a 30% en el quintil más pobre y de 20% a 9% en el más rico. Es decir, se acentúa la desigualdad social.

Birdsall, Kelly y Sinding (1999) (citado en Hakker, 2005), muestran para el Brasil el efecto en la estratificación social de una reducción mayor de la fecundidad en los estratos pobres que en los no pobres: el porcentaje de pobres se reduce de 37% a 25%.

En general, los estudios disponibles indican que tasas de crecimiento poblacional diferenciales entre estratos sociales, mayores en los más pobres, llevan a una mayor inequidad socioeconómica. Sin embargo, esa tendencia hacia una mayor inequidad puede ser parcialmente contrarrestada por la movilidad social intergeneracional, que se da a nivel de los hogares.

A **nivel de los hogares**, la relación entre movilidad intergeneracional y fecundidad ha sido también ampliamente estudiada (Westoff, 1981; Zimmer, 1981; Sobel, 1985; Bavel, 2005; Baez, 2006). Desde 1890 Dumont plantea que los adultos limitaban su tamaño de familia porque el número de hijos era un obstáculo para el éxito de los adultos como también era un obstáculo para promover la situación social de los hijos (Bavel, 2005). Es decir, Dumont sostenía que un tamaño de familia pequeño favorecía la movilidad social. En Sociología, este planteamiento se convirtió en uno clásico, ampliamente reconocido como la hipótesis que los padres limitan su fecundidad para mejorar el nivel de vida de sus hijos. Es decir, limitar la fecundidad se considera como una estrategia para asegurar que

la condición social de los hijos pueda ser superior a la de los padres. Así, limitar la fecundidad se relaciona con la movilidad social intergeneracional.

Este planteamiento también se observa en Economía. Allí, la relación negativa entre tamaño de la familia y el estrato social de los hijos se conoce como “el trade-off” entre cantidad y calidad de los hijos (Bavel, 2005). Becker es el principal economista exponente de esta hipótesis al plantear que una reducción en el número de hijos permite aumentar la inversión en los hijos y por lo tanto aumentar la calidad de los hijos, donde calidad se mide como el bienestar futuro de los hijos –incluyendo el ingreso cuando adultos (Becker, 1991). Algunos estudios disponibles prueban la hipótesis de cantidad vs. calidad de los hijos con resultados positivos. Bavel (2005) demuestra esta hipótesis para Bélgica durante el periodo de transición demográfica (entre 1850 y 1910) utilizando información longitudinal de los registros de población y midiendo calidad con ocupación laboral. Baez (2006) prueba la hipótesis para Colombia analizando los cambios exógenos en fecundidad inducidos por la preferencia de hermanos del mismo sexo en familias con al menos dos (tres) hijos. González y Ribero (2005) y López y Ribero (2005) también encuentran evidencia para el caso colombiano de la relación negativa existente entre cantidad y calidad de los hijos, medida la calidad de los niños en términos de talla y peso y logro educativo según la edad.

La relación entre movilidad intergeneracional y fecundidad a nivel del hogar se hace evidente también en los estudios que confirman la existencia de un círculo vicioso entre reproducción y pobreza. Duryea y Székely (1998) muestran que un mayor número de hijos está asociado con una mayor probabilidad de ser pobre. Las familias más pobres, y más grandes, enfrentan más dificultades para proveer a los hijos de educación y otros insumos esenciales para la movilidad social. Esto implica una desventaja de las familias más pobres para la movilidad social intergeneracional (Hakkert, 2005), favoreciendo por el contrario la transmisión intergeneracional de la pobreza (Cortés y Escobar, 2005; Barros, Duryea & Székely, 1999). Filgueira y Peri (2004) sostienen que “una alta fecundidad resiente el acceso a la educación y a la salud, demanda mayor atención materna, sobrecarga al hogar con tiempos y gastos, descarta las ventajas de la economía de escala debido a la creciente congestión de los costos marginales y deteriora la formación de sus hijos para reconvertir posteriormente su condición de pobre” (pp. 35). Núñez y Cuesta (2006) por su parte identifican en el tamaño del hogar una trampa de pobreza:

“Frecuentemente, los pobres deciden tener más hijos para asegurar un ingreso en la vejez, cerrando el círculo de pobreza en el presente y el futuro” (pp. 9). Birdsall y Sinding (2001) (citado en Paz et al (2004)) afirman que una alta fecundidad lleva a una reproducción de la pobreza ya que un mayor número de hijos reduce la capacidad de consumo de los hogares, disminuye el bienestar de todos sus miembros, y disminuye la capacidad de acumulación de activos.

En resumen, es amplia la literatura que evidencia la relación negativa entre fecundidad y movilidad social, ya sea a nivel agregado de la sociedad como a nivel microsocioal de los hogares. En el primer caso, la mayor fecundidad de los grupos pobres favorece una mayor desigualdad del ingreso. En el segundo caso, el mayor número de hijos en los grupos más pobres favorece la transmisión intergeneracional de la pobreza.

3. Los datos

Se utilizan las Encuestas de Demografía y Salud (DHS) que Macro Internacional ha venido desarrollando en el mundo desde la década de los setenta, las cuales recogen información sobre planificación familiar y salud materna e infantil, sobrevivencia infantil y otros temas de salud reproductiva. Se seleccionaron países con diferentes niveles de fecundidad y con información disponible reciente - cuya última DHS haya sido realizada en las rondas del 2000. Estos incluye a: Bolivia, Colombia, Guatemala, Haití, República Dominicana y Perú.

De acuerdo con la clasificación del nivel de fecundidad realizada por Chackiel y Schkolnik (2003), los países seleccionados representan estadios de fecundidad alta (Haití y Guatemala), media (Bolivia y República Dominicana) y baja (Perú y Colombia) (Cuadro 1). Aunque Guatemala no tiene información reciente, se decidió incluirlo para completar el grupo de países de fecundidad alta. Debido al proceso de transición demográfica, ya no existen en la región países con fecundidad muy alta, superiores a 5 hijos por mujer.

A pesar de que los países seleccionados representan tres diferentes estadios de la fecundidad, la tendencia en la fecundidad sugiere una agrupación alternativa (Gráfico 1). Aunque República Dominicana se encuentra en un estadio medio de fecundidad, su tendencia reciente lo hace asemejarse más al grupo de países de fecundidad baja. Por el

contrario, Bolivia, aunque con una fecundidad decreciente, pareciera ajustarse más al grupo de fecundidad alta. Tendríamos entonces dos grupos de países: fecundidad baja, Colombia, Perú y República Dominicana, y fecundidad alta, Bolivia, Haití y Guatemala.

Como era de esperarse, los niveles de fecundidad claramente están relacionados con los indicadores de nivel de desarrollo, tales como educación y porcentaje de población rural. Mayor fecundidad se observa en los países de menor nivel de desarrollo (Cuadro 1).

4. Diferenciales en fecundidad y en el acceso a servicios de salud reproductiva en la región

La región de América Latina y el Caribe (ALC) experimenta desde principios del siglo XX un proceso de transición demográfica acelerada, es decir un paso de altas a bajas tasas de natalidad y mortalidad. El cambio más importante en este proceso ha sido el marcado descenso de la fecundidad. En los 40 años, la región pasó de tener en promedio niveles superiores al resto del mundo (5 hijos por mujer en 1970) a ubicarse en niveles por debajo de la media mundial (2,8 hijos en 2000-2005) (CELADE, 2005). Aunque esta reducción de la fecundidad ha ocurrido en todos los países de la región, no se ha dado con la misma intensidad entre países ni al interior de éstos, favoreciendo siempre a los países más desarrollados, las zonas urbanas, y los grupos sociales de mayor nivel socioeconómico.

En esta sección se trata de identificar si las tendencias en la fecundidad y en el acceso y uso de los servicios de salud reproductiva durante las últimas décadas en los países de la región favorecen la movilidad y la equidad social. ¿La fecundidad de los más pobres disminuye más que la de los más ricos? ¿El acceso a servicios de salud reproductiva permite realizar la fecundidad deseada? ¿La fecundidad deseada favorece la equidad social? ¿Es la demanda insatisfecha de planificación familiar un instrumento mediante el cual pueda lograrse mayor igualdad en la fecundidad? Para responder a estas preguntas se analizan las tendencias en los diferenciales por condición social de la fecundidad, la fecundidad deseada, el uso de métodos de planificación familiar, y la necesidad insatisfecha de métodos de planificación familiar.

Como indicadores de condición social se utiliza la zona de residencia, el nivel educativo de la mujer y el quintil de riqueza del hogar⁴. Como afirman Castro y Juárez (1995), “la educación de la mujer ha sido ampliamente utilizada como un indicador de desarrollo socioeconómico en las explicaciones estructurales de la transición demográfica. Más recientemente, se ha identificado como un catalizador de la “modernización” en las teorías de innovación-difusión”.

4.1. La transición de la fecundidad

Los descensos en fecundidad, que en la región Latinoamericana se inician desde mediados de los años sesenta, continúan durante los últimos veinte años, especialmente en los países de transición más avanzada⁵. Haití y Guatemala, países con niveles altos de fecundidad, son los más estables, ampliándose de esta forma el diferencial de fecundidad entre países (Gráfico 1). A principios de la década del 2000, Guatemala y Haití presentan niveles de fecundidad cercanos a los 5 hijos por mujer, casi el doble a los de Colombia y Perú, 2,4.

La transición demográfica ha significado un descenso en la fecundidad en todos los grupos de edad, con excepción de la fecundidad adolescente. Al inicio de la transición, los mayores descensos por edad se dan en las edades entre los 25 y los 35 años, llevando a un rejuvenecimiento del patrón. A medida que se avanza en la transición, los descensos se extienden al grupo de 20-24 años, rejuveneciendo aún más el patrón de fecundidad (Gráfico 2). El rejuvenecimiento del patrón de fecundidad estaría indicando que cada vez se prefiere más tener los hijos inmediatamente se constituyen las uniones, para luego controlar los nacimientos. Es decir, se evidencia un uso de planificación familiar para limitar más que para espaciar los nacimientos. El rejuvenecimiento del patrón también se

⁴ El nivel de riqueza se mide por quintiles del Índice de Riqueza construido por Macro Internacional para las Encuestas de Demografía y Salud. La metodología, inicialmente desarrollada por el Banco Mundial, es una de componentes principales mediante la cual se asigna una ponderación a cada uno de los indicadores de los activos físicos (nevera, licuadora, lavadora, televisor, radio, etc.), características de la vivienda (material de las paredes, pisos, etc.) y características del hogar (servicio sanitario, fuente de agua, combustible para cocinar, etc.). La suma de estos puntajes conforma el Índice de riqueza del hogar. A cada uno de los individuos se le asigna el índice de riqueza del hogar al cual pertenecen (Rutstein and Johnson, 2004).

⁵ La tendencia en la TGF indica que el nivel de la tasa global de fecundidad pareciera estar subestimado en Colombia en 1990 y en República Dominicana en 1999. Para el caso Colombiano, estudios previos han sugerido que la muestra de la DHS de 1990 en las zonas rurales parece estar sesgada hacia centros más poblados, es decir hacia áreas más urbanas, generando una TGF baja en las zonas rurales y en el total del país.

relaciona con el rol pasivo que la nupcialidad ha jugado en el proceso de la transición demográfica en los países latinoamericanos (Chackiel, 2004; Flórez y Núñez, 2002).

Contrario a los otros grupos de edad, la fecundidad adolescente muestra cambios mucho menos marcados, inclusive aumenta en algunos países como Colombia y República Dominicana (Gráfico 2). En estos países, la fecundidad adolescente actual supera los niveles observados diez años atrás. En República Dominicana, en el 2002 llega a 116 por mil, en Colombia en el 2005 llega a 90 por mil. Por el contrario, en Perú tan solo es de 61 por mil en el 2004. Para los países Latinoamericanos, el menor ritmo en el descenso de la tasa de fecundidad adolescente frente a la fecundidad total hace que la primera contribuya cada vez más a la segunda, especialmente para los países en donde la fecundidad adolescente ha venido aumentando. En estos últimos países, la fecundidad adolescente representa el 19% de la fecundidad total, mientras que en Haití o Guatemala representa entre el 9% y el 11%.

Dentro de los países de la región, las inequidades sociales en fecundidad siempre han sido marcadas, independientemente del estadio de transición demográfica. Las zonas urbanas, los grupos más educados y los grupos de mayor riqueza tienen menores niveles de fecundidad (Cuadro 2). Los descensos en fecundidad no han sido homogéneos entre estratos sociales, observándose un patrón claro entre grupos de países en todos los indicadores de estratificación social, el cual favorece la disminución de las inequidades mucho más en los países de transición avanzada que en los países de fecundidad rezagada.

Por **zona**, hay una tendencia a disminuir el diferencial rural/urbano en todos los países, más marcada en el grupo de países de menor nivel de fecundidad (Gráfico 3). Dentro éstos, Perú es el que muestra los mayores descensos en la fecundidad rural frente a la urbana, aunque es República Dominicana el que actualmente muestra el menor diferencial rural/urbano. Dentro del grupo de países de fecundidad alta, los descensos en la fecundidad rural y urbana son mucho menos marcados, y prácticamente se mantiene el diferencial entre zonas. A pesar de los descensos mayores en la fecundidad rural que en la urbana, aún en la década del 2000, las mujeres rurales muestran una fecundidad entre 20% y 80% mayor que la urbana.

Por **nivel educativo**, el panorama es similar. En el grupo de países de fecundidad baja se observa un mayor descenso en la fecundidad de las mujeres menos educadas que en las más educadas, llevando a una disminución del diferencial de la fecundidad por nivel educativo (Gráfico 4). Esto es especialmente marcado en Perú. Sin embargo, en este grupo de países, aún en el 2000, las mujeres menos educadas tienen una fecundidad alrededor de 4,5 hijos, un poco menos del doble a la observada en las mujeres más educadas, 2,5 hijos. En los países de alta fecundidad por el contrario, los diferenciales educativos prácticamente se mantienen, o inclusive aumentan como es el caso de Bolivia. En este grupo, las mujeres sin educación tienen un nivel de fecundidad alrededor de 6,8 hijos, es decir un poco menos de 3 veces la fecundidad de las mujeres con alta educación (2,5 hijos por mujer).

Los diferenciales por **nivel de riqueza** muestran igualmente comportamientos disímiles en los dos grupos de países⁶. Los países en un estadio bajo de fecundidad muestran un descenso en el diferencial de la fecundidad por riqueza, mientras que lo contrario sucede en los países en un estadio alto de fecundidad (Gráfico 5). En Colombia y Perú, se observa una mayor disminución en la TGF entre las mujeres más pobres que entre las más ricas. A pesar de la tendencia hacia una disminución de la brecha, los diferenciales son aún muy marcados. Por ejemplo, en Colombia, las mujeres de estratos altos tienen en el 2005 una fecundidad de 1,6 hijos, menor al nivel de reemplazo (1,8 hijos), mientras que las más pobres tienen una fecundidad de 4,1 hijos. Es decir las pobres tienen 2,6 veces el número de hijos de la más ricas. En Bolivia y Haití, por el contrario, se amplía el diferencial social en fecundidad: las mujeres más ricas disminuyen su fecundidad más que las mujeres más pobres. En este grupo de países, las mujeres más pobres tienen una fecundidad de 2, mientras que en las más pobres es de 6,7 o 7 hijos, es decir las pobres tienen un número de hijos 3,3 veces el de las mujeres más ricas.

En general, los diferenciales en fecundidad por zona de residencia, educación y nivel de riqueza han disminuido en los países en etapas más avanzadas de la transición de la fecundidad, mientras que prácticamente se han mantenido constantes en los países rezagados en la transición. Es decir, en el grupo de países de transición avanzada, la fecundidad entre estratos sociales tiende a converger a niveles bajos, mientras que en los países de fecundidad alta la brecha entre estratos se mantiene o inclusive aumenta. Los

⁶ No en todos los países está disponible el Índice de Riqueza para todos los años.

altos diferenciales sociales en fecundidad en los países de transición rezagada implican tasas de crecimiento natural mayor entre los grupos menos favorecidos que entre los más favorecidos socialmente, lo cual, bajo condiciones constantes, llevaría a empeorar la estratificación social en estos países. En los países de transición avanzada, por el contrario, la dinámica de la fecundidad estaría contribuyendo a una menor desigualdad social.

Este comportamiento de la fecundidad es acorde con el proceso mismo de transición demográfica. La evidencia empírica indica que el descenso de la fecundidad se inicia primero en las áreas más desarrolladas y en los grupos socioeconómicos altos y luego se difunde a los grupos de menor nivel social. El descenso de la fecundidad se asocia, entre otros, a procesos de urbanización, industrialización, escolarización, participación laboral femenina, penetración de los medios de comunicación masivos, que a su vez facilitan el cambio cultural, de valores y aceptación y uso de métodos modernos de planificación familiar. Es de esperarse que con estos tipos de cambios, la fecundidad observada en los países de transición rezagada y sus diferenciales sociales disminuyan con el tiempo.

4.2. Fecundidad adolescente

En general, la fecundidad alta en la adolescencia, y con mayor fuerza en la adolescencia temprana, está asociada al truncamiento de la trayectoria educativa y a limitaciones en el ámbito laboral de la adolescente en su vida futura. Como Rodríguez (2003) afirma: “aunque se trate de descendencias finales poco numerosas, si su procreación tiene lugar a una edad muy joven persiste la colisión entre reproducción y acumulación de activos educativos y laborales, amén de una carga para la cual suele haber menos preparación a dichas edades” (página 43). Bajo este contexto, una fecundidad alta en la adolescencia representa un obstáculo para la movilidad social.

Contrario al comportamiento homogéneo de descenso en la fecundidad total, la tendencia en la fecundidad adolescente muestra un comportamiento heterogéneo a lo largo de América Latina y el Caribe. En algunos países desciende⁷, mientras que en otros

⁷ Aunque algunos estudios sugieren que el aumento en la fecundidad adolescente observado en algunos países de América Latina no es real sino que es consecuencia de efectos de la estructura de edades, un estudio de CELADE, basado en censos de población y en indicadores de fecundidad por edades simples, indica que “en todos los países en que es posible una comparación diacrónica, la prevalencia de la fecundidad

aumenta, y en otros se mantiene constante, sin ninguna relación con el estadió de la fecundidad global. Países como Bolivia y Guatemala muestran un descenso permanente - no muy marcado -, aunque más lento que el observado en la fecundidad total. Otros países, como Colombia, República Dominicana y Haití, muestran una tendencia creciente en la última década. En Perú, por el contrario, la fecundidad adolescente ha permanecido casi constante (Cuadro 3). Estas tendencias evidencian que en la región falta mucho progreso en reducir la fecundidad adolescente.

Estudios disponibles muestran, de forma generalizada, que la maternidad a edades tempranas no es homogénea por grupos socioeconómicos, sino que es más alta entre los grupos más desfavorecidos socialmente (Guzmán et al, 2000; Ordóñez y Murad, 2000; Flórez et al, 2004). Ya sea que se utilice como variable de estratificación socioeconómica la zona de residencia, el nivel educativo o el nivel de riqueza, se puede afirmar que existe una relación negativa entre el nivel de fecundidad adolescente y el nivel socioeconómico, en donde las adolescentes de nivel socioeconómico más bajo tienen mayor probabilidad de ser madres que las de los estratos más altos (Cuadro 3).

En todos los países, las adolescentes residentes en áreas rurales muestran una mayor proporción de embarazo precoz. Sin embargo, el diferencial por zona es más marcado en unos países que en otros. Así, Perú que tiene la menor proporción de adolescentes madres o embarazadas y que muestra una tendencia más o menos constante en este indicador, tiene el mayor diferencial a lo largo del tiempo. La fecundidad adolescente es baja pero las inequidades en contra de las zonas rurales son muy altas: la fecundidad adolescente rural (20,3%) es más del doble que la urbana (9%). Por el contrario, países con mayor proporción de adolescentes madres o embarazadas, y en los cuales ésta proporción ha estado aumentando, como República Dominicana y Colombia, el diferencial es menor. La fecundidad adolescente es alta pero las inequidades en contra de las zonas rurales son menores: la fecundidad adolescente rural (26,9%) es 1,5 veces superior a la urbana (18,5%).

alta a los 17 años cumplidos ha tendido a aumentar." (Rodríguez, 2003). En general, Rodríguez muestra evidencia clara de un aumento en la fecundidad adolescente en la mayoría de los países de América Latina, generando un patrón de creciente control de la intensidad reproductiva sin un control concomitante respecto de su inicio.

En los países considerados, los diferenciales de la fecundidad adolescente por nivel educativo y por quintil de riqueza son mucho más pronunciados que el de zona de residencia. La proporción de adolescentes madres o embarazadas es mucho mayor en aquellas sin educación o con nivel primaria, que en las que tienen nivel secundaria o más. Es mayor entre las más pobres que entre las más ricas. Aunque en la mayoría de los países, los diferenciales por educación y por quintil de riqueza han disminuido en los últimos años, en los años del 2000, la proporción de adolescentes madres o embarazadas es por lo menos 3 veces mayor entre las más pobres o no educadas que entre las adolescentes más ricas o con educación superior (Cuadro 3). Los diferenciales por riqueza son muy altos en el caso de Perú, país de menor nivel de fecundidad adolescente. Allí, el 29% de las adolescentes pobres son madres o están embarazadas, mientras que este porcentaje es de solo 4% entre las adolescentes más ricas. En general, los diferenciales por zona de residencia, educación y nivel de riqueza son más pronunciados cuando los niveles de fecundidad adolescente son menores.

No hay consenso en la literatura si el embarazo precoz es causa o consecuencia de la deserción escolar y de la baja acumulación de capital humano, y por ende de la pobreza. Algunos estudios recientes coinciden en afirmar que las peores condiciones sociales observadas en las madres adolescentes, como menor nivel educativo y pobreza, preceden y no son el resultado de la maternidad temprana. Así, una parte significativa del embarazo precoz se debe a las condiciones anteriores de las jóvenes madres, como el fracaso escolar, problemas de comportamiento, disfuncionalidad familiar y la pobreza (Moore et al, 1995 citado en Guzmán et al, 2000; Rodríguez, 2005; Buvinic, 1998). Para el caso específico de Colombia, Flórez y Soto (2007) muestran, con información longitudinal, que en el estrato bajo la deserción escolar (y la pobreza) es, en la mayoría de los casos, condición previa al y no consecuencia del embarazo adolescente. Sin embargo, una proporción importante de embarazos en las adolescentes pobres – una cuarta parte - ocurre simultáneamente con la deserción, y en la mayoría de los casos trunca la trayectoria educativa, obstaculizando la movilidad social y reforzando el círculo vicioso de la pobreza.

Aún en el caso de que la deserción escolar y la pobreza antecedan al embarazo, ésta condición limita aún más el surgimiento social y económico de la adolescente. El embarazo en la adolescencia implica un obstáculo importante para el logro de las tareas

propias de esta etapa de desarrollo y para el desempeño futuro, entre las cuales está el truncamiento de la adquisición de educación como capital humano, empleos menos estables, un desempeño pobre en el mercado laboral y unas pérdidas de ingresos futuros (Levine and Chase-Lansdale, 1998; Rodríguez, 2003; Núñez y Cuesta, 2007; Buvinic, 1998). Estas condiciones obstaculizan la movilidad social y arraigan la pobreza de las adolescentes de bajos niveles de ingreso.

Las consecuencias negativas del embarazo adolescente no son solo para la madre sino también para el hijo. Las encuestas de Demografía y Salud evidencian que los hijos de madres adolescentes muestran menores niveles de nutrición y mayores riesgos de mortalidad que los hijos de madres más adultas. Las madres adolescentes también muestran mayores complicaciones al parto y posparto, lo cual tiene implicaciones negativas para los hijos. La mortalidad materna está asociada con menor nivel nutricional y menor desempeño escolar de los niños (Gertler, 2003). Por otra parte, las madres adolescentes tienden a tener menores niveles de estabilidad marital, menores intervalos entre hijos, y un mayor número de hijos fuera de uniones estables, factores que dificultan aún más la crianza de los hijos y afectan el desempeño escolar y social de éstos: los niños de madres adolescentes muestran retrasos en el desarrollo cognitivo y mayores tasas de deserción escolar, y tienden a mostrar mayores problemas de comportamiento social (mayores niveles de agresión) y actividad sexual y maternidad más temprana (Levine and Chase-Lansdale, 1998). Estas condiciones hacen que el embarazo adolescente lleve a que se reproduzca con mayor seguridad el círculo vicioso de la pobreza y obstaculice la movilidad social intergeneracional.

4.3. Fecundidad deseada y fecundidad actual

Bajo condiciones de acceso y aceptación de métodos eficientes de planificación familiar, la fecundidad observada es la realización de la fecundidad deseada⁸. Para que la fecundidad observada descienda es necesario que descienda primero la fecundidad deseada. Luego, se requiere que las parejas tengan información adecuada y acceso a métodos eficientes de planificación familiar (Chackiel, 2004). Programas de planificación

⁸ La tasa de fecundidad deseada expresa el nivel de fecundidad que teóricamente resultaría si todos los nacimientos no deseados se pudieran prevenir. Para definir si un nacimiento fue deseado o no, Macro Int. sigue el método de Lightbourne, mediante el cual un nacimiento se considera deseado si el número de hijos sobrevivientes en el momento del embarazo es menor que el número ideal de hijos informado por la entrevistada (Profamilia, 2005).

familiar no tendrían impacto si primero no se dan transformaciones culturales que modifican las percepciones y los valores sobre un tamaño ideal de familia pequeño.

La evidencia empírica muestra una relación muy estrecha entre la fecundidad deseada y fecundidad observada (Gráfico 6⁹). Por esta misma razón, puede decirse que el descenso en la fecundidad observada ha sido el resultado de un descenso previo en la fecundidad deseada. La fecundidad deseada ha venido disminuyendo en todos los países, pero especialmente en los países que se encuentran actualmente en un estadio bajo de fecundidad. En Colombia y Perú la fecundidad deseada ha alcanzado niveles de 1,7 y 1,5 respectivamente, por debajo del nivel de fecundidad de reemplazo (1,8) (Gráfico 7). Por el contrario, en países como Guatemala, la fecundidad deseada ha permanecido alta, en 4,1 hijos por mujer, lo cual se ha traducido en una fecundidad efectiva también alta (Cuadro 4).

El descenso en la fecundidad deseada no ha sido homogéneo entre estratos sociales. El número ideal de hijos siempre ha sido menor en los grupos socialmente más favorecidos: zonas urbanas, mujeres más educadas y grupos más ricos (Cuadros 4 a 6). A su vez, la tendencia ha sido hacia una disminución de los diferenciales, hacia una convergencia a niveles bajos de fecundidad deseada (Gráficos 8 a 10). Esto es especialmente marcado en los países de transición avanzada, mientras que en los de transición incipiente los descensos en el diferencial de la fecundidad deseada han sido modestos. En Colombia y Perú, la fecundidad deseada disminuye más entre las menos educadas y las más pobres, mientras que en Guatemala, por el contrario, los cambios en la fecundidad deseada por estrato social han estado ausentes, llevando a una constancia en los diferenciales (Gráficos 9 y 10). Esto se traduce en niveles altos y estables en la fecundidad efectiva en este país, como lo vimos en las secciones anteriores. Así, en los países en estadios altos de fecundidad, como Guatemala, los pequeños cambios en la fecundidad observada se deben a cambios también menores en la fecundidad deseada. En estos países, se requieren cambios estructurales y culturales que generen primero cambios en las conductas, actitudes y valores favorables hacia ideales de una familia pequeña, con ventajas económicas y sociales.

⁹ El Gráfico 6 relaciona la fecundidad deseada y observada por quintil de riqueza para los 6 países seleccionados.

Varios estudios indican que la educación es un canal a través del cual se logran estos cambios en las actitudes y valores (Castro y Juárez, 1995; Axinn and Barber, 2001). De una parte, la educación de la mujer influye directamente alterando actitudes, planes, visiones y el costo de oportunidad de su tiempo que llevan a cambios en su fecundidad futura. De otra, una mayor escolaridad de los hijos influye también en la fecundidad futura de sus madres debido a que se afectan los costos y los beneficios de los hijos, y estos son determinantes de la calidad y cantidad de los hijos. En educación de las madres es mucho lo que se puede avanzar, especialmente en los países con fecundidad rezagada, dados los diferenciales educativos altos que se observan entre las mujeres más pobres y más ricas, y entre zonas urbanas y rurales (Cuadro 7; Gráfico 12). Por ejemplo, en Guatemala, las mujeres del quintil 5 de riqueza tienen en promedio solo 1 año de educación, mientras que las más ricas tienen 8,7 años de educación. Es decir, las ricas tienen un poco más de 8 veces los años de educación que las mujeres del quintil más bajo. En los países de transición más avanzada, los diferenciales educativos por nivel de riqueza y por zona de residencia, aunque marcados, son menores y han venido disminuyendo. En estos casos, el nivel educativo de las mujeres más pobres y rurales ha aumentado más que el de las mujeres más ricas y urbanas, disminuyendo el diferencial educativo a niveles entre 2 y 3. Por ejemplo, en Colombia en el 2005, las mujeres más pobres tienen en promedio casi 5 años de educación frente a 11,6 años de las más ricas. Este menor diferencial educativo probablemente ha llevado también a menores diferenciales sociales en la fecundidad deseada, en la aceptación y uso de métodos modernos y eficientes de planificación familiar y en la fecundidad realizada.

El número ideal de hijos es sistemáticamente menor a la fecundidad observada (Cuadros 4 a 6). Es decir, en ningún país se realiza la fecundidad deseada, sino que se tienen más hijos de los deseados. La diferencia entre la fecundidad deseada y la realizada – denominada fecundidad no deseada - es mayor en los países en estadios altos de fecundidad, y mayor en los grupos de estratos sociales bajos. La fecundidad no deseada es menor a 1 en los países en transición avanzada, mientras que es casi 2 en los países de transición rezagada (con excepción de Guatemala), tiende a cero entre las educadas y las de mayor nivel social, pero es relativamente alta entre las mujeres rurales, menos educadas y más pobres (Gráfico 12).

Los diferenciales sociales en la fecundidad no deseada son similares en los dos grupos de países, mucho más marcados que los existentes en la fecundidad deseada o en la fecundidad observada. Las mujeres más ricas tienen una fecundidad no deseada entre 4 y 9 veces mayor a la de las mujeres más pobres. Así, en todos los países, en los grupos de mujeres de nivel social bajo, que tienen un tamaño de familia ideal mucho menor al que efectivamente realizan, es posible disminuir la fecundidad observada a través del acceso a métodos eficientes de planificación familiar.

4.4. Uso de métodos de planificación familiar

Estudios disponibles indican que la anticoncepción es el determinante próximo de la fecundidad de mayor importancia en el descenso de la fecundidad en la región latinoamericana (Chackiel y Schkolnik, 2003; Flórez y Núñez, 2002). La urbanización, la expansión educativa, la penetración de medios masivos de comunicación, y los esfuerzos privados y estatales de programas de planificación familiar, entre otros, han favorecido la difusión de información y la aceptación de métodos modernos de planificación familiar.

En todos los países, sin excepción, se ha dado un aumento sistemático en el uso de métodos de planificación familiar, y especialmente de métodos modernos (Cuadro 8, Gráfico 13). Como era de esperarse, la prevalencia de métodos modernos de planificación familiar es mayor en los países que se encuentran en un estadio avanzado de la transición. Es decir, hay una estrecha relación negativa entre la TGF y el grado de prevalencia de métodos modernos de planificación familiar (Gráfico 14) (Gillespie et al, 2006). Por ejemplo, en Colombia – de fecundidad baja- la prevalencia de métodos modernos entre las mujeres unidas llega casi al 70%, mientras que en Haití – de fecundidad alta - no llega al 25%.

Los países de baja fecundidad efectiva, como vimos en la sección anterior, tienen también un nivel bajo de fecundidad deseada. La menor fecundidad deseada se concretó en menor fecundidad efectiva gracias a un mayor uso de métodos de planificación familiar. Esto último fue posible a su vez gracias a lo que se conoce como la “revolución anticonceptiva”, que comprende: un gran aumento de la producción, eficiencia y calidad de medios anticonceptivos, la disponibilidad de programas públicos y privados de planificación familiar, y los cambios culturales en las actitudes hacia la valoración y

aceptación del uso de métodos de planificación familiar (CELADE, 2005). Los cambios culturales hacia la aceptación de métodos de planificación familiar van ligados a los cambios hacia un menor tamaño ideal de familia. Los complementan la disponibilidad y facilidad de acceder a los métodos, lo cual se logra con los programas privados y/o estatales.

Como era de esperarse, el uso de métodos modernos también es mayor entre las mujeres urbanas, más educadas y de mayor nivel de riqueza (Cuadros 9 a 11). El uso de métodos modernos ha venido aumentando en todos los estratos sociales, con una tendencia hacia una convergencia a un mayor uso de métodos modernos. Esto es más acentuado en el grupo de países de fecundidad baja. Por ejemplo, en Colombia en el 2005, el 57,4% de las mujeres unidas sin educación y el 69,2% de las unidas más educadas usa métodos modernos de planificación familiar. En Guatemala en 1999, el diferencial es de 3,3 a 1: el 16% de las mujeres sin educación y el 53,7% de las más educadas usa métodos modernos de planificación familiar (Cuadro 10). Por nivel de riqueza, los diferenciales son aún más marcados. En Colombia, en 1995, la prevalencia de métodos modernos entre las unidas más ricas era 1,6 veces la de las más pobres (65% vs. 42%). En Guatemala, en el mismo año, el diferencial era de 10,5 veces! Un 5% de las pobres usaban, mientras entre las ricas el 57% ya usaba métodos de planificación familiar (Cuadro 11). Estos grandes diferenciales entre estratos sociales en el uso de métodos modernos pueden estar asociados, entre otros, a los grandes diferenciales observados arriba en el nivel educativo de las mujeres por quintil de riqueza. Como se mencionó antes, la educación es un medio para cambiar valores sobre el tamaño ideal de familia, como también sobre la aceptación y uso de métodos modernos de planificación familiar.

En los países de fecundidad alta, las diferencias por estrato social en el uso de métodos modernos de planificación familiar no solo son marcadas, sino son más acentuadas que las diferencias en la fecundidad deseada. Esto de hecho genera una alta estratificación social en la fecundidad no deseada. La fecundidad no deseada ha alcanzado niveles cercanos a cero en los estratos sociales altos de los países en transición avanzada o rezagada, pero está en niveles de 3,7 entre las mujeres pobres de Bolivia, 3,4 entre las pobres de Haití, y alrededor de 2 entre las mujeres más ricas de Colombia o Perú (Cuadro 6).

Existe una relación negativa entre nivel de prevalencia de métodos modernos de planificación familiar y fecundidad no deseada (Gráfico 15), la cual sugiere barreras de acceso en el uso de los métodos que no permiten materializar la menor fecundidad deseada. Esto es especialmente marcado entre las mujeres de estratos sociales bajos: en estos grupos la fecundidad no deseada es mayor y el uso de métodos es menor. En este contexto, la falta de acceso a los métodos modernos de planificación familiar refuerza aún más los obstáculos para la movilidad social ya que impiden materializar una fecundidad deseada baja en los grupos más pobres, pero que de hecho es mayor a la fecundidad deseada de los estratos altos.

4.5. Necesidad insatisfecha y demanda de servicios de planificación familiar

El acceso a información y métodos de planificación familiar se analiza a través de cuatro indicadores: conocimiento de una fuente de suministro de métodos modernos de planificación familiar, conocimiento del ciclo menstrual, demanda total¹⁰ y demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar¹¹. Los dos primeros evidencian acceso a información, y los dos últimos acceso a los métodos mismos.

El conocimiento de una fuente de suministro y el conocimiento del ciclo menstrual están estrechamente relacionados con la prevalencia de métodos modernos de planificación familiar: a mayor el acceso a información y a fuentes de suministro, mayor el uso de métodos (Gráficos 16 y 17). En los países en transición demográfica avanzada, como Colombia y Perú, el conocimiento de una fuente de suministro es universal, independientemente del estrato social o del nivel educativo. En los países de fecundidad rezagada, como Haití y Guatemala, por el contrario, el conocimiento de una fuente de suministro escasamente llega al 50% entre las mujeres en edad fértil, siendo los diferenciales muy pronunciados entre zonas urbanas y rurales, por nivel educativo o por nivel de riqueza. Por ejemplo, en Guatemala, menos de la quinta parte (23,9%) de las

¹⁰ Demanda de servicios de planificación familiar incluye: mujeres con necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres que actualmente usan métodos anticonceptivos (necesidad satisfecha) y mujeres embarazadas o amenorréicas que quedaron embarazadas mientras usaban un método (falla de método) (Profamilia, 2005).

¹¹ Necesidad insatisfecha se define como el porcentaje de: a) las mujeres en unión que a la fecha de la encuesta eran amenorréicas, o estaban embarazadas y no querían el hijo o querían esperar al menos dos años para embarazarse; más b) las mujeres en unión que a la fecha de la encuesta no eran amenorréicas ni estaban embarazadas pero querían esperar al menos dos años para embarazarse, pero no estaban usando métodos de planificación familiar (Profamilia, 2005).

mujeres más pobres conoce una fuente de suministro, mientras que dicho porcentaje es de 72,5% entre las mujeres del estrato más alto de riqueza (Cuadro 12).

El conocimiento del ciclo menstrual, por el contrario, es relativamente bajo en todos los países de la región, pero especialmente en los países de fecundidad alta. Tan solo el 38% de las mujeres de 15-49 años de Colombia, Perú y Bolivia conoce que el período fértil de la mujer tiene lugar a mitad del ciclo menstrual, porcentaje que solo llega al 10%-15% en Haití y Guatemala (Cuadro 13). El desconocimiento del ciclo menstrual es alarmante cuando se considera el nivel educativo o el nivel de riqueza, especialmente en los países de alta fecundidad. Por ejemplo, en Haití en el 2000, tan solo el 5% de las mujeres más pobres y el 18% de las más ricas conocen adecuadamente el ciclo menstrual. En Guatemala, en 1995, los porcentajes eran del 1,7% entre las más pobres y del 26,8% entre las más ricas. Esta evidencia indica que las mujeres presentan vacíos fundamentales en materia de salud sexual y reproductiva, y seguramente en el uso adecuado de los métodos. Las mujeres están abordando y desarrollando su sexualidad con un conocimiento deficiente de la misma. Aunque saben dónde distribuyen los métodos, han oído hablar de ellos, y pueden estar en capacidad de utilizarlos, desconocen cómo funciona su propia fisiología de la reproducción, lo cual puede generar un uso inapropiado de los métodos. Esto es especialmente agudo en los países de transición rezagada, lo cual puede estar relacionado con los bajos niveles educativos de su población.

La demanda de métodos de planificación familiar ha venido aumentando en todos los países de la región, llegando al 86% en Colombia y 62% en Guatemala (Cuadro 14). La demanda es mayor en las zonas urbanas, y entre las mujeres más educadas y las de mayor nivel de riqueza. Los diferenciales por estrato social son menos marcados en los países de transición avanzada que en los de fecundidad alta. En Colombia, Perú y República Dominicana, la demanda por métodos de planificación familiar es muy similar en las mujeres de diferente nivel educativo y diferente nivel de riqueza, mientras que en Bolivia, Haití y Guatemala las mujeres más educadas tienen una mayor demanda que las mujeres menos educadas. En el caso de Guatemala, el diferencial es de casi 1 a 1,7 tanto por riqueza como por nivel educativo (Cuadro 14).

La demanda por planificación familiar evidencia las preferencias por el uso de métodos, mientras que la demanda insatisfecha indica que tanto de la demanda total no se cubre de manera satisfactoria. La demanda insatisfecha por planificación familiar es significativamente mayor en los países de fecundidad rezagada que en los de fecundidad baja. En Colombia y Perú, por ejemplo, en el 2004/2005, la demanda insatisfecha no llega al 6%, mientras que en Guatemala y Bolivia es del 23% y llega casi al 40% en Haití (Cuadro 15). En este último grupo de países, por lo tanto, satisfacer adecuadamente la demanda de planificación familiar llevaría a disminuir la tasa global de fecundidad.

La demanda insatisfecha por planificación familiar es mayor en los grupos sociales menos favorecidos: es mayor en las mujeres de las zonas rurales, menos educadas y de menor nivel de riqueza. En general, los diferenciales sociales en la demanda insatisfecha han venido disminuyendo, con una tendencia hacia una convergencia a niveles más bajos, especialmente en los países de transición avanzada (Gráfico 18). Por el contrario, los diferenciales por nivel de riqueza en la demanda insatisfecha en los países de fecundidad baja son menos acentuados, como es el caso de Haití, en donde el 44% de las mujeres pobres y el 35% de las más ricas tienen demanda insatisfecha. Esto sugiere la existencia de barreras en el acceso a los servicios de planificación familiar, especialmente entre las mujeres menos favorecidas socialmente de los países de fecundidad alta. Programas de planificación familiar dirigidos a estos grupos sociales contribuirían a disminuir su nivel de fecundidad y, a través de esto, contribuirían de forma positiva a disminuir la desigualdad en fecundidad y a mejorar la movilidad social.

5. Las Políticas sobre Salud Reproductiva en los países de la región

El concepto de salud reproductiva, fundamental para el diseño de las políticas relacionadas, ha evolucionado en las últimas décadas, desde una visión limitada a la planificación familiar a un campo de acción mucho más amplio que rebasa la esfera biológica y se relaciona con los valores, la cultura y la realización personal de cada ser humano (OPS, 1998). En los años sesenta, en el desarrollo de las medidas en materia de anticoncepción y planificación familiar, los servicios estaban dirigidos a las mujeres en edad fértil (OPS, 1998). En los años ochenta, se difundió el concepto de promoción de la salud y la planificación familiar se integró a los servicios tradicionales de salud materno-

infantil, los cuales se concentraban en el embarazo, el parto y la atención perinatal (OPS, 1998). En los años noventa, el diseño de los servicios se orienta al individuo, con énfasis en los derechos humanos, la libertad y las responsabilidades que conllevan el libre ejercicio de la sexualidad (OPS, 1998). En éste periodo, las políticas y servicios se definen bajo la perspectiva de género y se documenta la necesidad de integrar a la salud pública aspectos como la educación, la nutrición, el trabajo y aspectos culturales y económicos (OPS, 1998). En 1994, los países del mundo llegaron a un acuerdo sobre la definición de la salud reproductiva. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) llevada a cabo en el Cairo, 179 países adoptaron el Programa de Acción (PA) que incluye la definición de SSR (Lander y Nigera, 2000).

El PA define *“la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia de elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”* Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo: FNUAP; 1995.

Hoy día, *“en el plan personal, la salud reproductiva se refiere a un continuo que empieza antes de la concepción, incluye la educación a temprana edad, abarca el desarrollo del adolescente y pasa por el período de la fecundidad y la reproducción hasta que, en la*

mujer, desemboca en la menopausia y el climaterio y, en el hombre, en la andropausia. En el plano colectivo, es parte integrante del desarrollo sostenible de un país y se basa en los derechos y deberes humanos individuales y sociales” (OPS, 1998).

Con esta definición, como parte del PA de la CIPD, los países acordaron lograr la meta de acceso universal a la salud sexual y reproductiva en el 2015:

“Acceso universal para el 2015 de el rango más amplio posible de métodos seguros y efectivos de planificación familiar, incluyendo métodos de barrera, y acceso a los servicios de salud reproductiva: cuidado obstétrico, prevención y manejo de infecciones reproductivas incluyendo infecciones de transmisión sexual” (WHO, 2006, pp. 2)

En los años siguientes a la CIPD, las agencias internacionales acordaron una lista corta de 17 indicadores para monitorear las metas de SSR, entre los cuales se encuentran: la Tasa Global de Fecundidad, la prevalencia de anticonceptivos, la tasa de mortalidad materna, la cobertura de atención prenatal y de atención profesional al parto, entre otros (WHO, 2006).

Posteriormente, en Septiembre de 2000, la Declaración del Milenio, adoptada por 187 países, llevó a la definición de las metas de desarrollo del Milenio (MDGs) y de objetivos asociados, los cuales son comúnmente aceptados como un marco para monitorear el progreso hacia el desarrollo (WHO, 2006; IPPFWHR, 2006; Associated Press, 2006). De las 8 MDGs definidas en el 2000, la quinta se relaciona con la salud materna, con el objetivo de reducir en $\frac{3}{4}$ la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015 (WHO, 2006). A pesar de la importancia dada a la SSR en el CIPD, ésta no estaba incluida dentro de los 18 objetivos asociados a las 8 metas definidas en el 2000. Por esta razón, y después del esfuerzo de muchos gobiernos y de ONGs, en Octubre del 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas acordó incluir un nuevo objetivo a la quinta Meta del Milenio: lograr acceso universal a la salud reproductiva en el 2015 (IPPFWHR, 2006). De esta forma, se ratifica el compromiso internacional de los países con la SSR logrado en 1994 en la CIPD, y se obliga a los países a incorporar, en el marco de reformas del sector salud, políticas que promuevan y garanticen el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Con este contexto global de política, en esta sección se busca identificar las líneas seguidas por las políticas y programas de los países de la región de ALC en el área de

salud reproductiva con el fin de relacionarlas con los resultados actuales en sus niveles de fecundidad.

5.1. La política de población en general

La CIPD de El Cairo no solo redefinió el concepto de salud reproductiva sino cambió el concepto de política de población. El concepto tradicional de política de población se centra en las acciones dirigidas a afectar la dinámica poblacional (crecimiento y composición de la población) a través de influir en alguno de los elementos de cambio poblacional (fecundidad, mortalidad y migración). El Cairo terminó con ese énfasis centrado en el control de la población e inició una discusión centrada en los derechos de la persona, que en gran medida son políticas sociales relevantes para la reproducción humana (Martne y Hakkert, 2003).

De acuerdo con Marte y Hakkert (2003), durante la década de los años 50, frente al rápido crecimiento demográfico de los países en desarrollo, la política de población estaba dirigida a controlar el crecimiento a través del control de la fecundidad. Estos planteamientos dieron origen a dos perspectivas diferentes sobre cómo controlar la fecundidad: 1) la perspectiva de “demanda”, en la cual son factores estructurales los que determinan una alta demanda por hijos, y por lo tanto, las políticas deben centrarse en acciones que alteren la preferencia por familias más pequeñas (educación de la mujer, movilidad social, mortalidad infantil) (Demeny, 1992; Simon, 1981, citados en Martne y Hakkert, 2003), y 2) la perspectiva de “oferta” que plantea que las mujeres tienen más hijos de los que desean y por lo tanto la fecundidad se puede reducir a través de una mejora en el acceso a los medios de control natal. Debido a que la perspectiva de demanda implicaba implementar una política de más largo plazo, en la década de los 50 y 60, período de explosión demográfica de los países en vías de desarrollo, primó la perspectiva de oferta – especialmente en las entidades bilaterales y multilaterales, fuente de los recursos en el área de población. El término “política de población” pasó a ser considerado casi sinónimo de “planificación familiar”, vista como la única forma de reducir la fecundidad, principal fuente del crecimiento poblacional.

Sin embargo, este enfoque de “oferta” – en su formulación simplista - no tuvo mucho eco en la región latinoamericana. No todos los países de ALC cuentan, ni han contado, con una política de población clara y definida¹². Según Miró (1992) y Martne y Hakkert (2003), México es el único país que posee una política de población clara, con instrumentos de implementación y líneas programáticas definidas. Los demás países de la región no tienen una política explícita de población, aunque algunos, como Perú y Nicaragua, han hecho esfuerzos concretos sin resultados significativos. En la mayoría de los países se ha hecho algún esfuerzo por formular una política de población más allá de la simple planificación familiar, incluyendo temas de urbanización, migración, empleo y otros aspectos relativos a la población (Martne y Hakkert, 2003). Por ejemplo, en el caso de Costa Rica, las políticas de población hacen parte integral de la política social, a través del acceso universal a la educación, salud, vivienda, y pobreza. En Colombia, los programas de planificación familiar se han ido integrando a las actividades de salud pública, complementando las actividades de planificación familiar de la empresa privada, sin una política explícita de población.

A pesar de que la mayoría de los países no tuvieron una política explícita y definida de población, y menos en su concepto limitado a la planificación familiar, todos han sufrido el proceso de transición de la fecundidad, aunque con diferente velocidad e intensidad. Así, por ejemplo, Colombia y Guatemala comparten la misma situación en relación a la existencia de una política de población, pero se encuentran en estadios extremos de fecundidad (Cuadro 16). Sin embargo, en todos los países la política de población estuvo implícita en las políticas sociales (perspectiva de demanda) y en el apoyo tácito de la oferta, iniciada por el sector privado en muchos casos, de los programas de planificación familiar (perspectiva de oferta). Esta evidencia ha llevado a afirmar que “los cambios importantes que se han dado en la dinámica demográfica de los países de ALC corresponden fundamentalmente a transformaciones económicas, sociales y políticas ocurridas en las sociedades de esos países” (Miró, 1992 citado en Martne y Hakkert, 2003). En el mismo sentido, se afirma que “el descenso de la fecundidad se debió a la expansión de la preferencia por familias más pequeñas....Esta mutación valórica deriva del proceso de modernización social y económica experimentado en la región y que por diversos mecanismos hizo desventajoso tener una prole numerosa. ...Así la baja de la

¹² Una política de población es entendida como una “política pública que define una o varias metas que deben alcanzarse, fija un plazo dentro del cual deberán lograrse e identifica los instrumentos que permitirán alcanzarlas, o por lo menos avanzar hacia su consecución.” Miró (1994) citado en Martne y Hakkert (2003).

fecundidad ha ocurrido como consecuencia de cambios en las conductas de las personas en un marco de crecientes – aunque insuficientes – capacidades para el ejercicio de los derechos reproductivos básicos a tener los hijos que se aspira” (CEPAL, 2005). Esa demanda por una familia más pequeña pudo materializarse con la oferta de servicios de planificación familiar que, a través de las políticas de salud o del sector privado, se concretó en todos los países. Como lo afirma CELADE (2005): “Así, aunque los programas de planificación familiar no pueden considerarse como los causantes directos del descenso de la fecundidad, si fueron clave para que las parejas pudieran controlar de manera más eficiente y tener el número de hijos que realmente deseaban”. Es decir, se conjugaron elementos de la perspectiva de demanda y de oferta para el descenso de la fecundidad.

5.2. Políticas en materia de Salud Reproductiva

Langer y Nigenda (2000) describen un panorama general de la situación de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en la región y sostiene que los acuerdos de los gobiernos en la CIPD de El Cairo en 1994, y con la enmienda reciente de la quinta meta de las MDGs, han llevado a los países a establecer políticas y programas para atender las necesidades en SSR. Algunos de los ejemplos que Langer y Nigenda (2000) ponen de evidencia son:

- Todos los países de ALC, exceptuando Argentina, cuentan con un programa nacional de planificación familiar. Sin embargo, en Argentina, el Estado debe ofrecer información sobre el tema
- En varios países se realizan esfuerzos para mejorar los servicios de planificación familiar
- Chile y México garantizan de forma explícita los derechos reproductivos, creando programas específicos para la mujer que incluyen problemas de SSR
- En Bolivia, Guatemala, Haití, Paraguay, y República Dominicana, la reducción de la mortalidad materna es el principal objetivo en los programas de salud reproductiva
- En algunos países, como El Salvador y Colombia, se trabaja con adolescentes con el fin de prevenir los embarazos precoces y las ETS- VIH/SIDA mediante servicios de información y consejería

Langer y Nigenda (2000) sostienen que la tendencia en las políticas y los programas en la región es hacia integración de los servicios de salud reproductiva, incluidos los programas de planificación familiar. Sin embargo, esto no parece estar dando en la práctica. De acuerdo con Hakkert (2004), “las políticas de salud promovidas por la reforma de los sistemas de salud – realizadas recientemente por la mayoría de los países a ALC – han fortalecido políticas focalizadas que entran en choque con las políticas integrales de salud de las mujeres y en particular con las políticas de salud sexual y reproductiva. El eje central sigue siendo la atención a la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y a la salud del niño. Solo en algunos casos existe una ampliación de las prestaciones de salud. Esas políticas acaban generando, por lo tanto, un retorno a concepciones ya superadas de salud de las mujeres, que vuelven a los modelos de los años 70, rompiendo con la integralidad de la atención a la salud sacramentada por Cairo. Actualmente en muchos países, los seguros de salud Materno-Infantil conviven con políticas de Salud Sexual y Reproductiva o con programas especializados, como en Argentina, con el Programa de Salud Sexual y Procreación responsable. ... La descentralización de los sistemas de salud, en los moldes actualmente preconizados, dificulta el mantenimiento de políticas de salud implementadas según los principios de equidad de género, raza/etnia y generacional” (pp. 3).

A continuación se resumen algunas de las limitaciones que Langer y Nigenda (2000) identificaron en los planes y programas en SSR de la región:

- Falta una integración de los servicios en los diferentes niveles. Por ejemplo, en Bolivia, a pesar de que el gobierno ha declarado que la planificación familiar es uno de los componentes de la SSR, en la práctica son pocos los programas nacionales que ofrecen toda la gama completa de servicios. En atención materna, los servicios de atención primaria no están integrados con los de atención secundaria y terciaria. La prevención de ETS –VIH/SIDA se realiza de manera independiente de la atención materna, la planificación familiar y la educación
- Existe una deficiente cobertura y calidad en los servicios asociados, entre otros, a ineficiencias en el sistema de salud. En la región, gran parte de los servicios de SSR, como salud materna y planificación familiar, son ofrecidos por a través del sistema de seguridad social, por lo cual las inequidades sociales en la atención de problemas de salud se reflejan también en SSR

- La mayoría, hasta un 80%, de todos los servicios de SSR se financian con asistencia externa. Esto refleja una baja prioridad en los recursos públicos asignados a SSR. Las contribuciones de los países a SSR están muy por debajo de lo comprometido en el CIPD
- El enfoque de las políticas relativas a SSR no es multisectorial ni incorpora la perspectiva de género. Las políticas de SSR no se integran con las políticas generales dirigidas a las mujeres. Por ejemplo, los programas de SSR de Colombia, México y Perú, tienen como objetivo explícito incrementar el poder de la mujer; pero la coordinación de los programas para lograr ese objetivo es deficiente
- El desarrollo de los programas de SSR no responde a las necesidades de las poblaciones rurales e indígenas. Colombia, Perú, México y el Salvador son la excepción, puesto que implementan programas con enfoques alternativos para este tipo de comunidades
- En la región varían las disposiciones legales y programáticas para la educación y los servicios de salud reproductiva de adolescentes. A pesar de que muchos países de ALC han identificado la población adolescente como una población de alto riesgo en materia de SSR, y de que la fecundidad adolescente ha estado aumentando en algunos de ellos, no existen políticas claras y específicas para la atención de este grupo. Solo en México y Colombia se han hecho esfuerzos al respecto
- La provisión de los servicios de SSR por parte del sector privado está muy poco reglamentada. Gran parte de la población accede a los servicios de SSR en el sector privado o en farmacias. Por ejemplo, en Colombia en el 2005, a pesar de que casi el 70% de la población del país está afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud, solo el 8% de las usuarias de métodos modernos los obtienen en las EPS y ARS (Profamilia, 2005). Por el contrario, el 60% de las usuarias de métodos modernos adquieren el método en el sector privado, y de éstas un 50% los adquiere en farmacias donde la información que les puedan brindar es limitada y de mala calidad
- Los servicios médicos privados carecen de controles de calidad y regulación, con servicios de calidad muy variable
- La implementación de los programas de SSR requiere capacitación de los proveedores sobre el reconocimiento y respeto de los derechos de las mujeres

que aseguren la competencia técnica en la atención. Este es uno de los puntos más débiles de la región en la implementación de la política en SSR

- La descentralización de los programas de salud reproductiva se dificulta por la falta de recursos humanos adecuados. Por ejemplo, en México, en el nivel local no se cuenta con la capacitación ni la experiencia apropiada para llevar a cabo las nuevas tareas implícitas en el nuevo enfoque de SSR. En Brasil, la transferencia de la agenda del nivel central al nivel descentralizado fue muy compleja, requiriendo “cambiar muchas mentalidades”
- Existe insuficiencia y falta de oportunidad en la información estadística disponible como insumo para el diseño e implementación de las políticas a nivel local. Los registros vitales y de los sistemas de salud de los diferentes países, aunque han mejorado, son aún deficientes. La información disponible de encuestas (como las DHS) no cuenta con la representatividad estadística a niveles desagregados, y en algunos casos, como en el VIH/SIDA o ETS, se limita solo a grupos específicos

6. Algunas reflexiones de política

La reducción de la fecundidad ha ocurrido en todos los países de la región, como consecuencia de un descenso en la fecundidad deseada y en el uso de métodos modernos de planificación familiar. Los descensos en fecundidad –deseada y observada– no han sido homogéneos entre estratos sociales, observándose un patrón claro entre grupos de países en todos los indicadores de estratificación social, el cual favorece la disminución de las inequidades mucho más en los países de transición avanzada que en los países de fecundidad rezagada. Este comportamiento es acorde con el proceso mismo de transición de la fecundidad. El descenso de la fecundidad se asocia, entre otros, a procesos de urbanización, industrialización, escolarización, participación laboral femenina, penetración de los medios de comunicación masivos, que a su vez facilitan el cambio cultural, de valores y aceptación y uso de métodos modernos de planificación familiar. Por lo tanto, el descenso de la fecundidad se inicia primero en las áreas más desarrolladas y en los grupos socioeconómicos altos y luego se difunde a los grupos de menor nivel social.

En los países de transición avanzada, todos los indicadores de salud reproductiva muestran tendencias favorables hacia un menor crecimiento poblacional con

convergencia entre los diferentes estratos sociales (Cuadro 17). El nivel de fecundidad deseada y observada, el conocimiento y uso de métodos modernos de planificación familiar, y la demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar sugieren una tendencia hacia menores diferenciales sociales, lo cual favorece la movilidad social en éstos países. En los países de transición rezagada, los indicadores de salud reproductiva muestran cambios modestos, manteniendo diferenciales sociales altos. La fecundidad deseada es aún alta, el conocimiento y uso de métodos modernos de planificación familiar es bajo, la demanda insatisfecha de planificación familiar es alta, con diferenciales sociales muy marcados, en contra de los grupos de menor nivel social (Cuadro 17). Estas condiciones obstaculizan la movilidad social al generar un mayor crecimiento poblacional en los grupos menos favorecidos socialmente.

Para promover descensos en la fecundidad es necesario primero promover descensos en la fecundidad deseada, y luego promover la aceptación, el acceso y el uso de métodos modernos de planificación familiar. Con el fin de facilitar la movilidad social, estos procesos deben incentivarse especialmente en los grupos de estrato social bajo, y en los países de fecundidad rezagada.

La educación ha demostrado ser uno de los canales efectivos para disminuir la fecundidad. De una parte, es un motor de movilidad social al aumentar el costo de oportunidad del tiempo de la mujer y aumentar el costo económico de los hijos. De otra parte, la educación es un transformador de actitudes, aspiraciones y creencias, que generan valores positivos hacia un tamaño de familia pequeño. La educación también es una fuente de conocimiento que provee información general y facilita la adquisición de información adicional impartida a través de medios masivos de comunicación. Los niveles y diferenciales de la educación en las mujeres en edad reproductiva está relacionada con los niveles y diferenciales observados en fecundidad y los demás indicadores de salud reproductiva. En los países de transición avanzada, la educación es alta con convergencia hacia la equidad social. En los países de transición rezagada, el nivel educativo es bajo y los diferenciales sociales son marcados (Cuadro 17). En este último grupo de países, aumentos en el nivel educativo – mayor en los estratos sociales bajos – generará cambios en el tamaño deseado de familia, y en la aceptación y uso de métodos modernos de planificación familiar, que se traducirán en descensos en el nivel de fecundidad y en la

tasa de crecimiento poblacional, favorables a los grupos sociales más bajos, incentivando la movilidad social.

Las razones de no uso de métodos modernos de planificación familiar sustentan la necesidad de generar cambios en los valores y actitudes hacia un tamaño de familia pequeño. En los países en un estadio de fecundidad baja, como Colombia y Perú, la mayoría (80%-85%) de las mujeres unidas que no usan métodos dan razones relacionadas con factores de fecundidad como son el deseo de más hijos, la baja frecuencia de relaciones sexuales, la infertilidad, etc. Sin embargo, en los países de fecundidad alta, como en Guatemala, las principales razones de no uso de métodos modernos se relacionan con factores de problemas de acceso a los métodos (26%), oposición a usar métodos por parte de la mujer o del cónyuge (15%), temor a los efectos secundarios (19%), como también son importantes las prohibiciones religiosas (13%) (Cuadro 18). En este caso, las tradiciones culturales (prohibiciones individuales, familiares y religiosas), y la falta de información adecuada (temores a efectos secundarios) se convierten en barreras para el acceso a los métodos modernos. En Bolivia, por ejemplo, se ha encontrado que existe una baja utilización de los servicios de SSR y una preferencia por la medicina y los métodos anticonceptivos tradicionales. Esto es resultado entre otras causas, a la ausencia de educación sexual, poca oferta de servicios de SSR, a la desconfianza de la población con respecto a los servicios y los métodos y a factores económicos y socioculturales (Velasco et al, 1999). En Guatemala, las dificultades para el acceso a los métodos, las contrariedades con la pareja y las prácticas religiosas están entre las principales barreras para el uso de anticonceptivos (Cerigua, 2007).

Claramente existen problemas de acceso a los métodos modernos de planificación familiar, que se hace evidente no solo a partir de las razones explícitas de no uso, sino a partir de la existencia de niveles altos de fecundidad no deseada frente a un uso bajo de métodos (sección 4.5 arriba), especialmente en los grupos de menor nivel social y en los países de transición rezagada. Los principales problemas que pueden identificarse en el acceso a los servicios de planificación familiar, especialmente en los países de transición rezagada y en los grupos de bajo nivel social, se pueden resumir en:

- Barreras culturales (oposición religiosa o de pareja)
- Dificultades económicas y geográficas (especialmente en zonas rurales)
- Falta de información sobre las fuentes de abastecimiento

- Falta de información y acceso limitado a la educación sexual y reproductiva. Aunque existe un reconocimiento de que la disponibilidad de métodos anticonceptivos y de información sobre ellos es un elemento esencial de cualquier servicio de anticoncepción y la demanda de orientación en materia de anticonceptivos es muy grande, se utiliza poco material informativo para el público (Velasco et al, 1999; Flórez y Soto, 2007; Cerigua, 2007; Murillo, 1999). Las mujeres, y más las adolescentes, están asumiendo su reproducción con un conocimiento deficiente en materia de salud reproductiva y en el uso de los métodos
- Los servicios gubernamentales parecen tener condiciones más deficientes que los no gubernamentales. En los primeros hay mayor proporción de enfermeras auxiliares, menos insumos y menos consultorios en buenas condiciones
- Los planes de atención básica en salud de los sistemas de seguridad social no cubren el método más ampliamente utilizado, especialmente por las mujeres jóvenes adolescentes, como es el condón (este es el caso de Colombia (Flórez y Soto, 2007)). Aunque es un método de bajo costo, puede representar restricciones en su uso entre los grupos de bajo nivel socioeconómico
- Interacciones deficientes con los proveedores de servicios de salud reproductiva (Merali, 2001). La percepción de discriminación en función de la clase socioeconómica, fundamentada o no, lleva a una baja utilización de los servicios y a la insatisfacción de la clientela (Velasco et al, 1999; Flórez et al, 2004)
- En muchos consultorios no hay suficiente espacio habilitado para dar asesoramiento confidencial. Esto podría llevar a la usuaria a no hacer preguntas abiertamente y a no despejar todas sus dudas cuando acude al proveedor, lo cual podría redundar en el uso inadecuado del método anticonceptivo y en una serie de experiencias desfavorables para la usuaria (Velasco et al, 1999; Flórez et al, 2004)

La existencia de estas barreras en el acceso sugiere la consideración de los siguientes elementos en los diseños de política:

- Ampliación de la cobertura de la educación formal en los grupos de bajo nivel socioeconómico y de los países de transición rezagada, con el fin de generar cambios culturales, valores y actitudes hacia un tamaño de familia pequeño
- Promoción de la educación SSR con calidad, sin distinción de género, en los centros educativos formales y no formales

- Mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de SSR con énfasis en facilitar el acceso y mejorar el conocimiento y adecuada utilización de los métodos modernos de planificación familiar
- Generar mecanismos para garantizar el suministro de los métodos modernos (precios, subsidios, entre otros) e incluirlos en los planes básicos de los sistemas de salud
- Dar mayor capacitación a los prestadores de servicios de SSR en términos de los derechos de SSR y atención al cliente
- Utilizar ampliamente los medios masivos de comunicación para difundir la información sobre los derechos en SSR, las ventajas de familias pequeñas, las fuentes de suministros de métodos modernos, la eficiencia de los métodos modernos de planificación familiar

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Associated Press (2006). <http://www.arha.org.au/index/Universal_access_2006.pdf> Consultado Junio 7, 2007.
- Axinn, W. and Barber, J. (2001). Mass Education and Fertility Transition, *American Sociological Review*, Vol 66, No.4, Agosto, pp. 481-505.
- Baez, J. (2006). Does More Mean Better? A Quasi-experimental Analysis of the Link between Family Size and Children's Quality, Department of Economics Maxwell School of Citizenship and Public Affairs, Syracuse University, New York.
- Barros, R, Duryea, S. & Székely M. (1999). What's Behind the Latin American Inequality?, Office of the Chief Economist, Inter American Development Bank, Mimeo.
- Bavel, J. (2005). The Effect Of Fertility Limitation On Intergenerational Social Mobility: The Quality–Quantity Trade-Off During The Demographic Transition, Department Of Sociology, Catholic University Of Leuven, Belgium.
- Becker, G. (1991). *A Treatise On The Family*”, Enlarged edition, Harvard University Press.
- Bell, J.; Curtis, S. y Alayon, S. (2003). Trends in Delivery Care in Six Countries, Macro Internacional, Washignton D.C.
- Buvinic, M. (1998). “Costos de la Maternidad Adolescente e Barbados, Chile, Guatemala, y México”, *Studies in Family Planning*, Vol 29, No 2, pp. 201-209.
- Castro, T. y Juárez, F. (1995). “The Impact f Woman's Education on Fertility in Latin America: Searching for Explanations”, *Revista: Internacional Family Planning Perspectives*, Vol 21, No 2, pp. 52- 57.
- CERIGUA - Centro de reportes informativos sobre Guatemala, 2007. Mujeres identificaron barreras para la planificación familiar en Comalapa y Zaragoza, CERIGUA, Guatemala. <<http://www.cerigua.org/portal/Article7830.html>> Consultado Febrero 15, 2007.
- Chackiel, J. (2004). “La dinámica demográfica en América Latina”, *Serie Población y Desarrollo*, CELADE, Chile, No. 54.
- Chackiel, J. y Schkolnik, S. (2003). América Latina: los sectores rezagados en la transición de la fecundidad *Serie Población y Desarrollo*, CELADE, Chile, No. 42.
- CELADE (2005). “Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe”, *Serie Población y Desarrollo*, CELADE, Chile, No. 54.

- Cortez y Escobar (2005). "Movilidad social en el Mexico urbano"; Revista de la CEPAL, Vol 85, Abril.
- Dahan, M., y Tsiddon, D. (1998). "Demographic transition, income distribution, and economic growth", *Journal of Economic Growth*, Vol 3, pp 29–52.
- De la Croix, D., y Doepke, M. (2003). "Inequality and growth: Why differential fertility matters", *American Economic Review*, Vol 93, No. 4, pp 1091–1113.
- Ehrlich, I y Kim J. (2004). *The Dynamics Of Income, Schooling, And Fertility Distributions Over The Course Of Economic Development: A Human Capital Perspectiva*, Nber Working Paper Series, National Bureau Of Economic Research, Cambridge.
- Flórez CE et al (2004). *Fecundidad Adolescente en Colombia: Incidencias, Tendencias y Determinantes. Un enfoque de Historia de Vida*", Documento CEDE, Centro de Estudios sobre el Desarrollo Económico, No 31.
- Flórez, CE y Núñez J (2002). "Teenagen Childbearing in Latin American Countries", Documento CEDE, Centro de Estudios sobre el Desarrollo Economico, NO. 1, Bogotá.
- Flórez, CE y Soto, V. (2007). *Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes*, Fondo de Población de Naciones Unidas, Bogotá.
- Filgueira C. y Peri A. (2004) *América Latina: los rostros de la pobreza y sus causas determinantes*. CEPAL – Serie Población y Desarrollo No. 54. Santiago de Chile.
- Gaviria, A. (2006). *Movilidad Social Y Preferencias Por Redistribución En América Latina*, Documento CEDE, Centro de Estudios sobre el Desarrollo Económico, Enero.
- Gertler P., Levine D. and Martínez S. (2003). "The Presence and Presents of Parents" <http://faculty.haas.berkeley.edu/gertler/working_papers/Gertler%20et%20al.%20-%20Presence%20and%20Presents%20of%20Parents%201-30-03.pdf> Consultado Junio 7, 2007.
- Gillespie, D., Ahmed, S., Tsui, A y Radloff, S. (2006). "Unwanted fertility among the poor: an inequity?", *Bulletin of the World Health Organization*, United States Agency for International Development (USAID), Vol. 85, pp. 100-107, Washington, DC, USA.
- González, A. y Ribero, R. (2005). *Determinantes de la calidad de los niños en términos de salud y educación en Colombia*. Documento CEDE No. 2005-09.
- Guzmán et al (2000). *Diagnostico sobre la Salud Reproductiva de Jóvenes y Adolescentes en América Latina y el Caribe*, EAT, México.

- Hakkert R. (2005). "Factores poblacionales en el diseño de las estrategias de reducción de la pobreza: el caso de Guatemala". UNFPA Country Support Team for Latin America and the Caribbean. UNFPA Working Paper Series CST/LAC No. 19
- Hakkert R. (2004). La Salud Sexual y Reproductiva y las Metas del Milenio en el Contexto de la Reforma de Salud. Rio de Janeiro, Noviembre. IPPF-WHR. <http://www.ippfwhr.org/publications/download/monographs/symposia/Hakkert_reform.pdf> Consultado Junio 8, 2007.
- IPPF-WHR International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region (2006). "United Nations General Assembly adopts "universal access" target for reproductive health" <http://www.ippfwhr.org/publications/serial_issue_e.asp?PubID=36&SerialIssuesID=210>, Consultado Junio 7, 2007.
- Kremer, M., y Chen, D. (2000). "Income Distribution Dynamics with Endogenous Fertility", *National Bureau of Economic Research* <www.nber.org/papers/w7530> Consultado Febrero 15, 2007
- Kumar B., Amit (1975). "Income Inequality and Fertility: a comparative view" en *Population Studies*, Cambridge, Vol. 29, No. 1, pp. 5-19.
- Levine R. and Chase-Lansdale L. (1998). Adolescent Pregnancy and Parenthood: Recent evidence and Future Directions. *American Psychologist* (In Press).
- López, D. y Ribero, R. (2005). Tiempo de la madre y calidad de los hijos. Documento CEDE No. 2005-14.
- Mare, R. (1997). Differential Fertility, Intergenerational Educational Mobility, and Racial Inequality, Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin, Madison.
- Martne y Hakkert (2003). "Pasado Y Futuro De Las Políticas De Población En América Latina y El Caribe" UNFPA Country Support Team for Latin America and the Caribbean. UNFPA Working Paper Series CST/LAC No. 18.
- Mauldin, M.; Berelson, B. y Sykes, Z. (1978). "Conditions of Fertility Decline in Developing Countries, 1965-75", *Studies in Family Planning*, Cambridge, Vol. 9, No. 5. (May, 1978), pp. 89-147.
- Morand, O. (1999). "Endogenous fertility, income distribution and growth", *Journal of Economic Growth*, Vol.4, No. 3, pp. 331-49.
- Moya, C. (2002). "La Salud Sexual y Reproductiva de los Jóvenes en América Latina y el Caribe", *Advocates for Youth, Washington DC*.

- Murillo, A. (1999) Salud reproductiva, pobreza y condición de vida en el Perú, INE, Perú. <<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/est/lib0078/indice.htm>> Consultado en Febrero 20, 2007.
- Núñez, J. y Cuesta, L. (2006). Las trampas de pobreza en Colombia: ¿qué hacer? Diseño de un programa contra la extrema pobreza. Documento CEDE No. 2006-19.
- Núñez, J. y Cuesta, L. (2007). Efectos demográficos sobre el bienestar de las madres y sus hijos en Colombia, Misión para el diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad (MERPD), Departamento Nacional de Planeación, Bogotá.
- Ordóñez, M. y Murad, R. (2000). Variables Predictoras de la Salud General y de la Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres en Edad Fértil, Estudio a Profundidad de la ENDE-2000, Profamilia – Fondo de Población de Naciones Unidas, Santa Fé de Bogotá.
- Paz J., Guzmán J.M., Martínez J. y Rodríguez J. (2004). América Latina y el Caribe: dinámica demográfica y políticas para aliviar la pobreza. CEPAL- Serie Población y Desarrollo No. 53. Santiago de Chile.
- Profamilia (2005). Salud Sexual y Reproductiva, Encuesta de Demografía y Salud, Bogotá.
- Rodríguez, V. (2003). “La Fecundidad Alta en América Latina y el Caribe: Un riesgo de Transición”. La Fecundidad en América Latina: ¿Transición o Revolución? CEPAL, Serie Seminarios y Conferencias, Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- Rodríguez, V. (2005). La Reproducción en la Adolescencia: el Caso de Chile y sus Implicaciones en Política, Naciones Unidas, CEPAL- Revista de la CEPAL, No. 86, Agosto, Santiago de Chile.
- Rutstein S y Johnson, K (2004). The DHS Wealth Index. DHS Comparative Report, No. 6. ORC Macro. Maryland: USA.
- Sobel, M. (1985). Social mobility and fertility revisited: some new models for the analysis of the mobility effects hypothesis. American Sociological Review, No. 50, pp. 699–712.
- UNFPA 2003, UNFPA Informe Anual 2002, UNFPA, New York, USA. <www.unfpa.org> Consultado en Febrero 15, 2007.
- Velásquez et al (1999). Calidad de los servicios de anticoncepción en El Alto, Bolivia, Revista Panamericana de la Salud Pública, Vol 5, No. 6, pp. 411-418.
- Westoff, C. (1981). Another look at fertility and social mobility. Population Studies, No. 35, pp. 132–135.

WHO (2006). Reproductive Health Indicators: Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring.

Zimmer, 1981 Zimmer, B. G. (1981) The impact of social mobility on fertility: a reconsideration. Population Studies, No. 35, pp. 120–131.

CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro 1: Clasificación de países por nivel de Fecundidad

País	DHS	TGF*	Años educac Muj 15-49	% Poblac. rural	Nivel de fecundidad en el último año disponible		
Colombia	2005	2,4	8,6	26,5	Baja: 1,8 - 2,4	B A J A	B A J A
Perú	2004	2,4	9,4	36,8	Baja: 1,8 - 2,4		
R. Dominicana	2002	3,0	8,5	35,1	Media Baja: 2,5 - 3,4	M E D	A L T A
Bolivia	2003	3,8	7,9	38,2	Media Alta: 3,5 - 4,4		
Haití	2000	4,7	4,1	63,8	Alta: 4,5 - 5,4	A L T A	A L T A
Guatemala	1998/99	5,0	4,2	58,0	Alta: 4,5 - 5,4		

* Tasa Global de Fecundidad

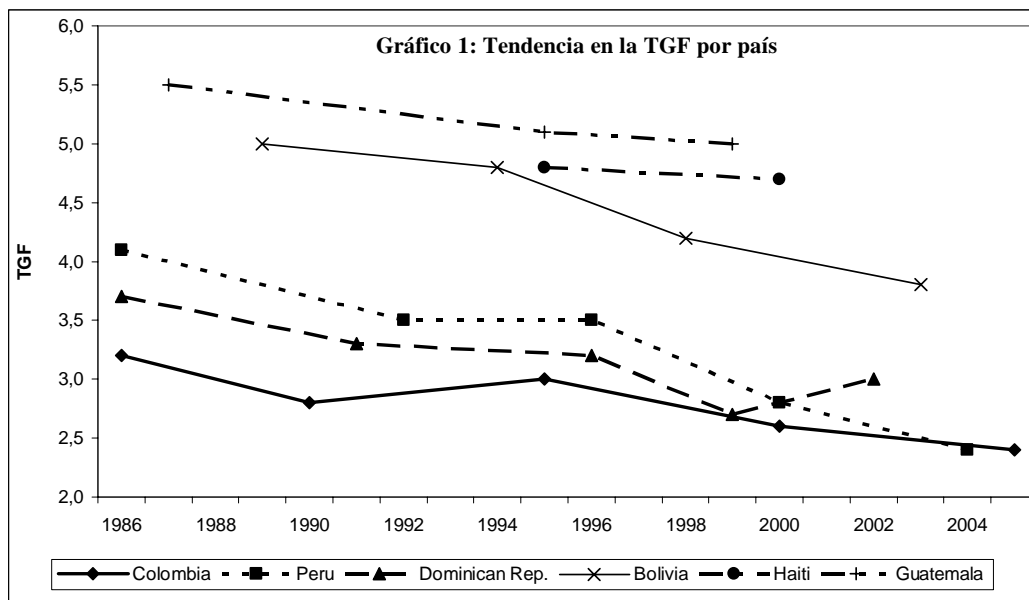
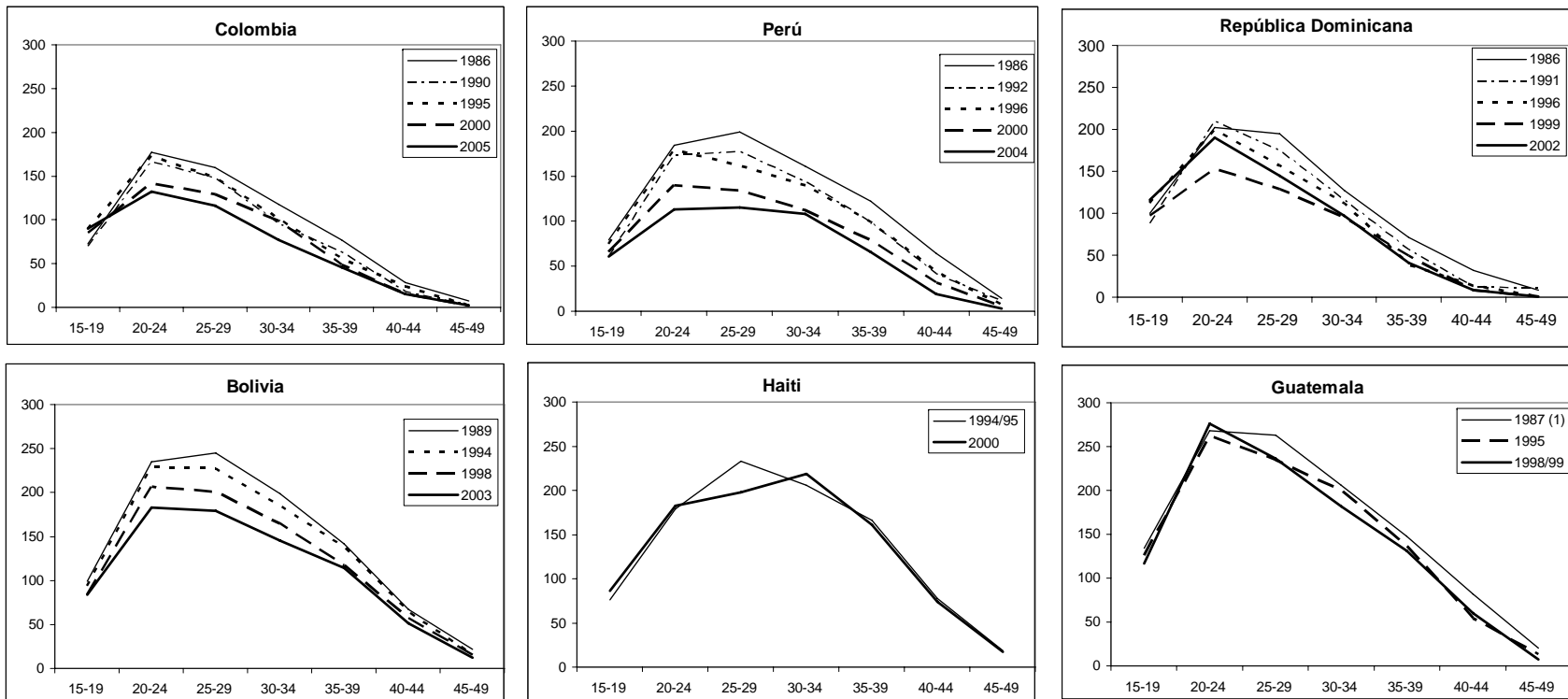


Gráfico 2: Patrones específicos de fecundidad por grupos de edad, por país



Cuadro 2: Tendencia en la Tasa Global de Fecundidad para los tres años previos a la encuesta por zona de residencia, nivel educativo y nivel de riqueza por país

País	DHS	Total	Zona de residencia			Nivel educativo				Nivel de riqueza					
		Total	Urbano	Rural	Rural/ Urb	Sin educacion	Primaria	Secund. o más	Ning/Sec	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Q1/Q5
Colombia	1986	3,2	2,6	4,7	1,8	5,2	3,9	2,4	2,2						
	1990	2,8	2,5	3,6	1,4	4,8	3,5	2,3	2,1						
	1995	3,0	2,5	4,3	1,7	5,0	3,8	2,5	2,0	5,0	3,6	2,7	2,3	1,7	2,9
	2000	2,6	2,3	3,8	1,7	4,0	3,6	2,2	1,8	4,2	3,2	2,4	1,8	1,7	2,4
	2005	2,4	2,1	3,4	1,6	4,5	3,4	2,1	2,1	4,1	2,8	2,4	1,8	1,6	2,6
Peru	1986	4,1	3,1	6,3	2,0	6,6	5,0	2,9	2,3						
	1992	3,5	2,8	6,2	2,2	7,0	5,1	2,6	2,7						
	1996	3,5	2,8	5,6	2,0	6,9	5,0	2,6	2,7	6,3	4,4	3,3	2,4	1,7	3,8
	2000	2,8	2,2	4,3	2,0	5,1	4,1	2,2	2,3	5,2	3,6	2,5	2,0	1,5	3,4
	2004	2,4	2,0	3,6	1,8	4,3	3,6	2,0	2,2	4,7	3,1	2,0	2,1	1,5	3,1
República Dominicana	1986	3,7	3,1	4,8	1,5	5,2	4,2	2,7	1,9						
	1991	3,3	2,8	4,4	1,6	5,2	3,8	2,8	1,9						
	1996	3,2	2,8	4,0	1,4	5,0	3,7	2,5	2,0	4,9	3,5	3,2	2,4	2,0	2,4
	1999	2,7	2,5	3,0	1,2	2,2	3,5	2,1	1,0						
	2002	3,0	2,8	3,3	1,2	4,5	3,6	2,5	1,8						
Bolivia	1989	5,0	4,0	6,6	1,7	6,4	6,0	3,3	1,9						
	1994	4,8	3,8	6,3	1,7	6,5	6,1	3,2	2,0	6,8	6,2	4,6	3,4	2,3	3,0
	1998	4,2	3,3	6,4	1,9	7,1	5,7	2,9	2,4	7,2	5,6	4,1	2,8	2,0	3,6
	2003	3,8	3,1	5,5	1,8	6,8	4,9	2,5	2,7	6,7	5,0	4,0	2,9	2,0	3,4
Haiti	1994/95	4,8	3,3	5,9	1,8	6,1	4,8	2,5	2,4	7,3	7,1	6,3	5,6	4,1	1,8
	2000	4,7	3,4	5,8	1,7	6,1	5,3	2,7	2,3	6,7	5,9	4,9	4,1	2,6	2,6
Guatemala	1987 (1)	5,5	4,0	6,4	1,6	6,8	5,1	2,7	2,5						
	1995	5,1	3,8	6,1	1,6	7,1	5,1	2,5	2,8	7,7	6,5	5,3	3,7	2,3	3,3
	1998/99	5,0	4,1	5,8	1,4	6,8	5,2	2,9	2,3						

1) Información para mujeres de 15-44 años.

Gráfico 3: Tendencia en la TGF por zona de residencia por país

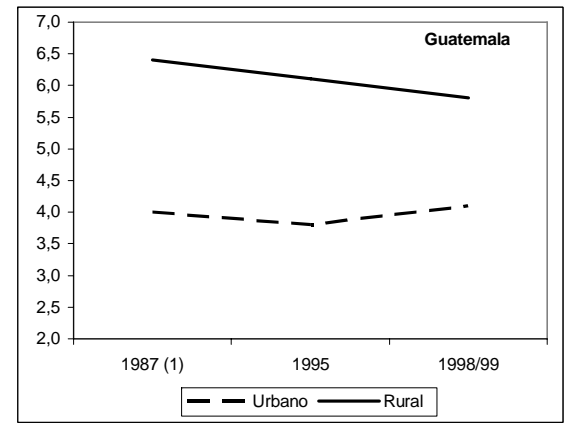
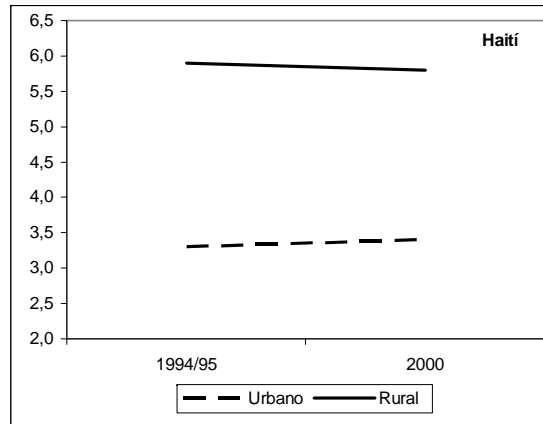
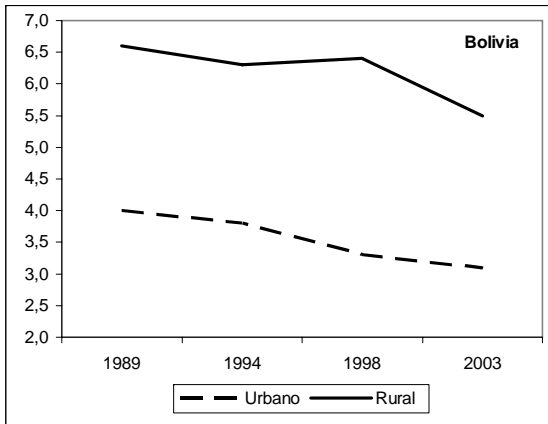
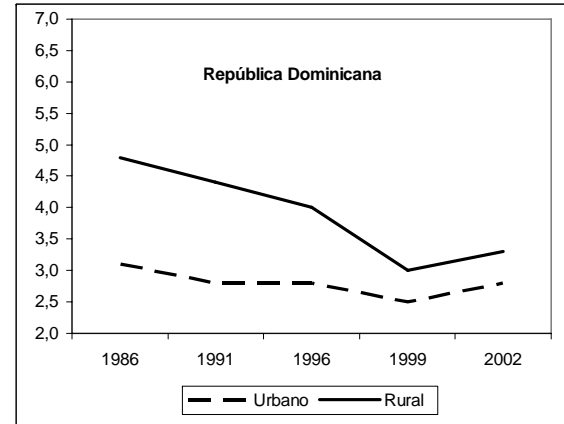
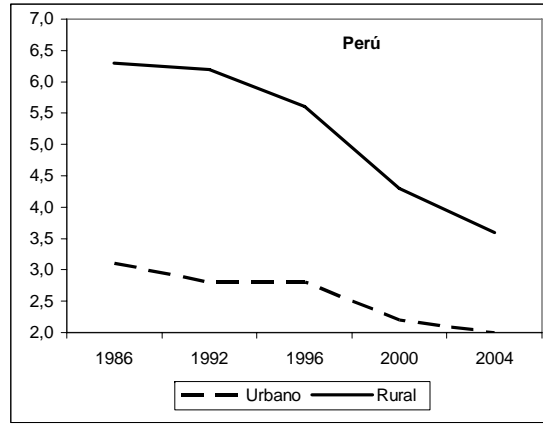
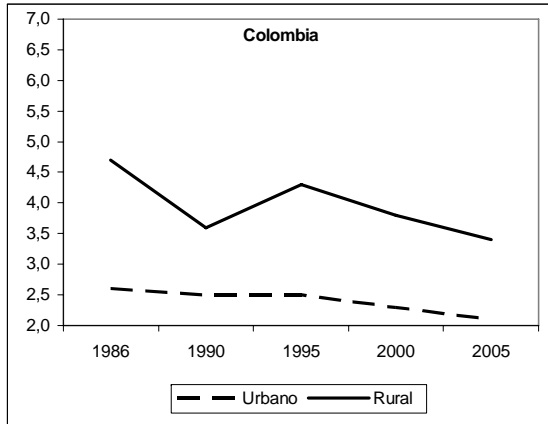


Gráfico 4: Tendencia en la TGF por nivel educativo de la mujer por país

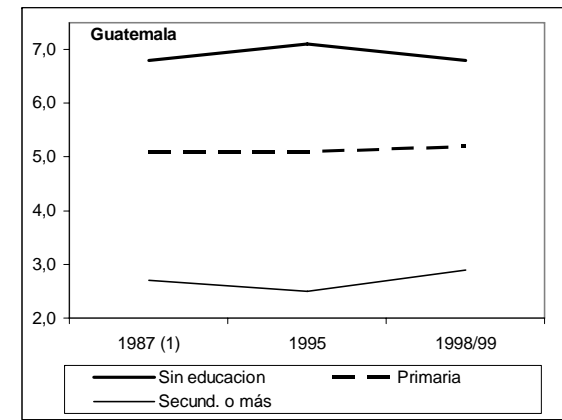
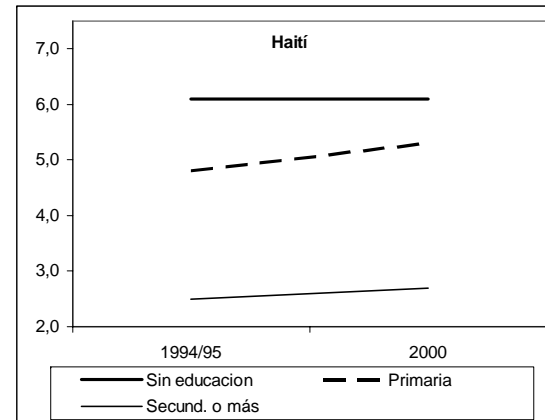
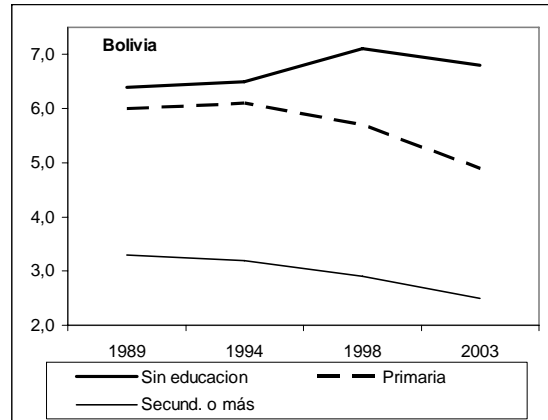
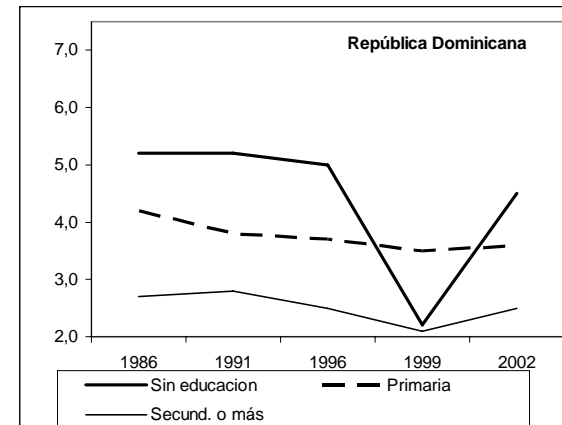
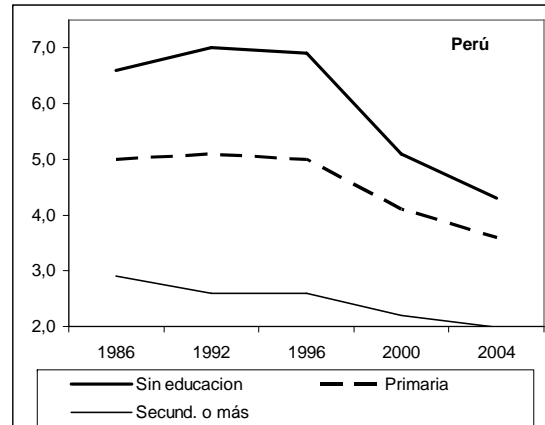
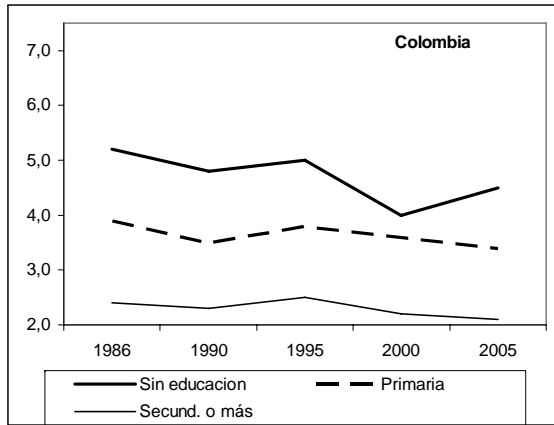
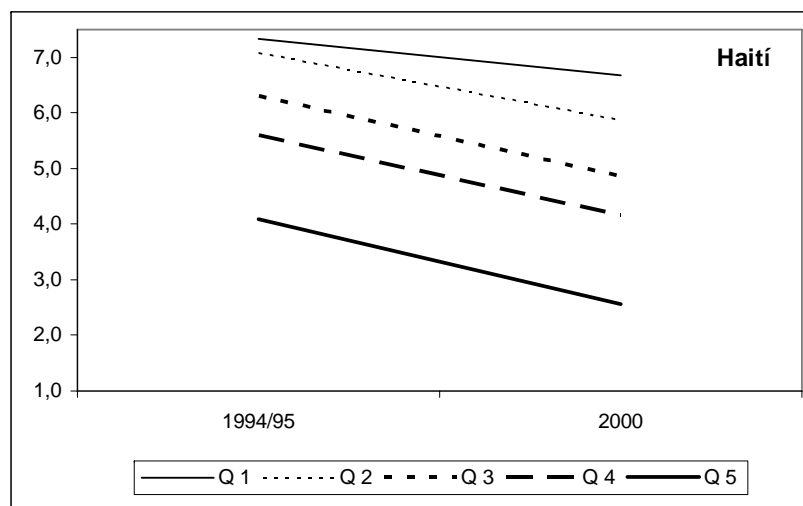
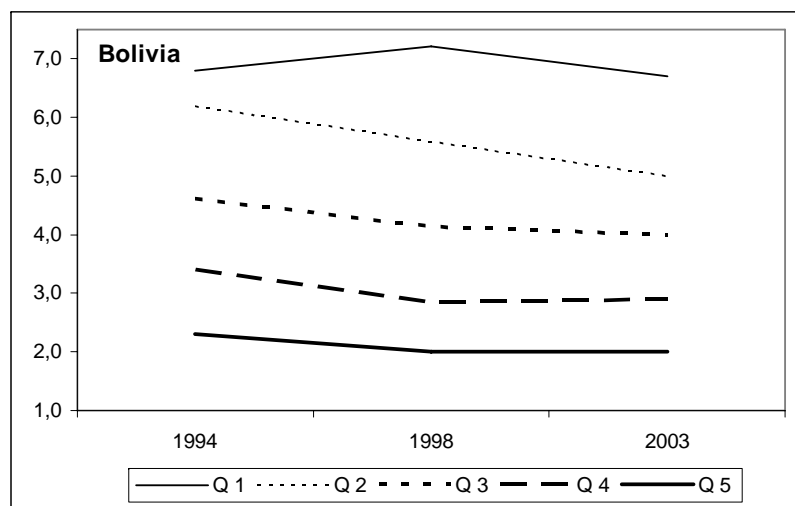
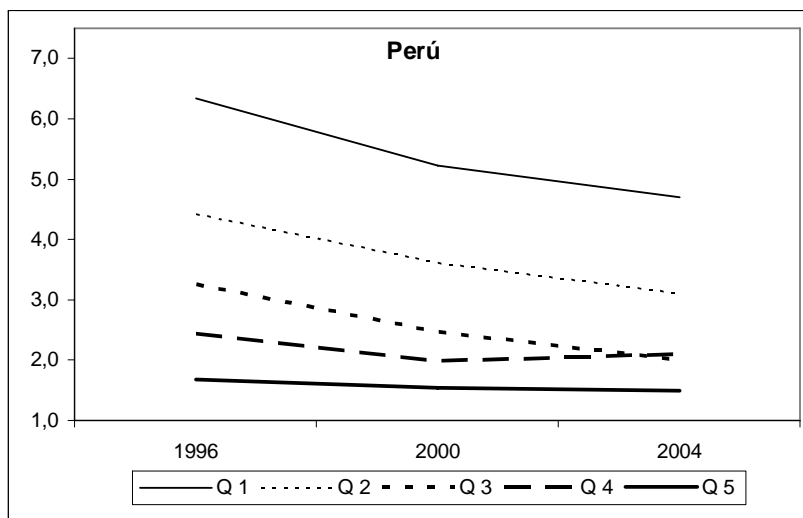
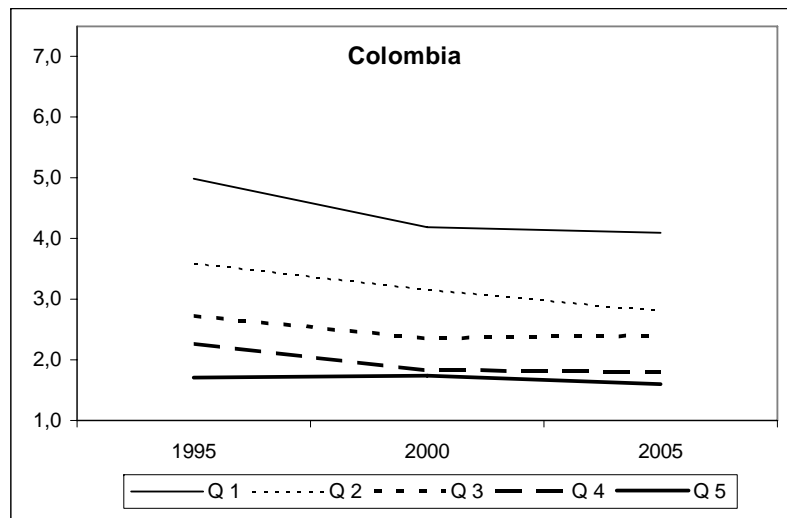


Gráfico 5: Tendencia en la TGF por quintil de riqueza por país

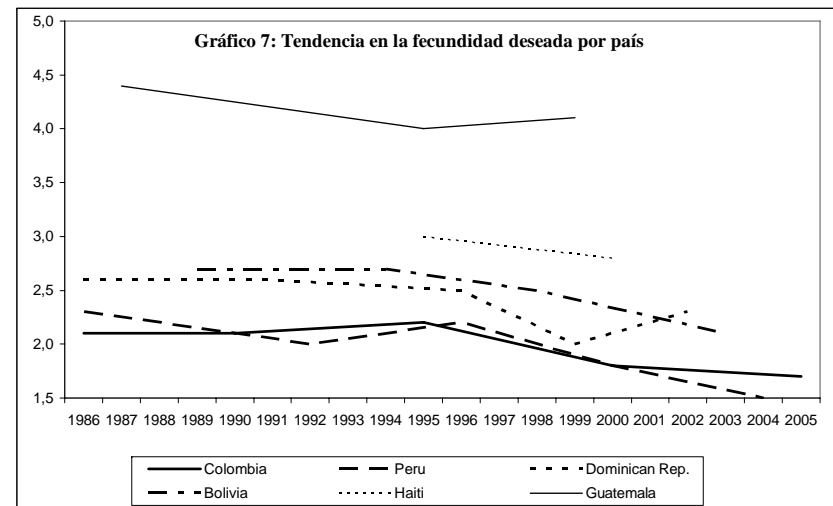
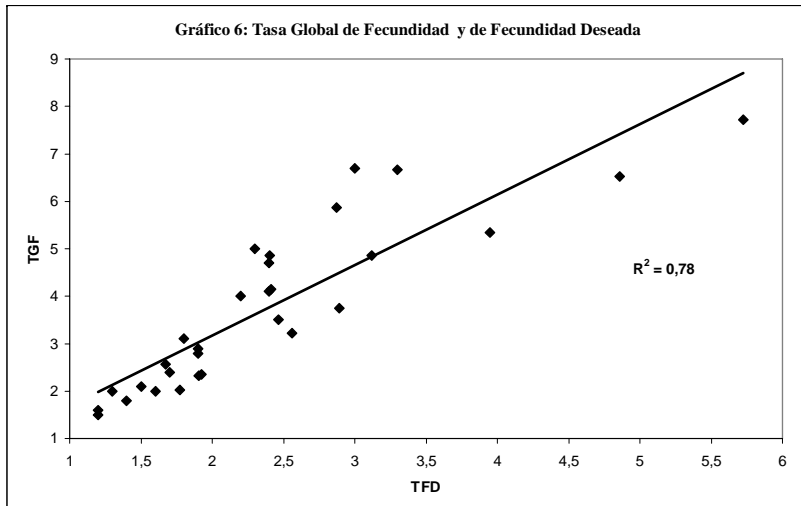


Cuadro 3: Tendencia en la proporción de adolescentes madres y embarazadas por zona de residencia, nivel educativo y nivel de riqueza, por país

País	DHS	Total	Zona de residencia			Nivel educativo				Nivel de riqueza					
		Total	Urbano	Rural	Rural/Urb	Sin educacion	Primaria	Secund. o más	Ning/Sec	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Q1/Q5
Colombia	1986	13,6	10,9	20,4	1,9	26,2	22,3	6,9	3,8						
	1990	12,8	11,8	16,2	1,4	62,4	20,3	7,5	8,3						
	1995	17,4	14,6	25,5	1,7	50,7	29,2	12,1	4,2	31,2	25,3	17,8	13,6	5,1	6,1
	2000	19,1	16,9	26,2	1,6	45,5	33,7	15,0	3,0	31,6	26,5	21,8	10,2	8,5	3,7
	2005	20,5	18,5	26,9	1,5	52,3	42,3	16,3	3,2	31,4	25,6	22,0	14,5	10,7	2,9
Perú	1986	12,7	8,2	22,8	2,8	25,9	22,3	7,4	3,5						
	1992	11,4	8,0	24,7	3,1	38,6	27,6	6,9	5,6						
	1996	13,4	9,3	25,5	2,7	55,5	30,6	8,3	6,7	30,3	23,7	12,4	6,2	3,2	9,5
	2000	13,0	9,2	21,7	2,4	36,9	26,4	9,2	4,0	28,8	19,4	10,6	9,0	3,0	9,7
	2004	12,7	9,5	20,3	2,1	34,5*	34,5	3,0**		29,0	18,0	11,7	8,4	4,1	7,1
República Dominicana	1986	17,4	15,3	21,0	1,4	47,1	21,2	8,1	5,8						
	1991	17,6	13,2	26,7	2,0	44,2	22,1	10,2	4,3						
	1996	22,7	18,4	30,6	1,7	58,3	29,6	11,0	5,3	40,8	33,1	25,3	13,2	7,4	5,5
	1999	20,8	21,4	19,3	0,9	31,1	27,0	13,8	2,3						
	2002	23,3	21,0	28,1	1,3	60,7	34,2	14,1	4,3						
Bolivia	1989	17,2	11,5	27,5	2,4	26,3	28,7	9,4	2,8						
	1994	17,5	14,9	22,2	1,5	37,6	28,1	12,4	3,0	24,3	24,1	22,0	15,9	7,2	3,4
	1998	13,7	11,1	21,8	2,0	51,5	28,9	8,8	5,9	26,5	21,0	15,3	10,0	4,8	5,5
	2003	15,7	12,9	21,9	1,7	47,2	25,2	9,8	4,8	27,8	21,1	14,6	13,6	7,1	3,9
Haiti	1994/95	14,5	12,3	16,4	1,3	25,6	15,1	7,8	3,3	14,9	17,4	14,0	15,7	6,5	2,3
	2000	18,0	13,3	22,8	1,7	44,6	18,8	10,7	4,2	20,5	18,7	27,1	20,8	7,5	2,7
Guatemala	1987	22,8	12,8	28,6	2,2	39,1	23,0	4,8	8,1						
	1995	21,1	14,7	26,1	1,8	37,4	25,3	7,5	5,0	33,9	27,9	21,2	17,5	11,6	2,9
	1998/99	21,6	16,0	25,7	1,6	40,5	25,6	9,2	4,4						

* Primaria

**Superior

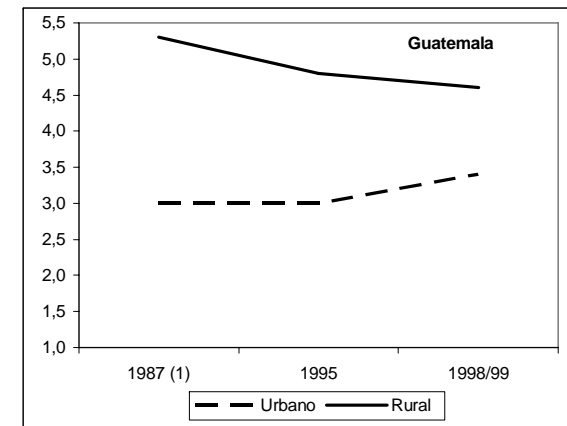
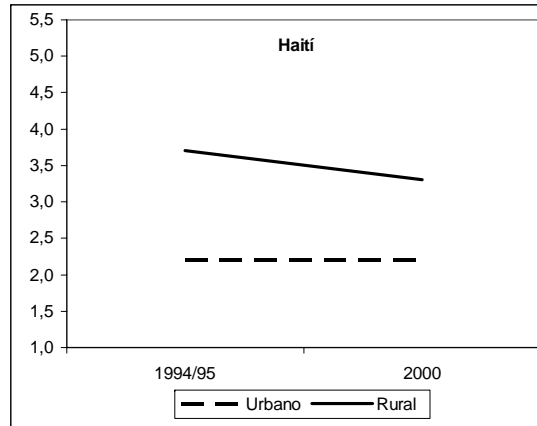
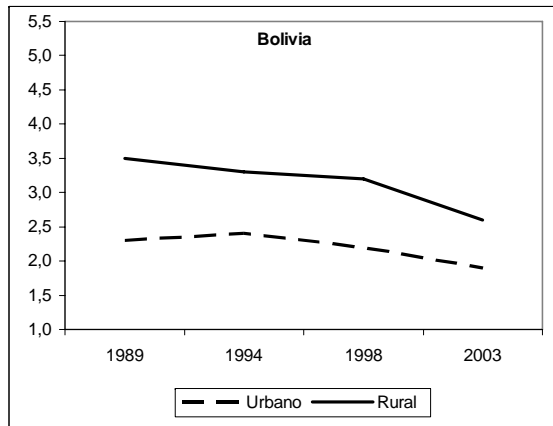
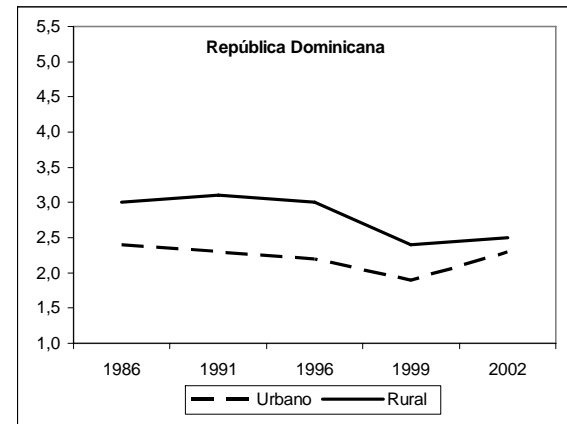
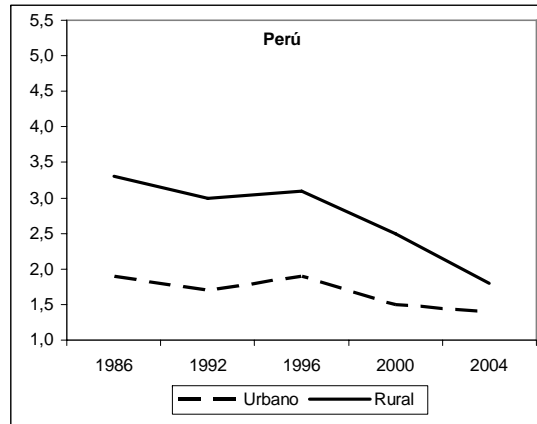
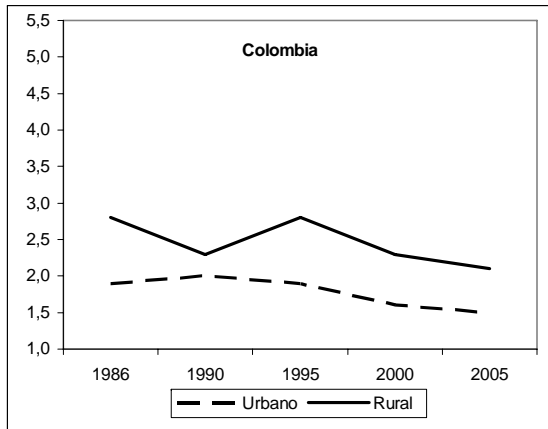


Cuadro 4: Tendencia en la Fecundidad deseada y fecundidad actual por zona de residencia por país

País	DHS	Fecundidad deseada			Fecundidad actual			Diferencia (actual - deseada)			
		Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Rural/Urb
Colombia	1986	2,1	1,9	2,8	3,2	2,6	4,7	1,1	0,7	1,9	2,7
	1990	2,1	2,0	2,3	2,8	2,5	3,6	0,7	0,5	1,3	2,6
	1995	2,2	1,9	2,8	3,0	2,5	4,3	0,8	0,6	1,5	2,5
	2000	1,8	1,6	2,3	2,6	2,3	3,8	0,8	0,7	1,5	2,1
	2005	1,7	1,5	2,1	2,4	2,1	3,4	0,7	0,6	1,3	2,2
Perú	1986	2,3	1,9	3,3	4,1	3,1	6,3	1,8	1,2	3,0	2,5
	1992	2,0	1,7	3,0	3,5	2,8	6,2	1,5	1,1	3,2	2,9
	1996	2,2	1,9	3,1	3,5	2,8	5,6	1,3	0,9	2,5	2,8
	2000	1,8	1,5	2,5	2,8	2,2	4,3	1,0	0,7	1,8	2,6
	2004	1,5	1,4	1,8	2,4	2,0	3,6	0,9	0,6	1,8	3,0
República Dominicana	1986	2,6	2,4	3,0	3,7	3,1	4,8	1,1	0,7	1,8	2,6
	1991	2,6	2,3	3,1	3,3	2,8	4,4	0,7	0,5	1,3	2,6
	1996	2,5	2,2	3,0	3,2	2,8	4,0	0,7	0,6	1,0	1,7
	1999	2,0	1,9	2,4	2,7	2,5	3,0	0,7	0,6	0,6	1,0
	2002	2,3	2,3	2,5	3,0	2,8	3,3	0,7	0,5	0,8	1,6
Bolivia	1989	2,7	2,3	3,5	5,0	4,0	6,6	2,3	1,7	3,1	1,8
	1994	2,7	2,4	3,3	4,8	3,8	6,3	2,1	1,4	3,0	2,1
	1998	2,5	2,2	3,2	4,2	3,3	6,4	1,7	1,1	3,2	2,9
	2003	2,1	1,9	2,6	3,8	3,1	5,5	1,7	1,2	2,9	2,4
Haiti	1994/95	3,0	2,2	3,7	4,8	3,3	5,9	1,8	1,1	2,2	2,0
	2000	2,8	2,2	3,3	4,7	3,4	5,8	1,9	1,2	2,5	2,1
Guatemala	1987 (1)	4,4	3,0	5,3	5,5	4,0	6,4	1,1	1,0	1,1	1,1
	1995	4,0	3,0	4,8	5,1	3,8	6,1	1,1	0,8	1,3	1,6
	1998/99	4,1	3,4	4,6	5,0	4,1	5,8	0,9	0,7	1,2	1,7

1) Información para mujeres de 15-44 años.

Gráfico 8: Tendencia en la Fecundidad deseada por zona de residencia por país

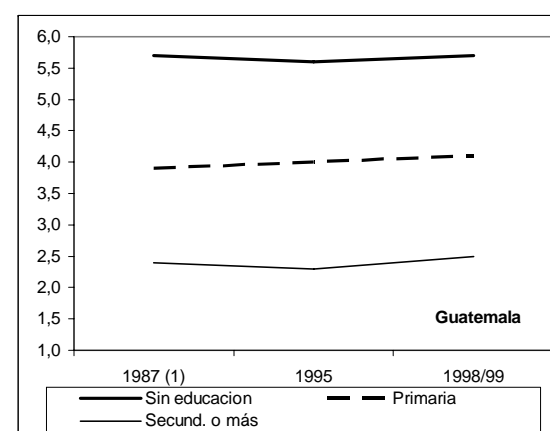
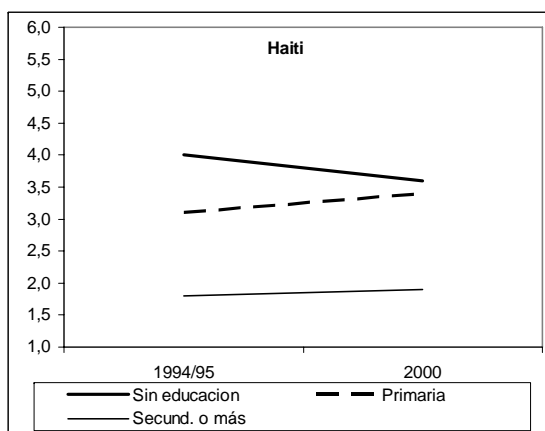
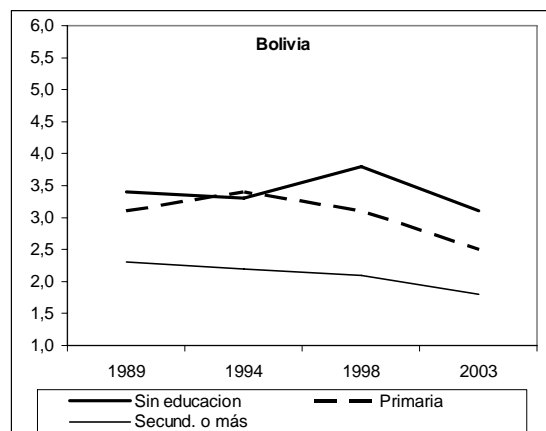
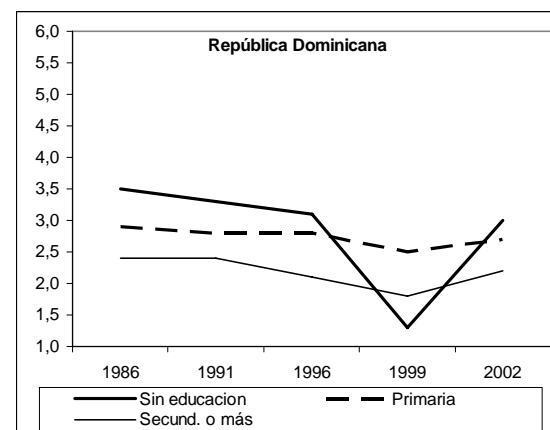
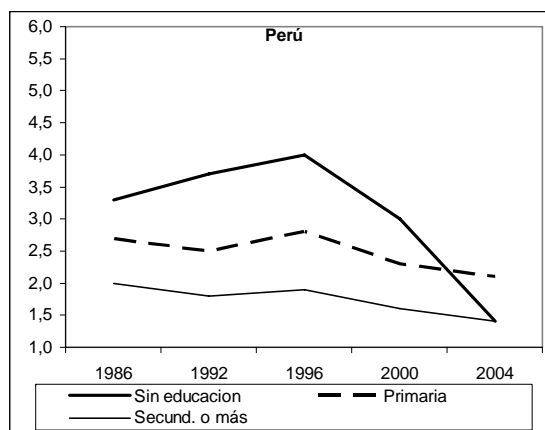
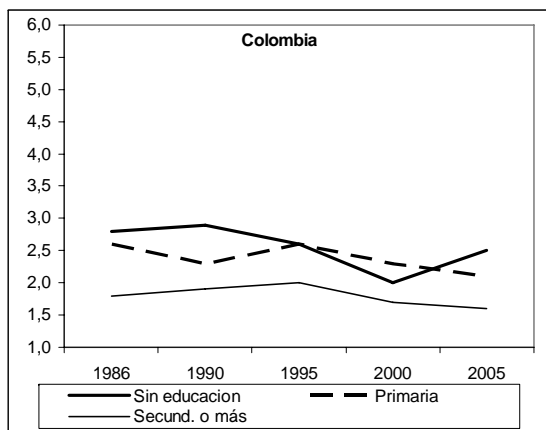


Cuadro 5: Tendencia en la Fecundidad deseada y fecundidad actual por nivel educativo por país

País	DHS	Fecundidad deseada				Fecundidad actual			Diferencia (actual - deseada)			
		Sin educacion	Primaria	Secund. o más	Sin edu/ Secund.	Sin educacion	Primaria	Secund. o más	Sin educacion	Primaria	Secund. o más	Sin educ/Secund
Colombia	1986	2,8	2,6	1,8	1,6	5,2	3,9	2,4	2,4	1,3	0,6	4,0
	1990	2,9	2,3	1,9	1,5	4,8	3,5	2,3	1,9	1,2	0,4	4,8
	1995	2,6	2,6	2,0	1,3	5,0	3,8	2,5	2,4	1,2	0,5	4,8
	2000	2,0	2,3	1,7	1,2	4,0	3,6	2,2	2,0	1,3	0,5	4,0
	2005	2,5	2,1	1,6	1,6	4,5	3,4	2,1	2,0	1,3	0,5	4,0
Perú	1986	3,3	2,7	2,0	1,7	6,6	5,0	2,9	3,3	2,3	0,9	3,7
	1992	3,7	2,5	1,8	2,1	7,0	5,1	2,6	3,3	2,6	0,8	4,1
	1996	4,0	2,8	1,9	2,1	6,9	5,0	2,6	2,9	2,2	0,7	4,1
	2000	3,0	2,3	1,6	1,9	5,1	4,1	2,2	2,1	1,8	0,6	3,5
	2004	1,4	2,1	1,4	1,0	4,3	3,6	2,0	2,9	1,5	0,6	4,8
República Dominicana	1986	3,5	2,9	2,4	1,5	5,2	4,2	2,7	1,7	1,3	0,3	5,7
	1991	3,3	2,8	2,4	1,4	5,2	3,8	2,8	1,9	1,0	0,4	4,8
	1996	3,1	2,8	2,1	1,5	5,0	3,7	2,5	1,9	0,9	0,4	4,8
	1999	1,3	2,5	1,8	0,7	2,2	3,5	2,1	0,9	1,0	0,3	3,0
	2002	3,0	2,7	2,2	1,4	4,5	3,6	2,5	1,5	0,9	0,3	5,0
Bolivia	1989	3,4	3,1	2,3	1,5	6,4	6,0	3,3	3,0	2,9	1,0	3,0
	1994	3,3	3,4	2,2	1,5	6,5	6,1	3,2	3,2	2,7	1,0	3,2
	1998	3,8	3,1	2,1	1,8	7,1	5,7	2,9	3,3	2,6	0,8	4,1
	2003	3,1	2,5	1,8	1,7	6,8	4,9	2,5	3,7	2,4	0,7	5,3
Haiti	1994/95	4,0	3,1	1,8	2,2	6,1	4,8	2,5	2,1	1,7	0,7	3,0
	2000	3,6	3,4	1,9	1,9	6,1	5,3	2,7	2,5	1,9	0,8	3,1
Guatemala	1987 (1)	5,7	3,9	2,4	2,4	6,8	5,1	2,7	1,1	1,2	0,3	3,7
	1995	5,6	4,0	2,3	2,4	7,1	5,1	2,5	1,5	1,1	0,2	7,5
	1998/99	5,7	4,1	2,5	2,3	6,8	5,2	2,9	1,1	1,1	0,4	2,8

1) Información para mujeres de 15-44 años.

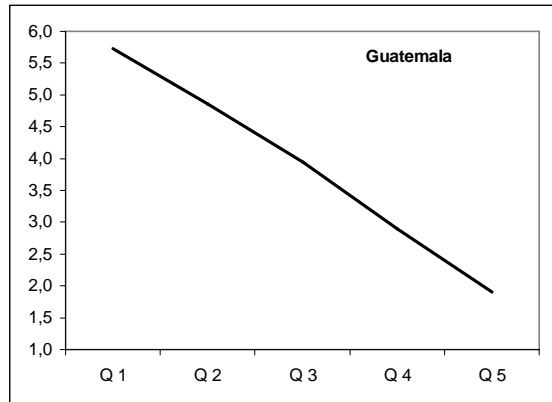
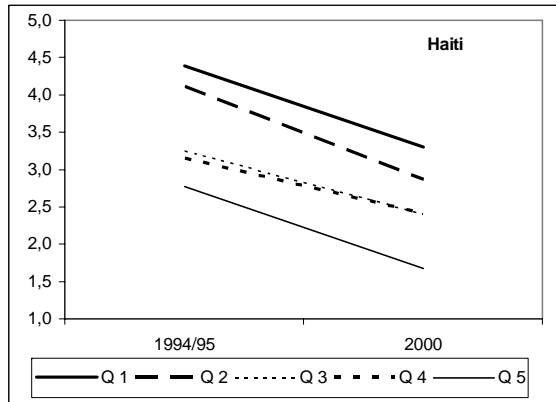
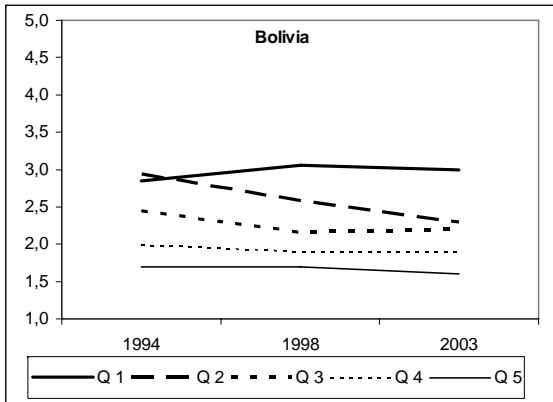
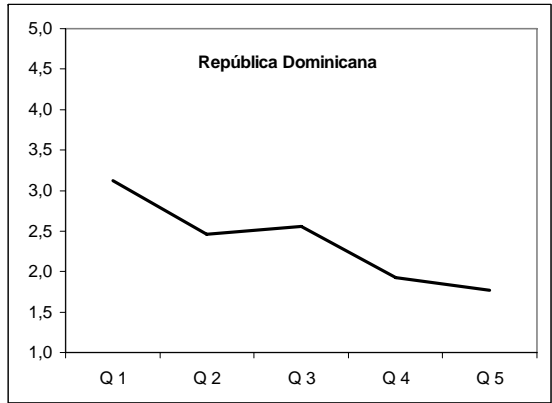
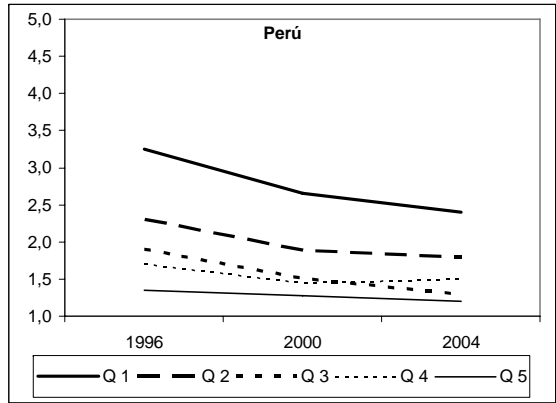
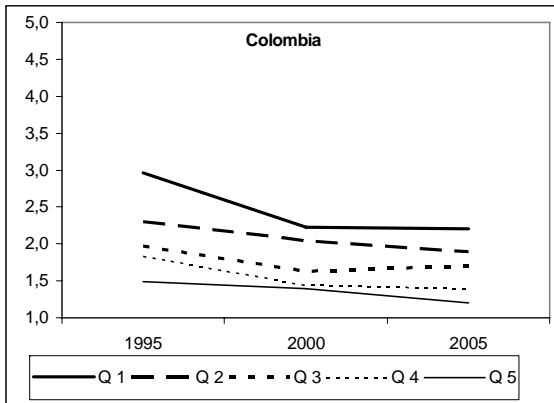
Gráfico 9: Tendencia en la Fecundidad deseada por nivel educativo por país



Cuadro 6: Tendencia en la Fecundidad deseada y Fecundidad actual por nivel de riqueza por país

País	DHS	Fecundidad deseada						Fecundidad actual					Diferencia (actual - deseada)						
		Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Q1/Q5	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Q1/Q5	
Colombia	1995	3.0	2.3	2.0	1.8	1.5	2.0	5.0	3.6	2.7	2.3	1.7	2.0	1.3	0.8	0.4	0.2	0.2	9.6
	2000	2.2	2.0	1.6	1.4	1.4	1.6	4.2	3.2	2.4	1.8	1.7	2.0	1.1	0.7	0.4	0.3	0.3	5.7
	2005	2.2	1.9	1.7	1.4	1.2	1.8	4.1	2.8	2.4	1.8	1.6	1.9	0.9	0.7	0.4	0.4	0.4	4.8
Perú	1996	3.3	2.3	1.9	1.7	1.3	2.4	6.3	4.4	3.3	2.4	1.7	3.1	2.1	1.4	0.7	0.3	0.3	9.2
	2000	2.7	1.9	1.5	1.4	1.3	2.1	5.2	3.6	2.5	2.0	1.5	2.6	1.7	1.0	0.5	0.3	0.3	9.5
	2004	2.4	1.8	1.3	1.5	1.2	2.0	4.7	3.1	2.0	2.1	1.5	2.3	1.3	0.7	0.6	0.3	0.3	7.7
Rep. Dom.	1996	3.1	2.5	2.6	1.9	1.8	1.8	4.9	3.5	3.2	2.4	2.0	1.7	1.0	0.7	0.4	0.2	0.2	7.0
Bolivia	1994	2.8	2.9	2.4	2.0	1.7	1.7	6.8	6.2	4.6	3.4	2.3	4.0	3.3	2.2	1.4	0.6	0.6	6.6
	1998	3.1	2.6	2.2	1.9	1.7	1.8	7.2	5.6	4.1	2.8	2.0	4.2	3.0	2.0	0.9	0.3	0.3	13.8
	2003	3.0	2.3	2.2	1.9	1.6	1.9	6.7	5.0	4.0	2.9	2.0	3.7	2.7	1.8	1.0	0.4	0.4	9.3
Haiti	1994/95	4.4	4.1	3.3	3.2	2.8	1.6	7.3	7.1	6.3	5.6	4.1	2.9	3.0	3.0	2.5	1.3	1.3	2.2
	2000	3.3	2.9	2.4	2.4	1.7	2.0	6.7	5.9	4.9	4.1	2.6	3.4	3.0	2.5	1.7	0.9	0.9	3.8
Guatemala	1995	5.7	4.9	3.9	2.9	1.9	3.0	7.7	6.5	5.3	3.7	2.3	2.0	1.7	1.4	0.9	0.4	0.4	4.7

Gráfico 10: Tendencia en la Fecundidad deseada por nivel de riqueza por país



Cuadro 7: Años de educación por lugar de residencia y nivel de riqueza por país. Mujeres 15-49 años

País	DHS	Lugar de residencia				Nivel de Riqueza					
		Total	Urbano	Rural	U/R	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q5/Q1
Colombia	1995	7,3	8,2	4,5	1,8	3,5	5,3	7,1	8,5	10,1	2,9
	2000	8,0	8,9	4,9	1,8	4,2	6,3	7,8	9,5	10,4	2,5
	2005	8,6	9,4	5,8	1,6	4,9	7,0	8,3	9,5	11,6	2,3
Perú	1996	7,6	8,8	4,4	2,0	3,4	5,6	7,6	9,0	10,5	3,1
	2000	8,9	10,2	5,7	1,8	4,3	6,5	9,0	10,5	11,9	2,8
	2004	9,4	10,8	6,2	1,8	4,7	6,5	9,2	11,0	12,4	2,7
R. Dominicana	1996	7,9	9,0	5,6	1,6	4,1	6,0	7,4	9,1	11,1	2,7
Bolivia	1994	6,8	8,5	3,8	2,2	2,6	4,2	5,8	8,1	11,1	4,3
	1998	7,3	8,7	4,0	2,2	3,0	5,0	6,8	8,7	10,8	3,6
	2003	7,9	9,3	5,0	1,9	3,7	5,4	7,3	9,0	11,7	3,1
Haiti	1994/95	3,4	5,2	2,1	2,5	1,4	1,9	2,7	4,1	6,0	4,1
	2000	4,1	6,2	2,4	2,6	1,4	2,0	2,8	4,8	7,3	5,1
Guatemala	1995	4,2	6,4	2,6	2,5	1,0	1,5	2,7	5,2	8,7	8,6

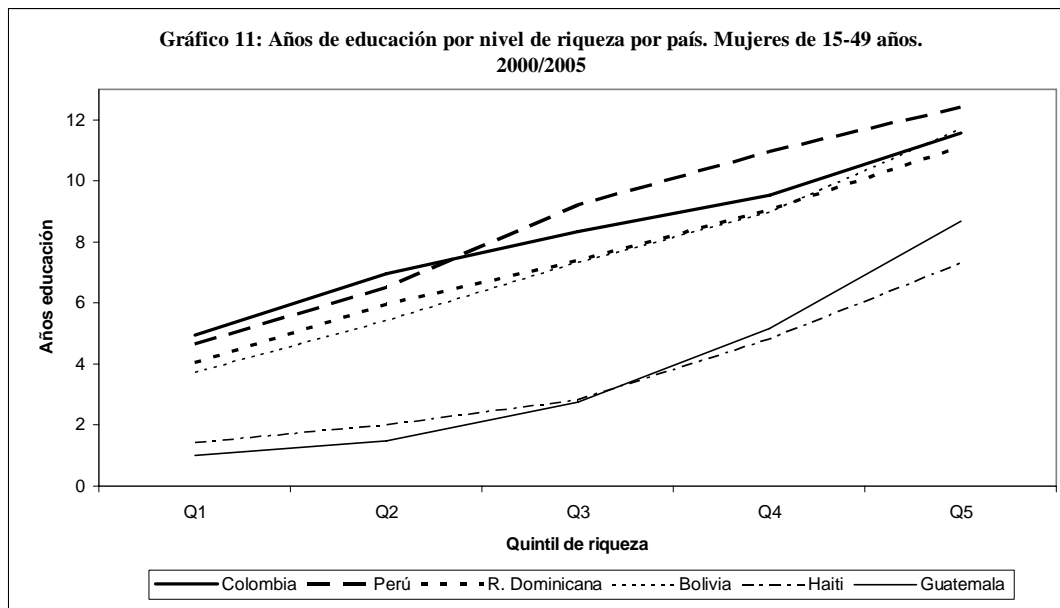
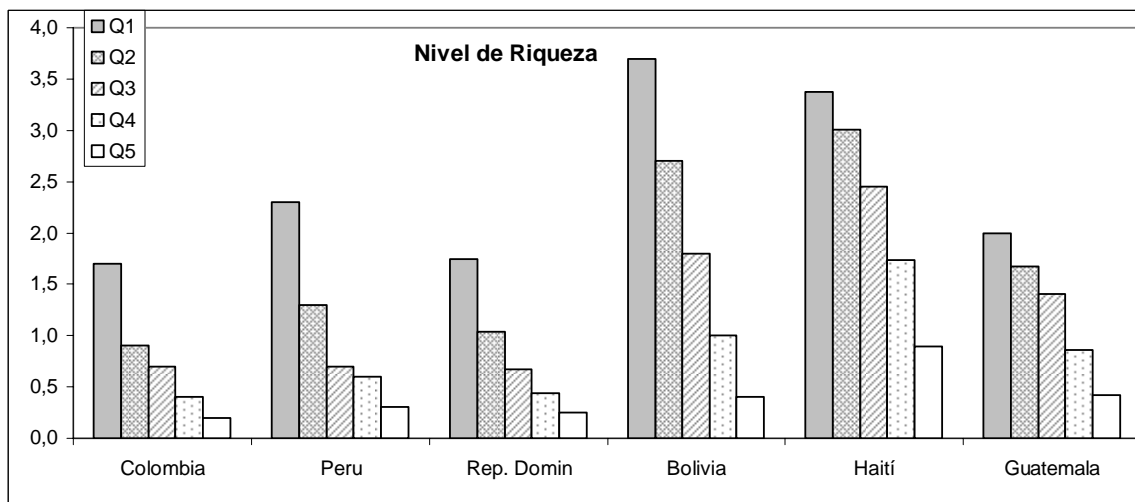
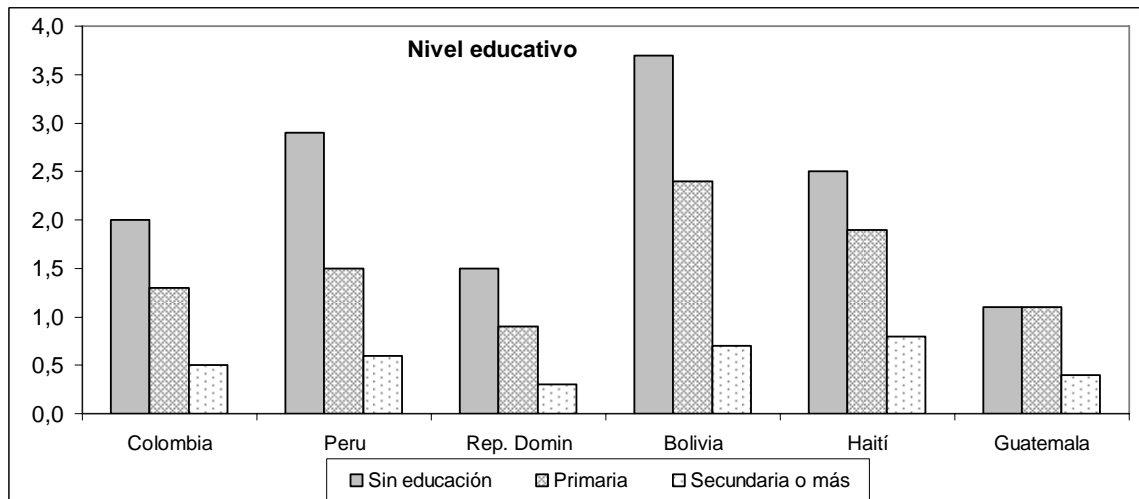
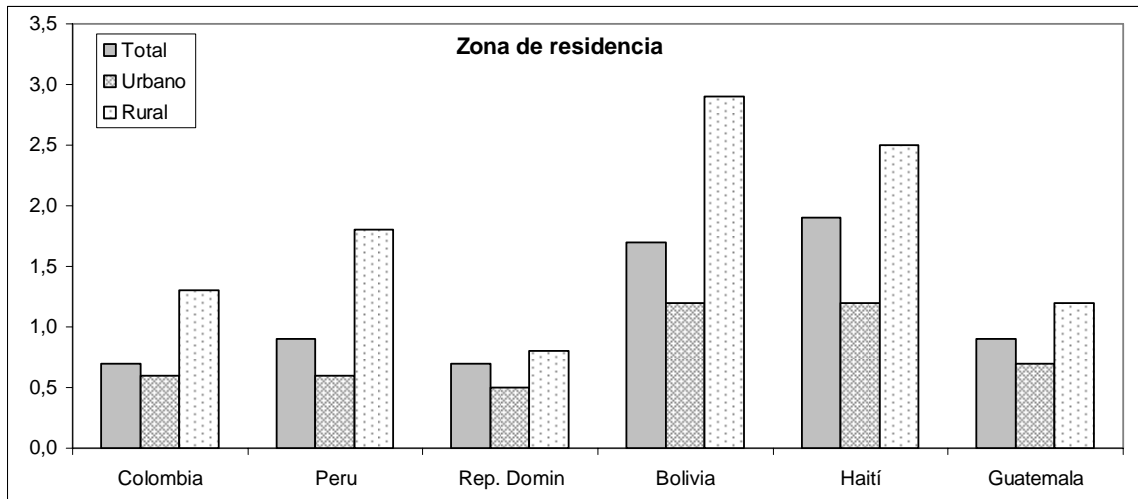


Gráfico 12: Fecundidad actual menos Fecundidad Deseada por Zona, Nivel Educativo y Nivel de Riqueza por país*



* Último año disponible de DHS

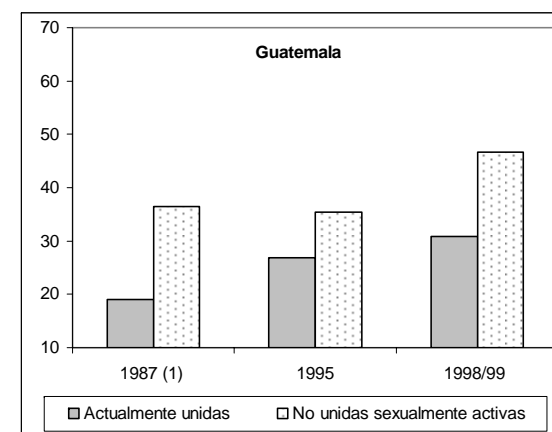
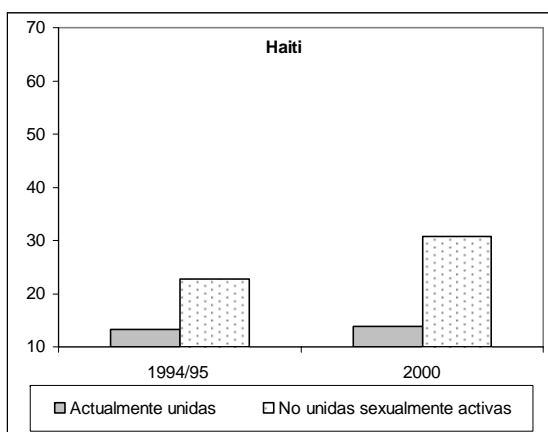
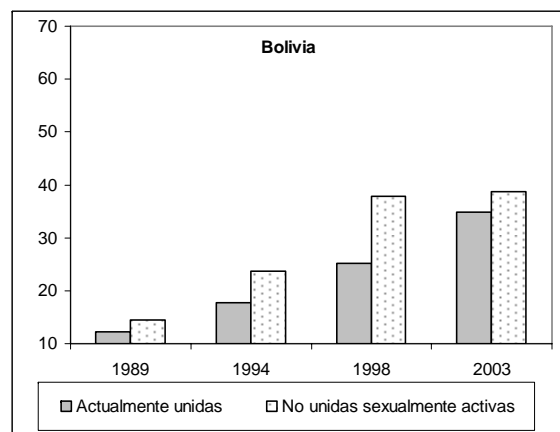
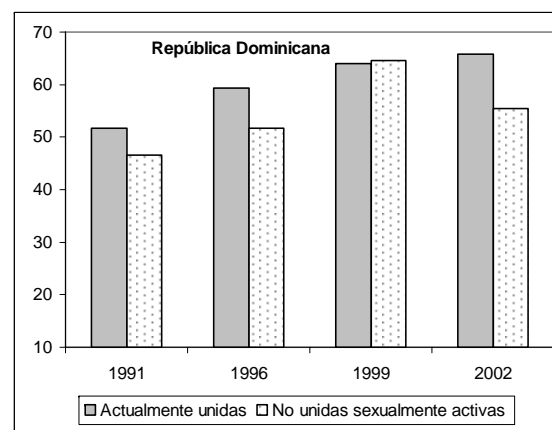
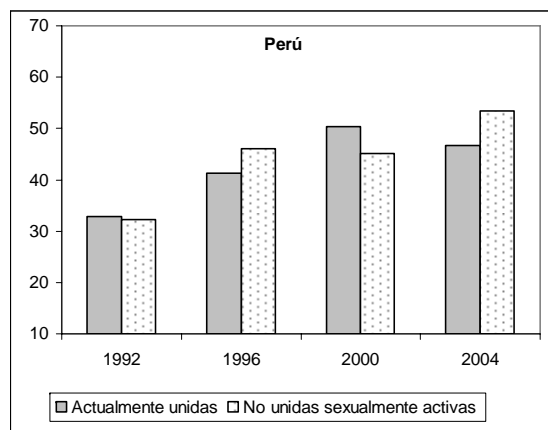
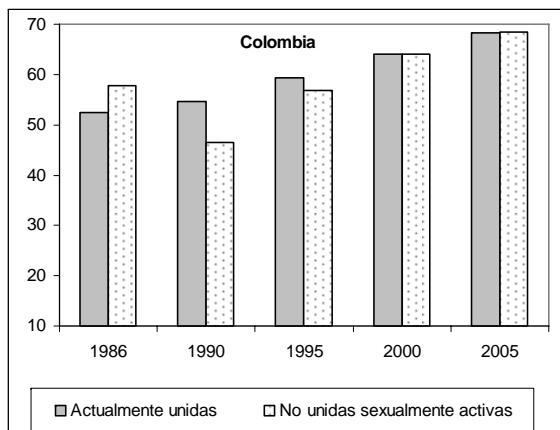
Cuadro 8: Tendencia en la distribución de las mujeres de 15-49 años por uso actual de métodos de planificación familiar por país (%)

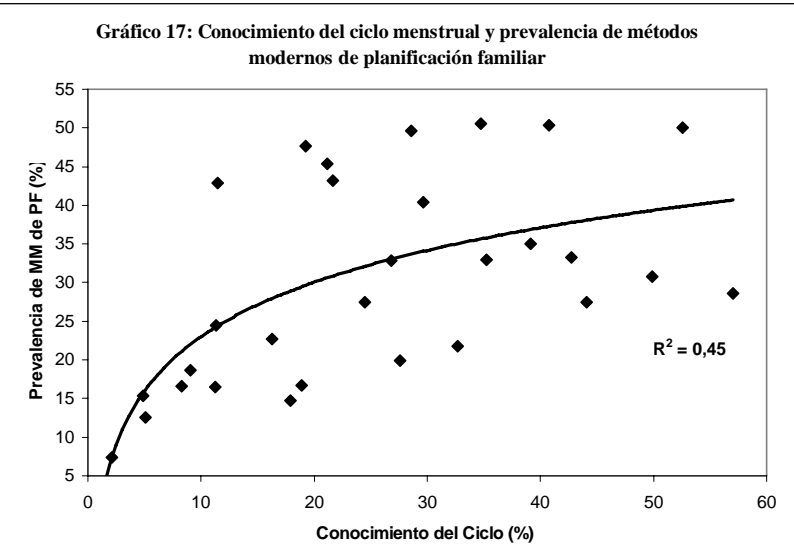
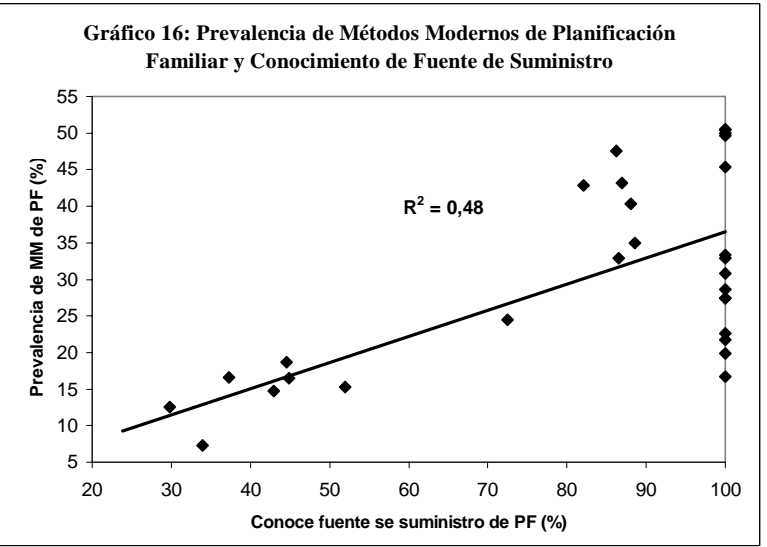
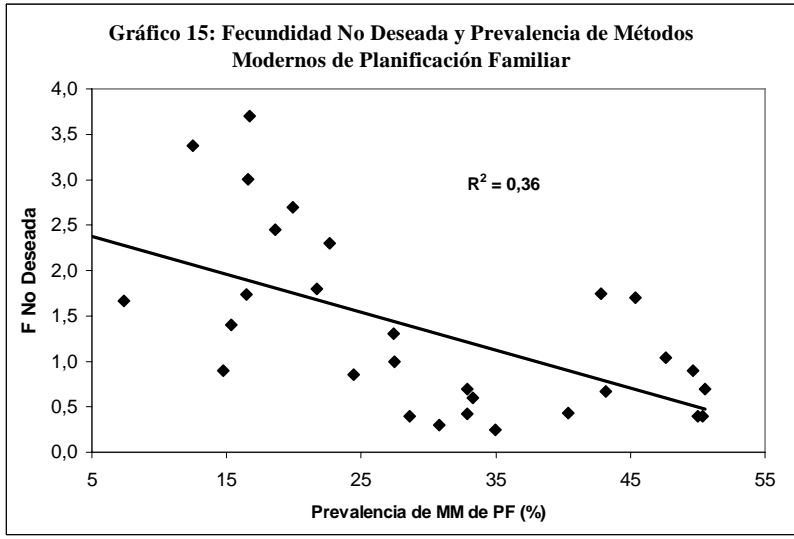
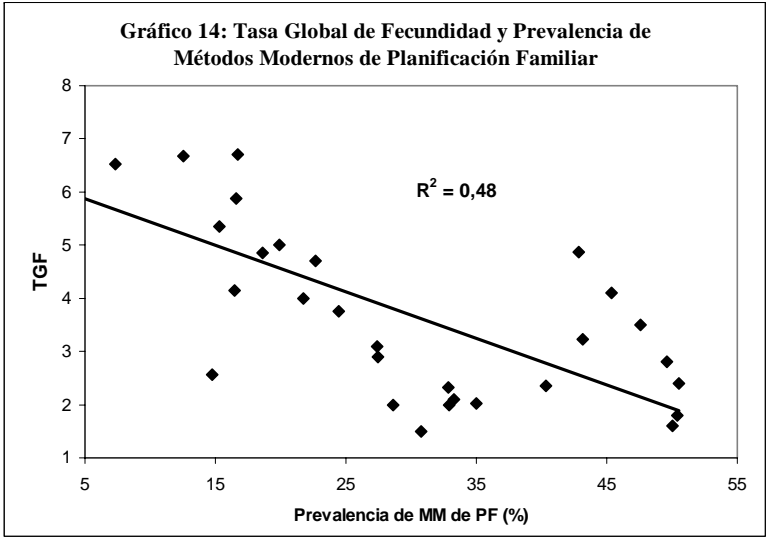
País	DHS	Todas las mujeres				Actualmente unidas				No unidas sexualmente activas			
		Cualquier método moderno*	Cualquier método tradicional o folclórico	No usa	Total	Cualquier método moderno*	Cualquier método tradicional o folclórico	No usa	Total	Cualquier método moderno*	Cualquier método tradicional o folclórico	No usa	Total
Colombia	1986	31,9	7,0	61,1	100,0	52,5	12,3	35,2	100,0	57,8	8,6	33,6	100,0
	1990	33,0	6,9	60,1	100,0	54,6	11,5	33,9	100,0	46,5	18,7	34,8	100,0
	1995	39,5	8,6	51,9	100,0	59,3	12,9	27,8	100,0	56,8	18,1	25,1	100,0
	2000	43,8	9,0	47,2	100,0	64,0	12,9	23,1	100,0	64,0	20,1	15,9	100,0
	2005	49,4	7,0	43,6	100,0	68,2	10,0	21,8	100,0	68,5	12,5	19,0	100,0
Perú	1986	14,1	13,9	72,0	100,0	23,0	22,7	54,3	100,0	-	-	-	-
	1992	19,9	15,8	64,3	100,0	32,8	26,2	41,0	100,0	32,3	36,5	31,2	100,0
	1996	26,4	14,5	59,1	100,0	41,3	22,9	35,8	100,0	46,0	30,6	23,4	100,0
	2000	32,0	12,0	56,0	100,0	50,4	18,5	31,1	100,0	45,2	31,2	23,6	100,0
	2004	29,6	14,7	55,7	100,0	46,7	23,8	29,5	100,0	53,5	31,7	14,8	100,0
República Dominicana	1986	29,1	1,9	69,0	100,0	46,5	3,3	50,2	100,0	-	-	-	-
	1991	33,9	2,9	63,2	100,0	51,7	4,7	43,6	100,0	46,6	8,6	44,8	100,0
	1996	41,3	3,3	55,4	100,0	59,3	4,4	36,3	100,0	51,7	11,5	36,8	100,0
	1999	45,6	3,2	51,2	100,0	64,0	5,2	30,8	100,0	64,6	4,9	30,5	100,0
	2002	48,2	3,0	48,8	100,0	65,8	4,0	30,2	100,0	55,4	7,7	36,9	100,0
Bolivia	1989	8,0	11,8	80,2	100,0	12,2	18,0	69,8	100,0	14,5	20,4	65,1	100,0
	1994	11,9	18,3	69,8	100,0	17,8	27,5	54,7	100,0	23,7	38,1	38,2	100,0
	1998	16,5	14,9	68,6	100,0	25,2	23,1	51,7	100,0	37,8	23,3	38,9	100,0
	2003	23,7	15,6	60,7	100,0	34,9	23,4	41,7	100,0	38,7	26,5	34,8	100,0
Haíti	1994/95	8,9	3,4	87,7	100,0	13,2	4,7	82,1	100,0	13,9	14,4	71,7	100,0
	2000	15,8	3,6	80,6	100,0	22,8	5,2	72,0	100,0	30,8	8,8	60,4	100,0
Guatemala	1987 (1)	13,4	2,8	83,8	100,0	19,0	4,2	76,8	100,0	36,4	6,8	56,8	100,0
	1995	18,4	3,0	78,6	100,0	26,9	4,5	68,6	100,0	35,4	6,2	58,4	100,0
	1998/99	21,7	4,9	73,4	100,0	30,9	7,3	61,8	100,0	46,7	1,8	51,5	100,0

1) Información para mujeres de 15-44 años.

* Método Moderno incluye esterilización femenina y masculina, píldora, DIU, Inyección, implantes, condon, jalea/espuma, MELA (amenorrea de lactancia) y anticonceptivos de emergencia. Métodos tradicionales incluye abstinencia y retiro.

Gráfico 13: Porcentaje de mujeres de 15-49 años que usan actual algún método moderno de planificación familiar por país (%)





Cuadro 9: Distribución de la mujeres de 15-49 años actualmente unidas por uso actual de métodos de planificación familiar por lugar de residencia por país

País	DHS	Urbano				Rural				Método Moderno: Urb/Rur
		Cualquier método moderno	Cualquier método tradicional o folclórico	No usa	Total	Cualquier método moderno	Cualquier método tradicional o folclórico	No usa	Total	
Colombia	1986	58,2	12,0	29,8	100,0	40,6	13,0	46,4	100,0	1,43
	1990	57,7	11,4	30,9	100,0	47,5	11,6	40,9	100,0	1,21
	1995	62,6	11,8	25,6	100,0	51,6	15,4	33,0	100,0	1,21
	2000	66,2	11,4	22,4	100,0	58,4	16,8	24,8	100,0	1,13
	2005	69,1	9,7	21,2	100,0	65,6	11,1	23,3	100,0	1,05
Perú	1986	31,6	26,9	41,5	100,0	8,4	15,6	76,0	100,0	3,76
	1992	39,7	26,4	33,9	100,0	15,5	25,6	58,9	100,0	2,56
	1996	47,7	22,5	29,8	100,0	27,4	23,8	48,8	100,0	1,74
	2000	56,1	16,9	27,0	100,0	40,3	21,2	38,5	100,0	1,39
	2004	54,1	20,7	25,2	100,0	33,2	29,5	37,3	100,0	1,63
República Dominicana	1986	48,8	3,3	47,9	100,0	42,7	3,3	54,0	100,0	1,14
	1991	55,1	5,0	39,9	100,0	46,0	4,1	49,9	100,0	1,20
	1996	61,3	5,1	33,6	100,0	56,0	3,5	40,5	100,0	1,09
	1999	63,0	6,6	30,4	100,0	66,1	2,6	31,3	100,0	0,95
	2002	65,6	4,2	30,2	100,0	66,3	3,5	30,2	100,0	0,99
Bolivia	1989	17,9	21,1	61,0	100,0	5,2	14,2	80,6	100,0	3,44
	1994	25,3	29,6	45,1	100,0	6,9	24,5	68,6	100,0	3,67
	1998	32,3	25,3	42,4	100,0	11,3	18,7	70,0	100,0	2,86
	2003	40,3	23,7	36,0	100,0	25,0	23,0	52,0	100,0	1,61
Haíti	1994/95	19,5	7,1	73,4	100,0	9,5	3,3	87,2	100,0	2,05
	2000	22,6	6,9	70,5	100,0	23,0	4,2	72,8	100,0	0,98
Guatemala	1987 (1)	35,9	7,1	57,0	100,0	11,0	2,8	86,2	100,0	3,26
	1995	42,4	6,4	51,2	100,0	16,5	3,3	80,2	100,0	2,57
	1998/99	43,4	8,9	47,7	100,0	21,5	6,2	72,3	100,0	2,02

1) Información para mujeres de 15-44 años.

* Método Moderno incluye esterilización femenina y masculina, píldora, DIU, Inyección, implantes, condon, jalea/espuma, MELA (amenorrea de lactancia) y anticonceptivos de emergencia. Métodos tradicionales incluye abstinencia y retiro.

Cuadro 10: Distribución de la mujeres de 15-49 años actualmente unidas por uso actual de métodos de planificación familiar por nivel educativo por país

País	DHS	Sin educación				Primaria				Secundaria o más				Método Moderno: Sec/Sin Educ
		Cualquier método moderno	Cualquier método tradicional o folclórico	No usa	Total	Cualquier método moderno	Cualquier método tradicional o folclórico	No usa	Total	Cualquier método moderno	Cualquier método tradicional o folclórico	No usa	Total	
Colombia	1986	42,8	7,9	49,3	100,0	49,2	12,8	38,0	100,0	60,2	12,5	27,3	100,0	1,41
	1990	44,0	8,6	47,4	100,0	51,8	11,5	36,7	100,0	58,9	11,8	29,3	100,0	1,34
	1995	45,4	12,6	42,0	100,0	56,6	13,8	29,6	100,0	63,1	12,1	24,8	100,0	1,39
	2000	55,5	17,2	27,3	100,0	62,1	14,9	23,0	100,0	66,0	11,2	22,8	100,0	1,19
	2005	57,4	9,7	32,9	100,0	67,5	11,0	21,5	100,0	69,2	9,5	21,3	100,0	1,21
Perú	1986	7,6	11,4	81,0	100,0	17,1	22,2	60,7	100,0	35,7	27,6	36,7	100,0	4,70
	1992	11,6	23,9	64,5	100,0	24,0	27,3	48,7	100,0	42,4	25,8	31,8	100,0	3,66
	1996	18,8	19,5	61,7	100,0	34,8	24,2	41,0	100,0	49,4	22,5	28,1	100,0	2,63
	2000	33,0	17,1	49,9	100,0	43,7	19,8	36,5	100,0	57,1	17,8	25,1	100,0	1,73
	2004	29,4	27,0	43,6	100,0	39,6	26,9	33,5	100,0	52,9	21,4	25,7	100,0	1,80
República Dominicana	1986	32,4	3,3	64,3	100,0	46,7	2,3	51,0	100,0	49,5	6,0	44,5	100,0	1,53
	1991	37,8	3,7	58,5	100,0	52,3	2,9	44,8	100,0	53,7	7,7	38,6	100,0	1,42
	1996	50,7	2,5	46,8	100,0	61,1	3,4	35,5	100,0	58,7	6,5	34,8	100,0	1,16
	1999	66,8	0,0	33,2	100,0	64,3	3,6	32,1	100,0	63,7	7,5	28,8	100,0	0,95
	2002	62,1	2,4	35,5	100,0	66,4	3,2	30,4	100,0	65,5	5,1	29,4	100,0	1,05
Bolivia	1989	2,4	9,2	88,4	100,0	9,1	17,2	73,7	100,0	23,8	25,5	50,7	100,0	9,92
	1994	3,0	19,7	77,3	100,0	11,5	27,1	61,4	100,0	30,3	31,1	38,6	100,0	10,10
	1998	7,6	11,8	80,6	100,0	17,6	22,0	60,4	100,0	36,7	26,9	36,4	100,0	4,83
	2003	17,8	15,8	66,4	100,0	30,2	24,8	45,0	100,0	46,4	23,1	30,5	100,0	2,61
Haiti	1994/95	8,4	2,9	88,7	100,0	15,2	4,5	80,3	100,0	23,2	11,0	65,8	100,0	2,76
	2000	19,4	2,4	78,2	100,0	23,0	6,0	71,0	100,0	29,7	9,6	60,7	100,0	1,53
Guatemala	1987 (1)	8,6	1,3	90,1	100,0	24,3	5,2	70,5	100,0	46,2	13,8	40,0	100,0	5,37
	1995	12,7	1,4	85,9	100,0	28,3	4,2	67,5	100,0	51,2	11,8	37,0	100,0	4,03
	1998/99	16,0	3,4	80,6	100,0	31,3	7,1	61,6	100,0	53,7	14,3	32,0	100,0	3,36

1) Información para mujeres de 15-44 años.

* Método Moderno incluye esterilización femenina y masculina, píldora, DIU, Inyección, implantes, condon, jalea/espuma, MELA (amenorrea de lactancia) y anticonceptivos de emergencia. Métodos tradicionales incluye abstinencia y retiro.

Cuadro 11: Distribución de las mujeres de 15-49 años actualmente unidas por uso actual de métodos de planificación familiar por nivel de riqueza según país

País	DHS	Nivel de riqueza	Unidas				No unidas Sexualmente Activas			
			Método Moderno	Metodo tradicional o folclórico	No usa	Mét. Mod. Q5/Q1	Método Moderno	Metodo tradicional o folclórico	No usa	Mét. Mod. Q5/Q1
Colombia	1995	Q1	42,2	16,3	41,6		37,5	14,4	48,0	
		Q2	59,7	12,7	27,6		45,0	12,7	42,3	
		Q3	62,7	13,2	24,1		53,7	19,2	27,2	
		Q4	64,2	11,4	24,5		58,8	16,6	24,6	
		Q5	65,7	11,3	23,0	1,6	55,3	17,7	27,0	1,5
	2000	Q1	53,8	18,8	27,4		43,2	24,3	32,5	
		Q2	61,6	13,7	24,7		62,6	23,0	14,5	
		Q3	67,2	11,1	21,7		61,9	18,7	19,4	
		Q4	70,2	10,3	19,6		67,6	17,7	14,7	
		Q5	66,4	11,3	22,3	1,2	66,7	21,4	11,9	1,5
	2005	Q1	60,4	12,5	27,0		57,4	13,5	29,1	
		Q2	66,6	10,5	22,9		63,5	15,2	21,2	
		Q3	69,3	9,3	21,4		67,2	13,1	19,8	
		Q4	71,7	9,2	19,1		71,3	12,9	15,8	
		Q5	71,8	8,9	19,3	1,2	71,4	10,9	17,7	1,2
Peru	1996	Q1	24,0	21,9	54,1		18,7	15,1	66,3	
		Q2	37,5	23,3	39,2		22,5	21,8	55,8	
		Q3	45,2	24,4	30,5		35,4	20,2	44,5	
		Q4	48,9	22,3	28,8		35,0	30,7	34,3	
		Q5	50,3	22,4	27,2	2,1	49,4	24,5	26,1	2,6
	2000	Q1	36,8	18,4	44,9		40,9	23,9	35,2	
		Q2	45,8	21,6	32,7		36,8	34,5	28,7	
		Q3	54,4	18,4	27,2		49,1	26,6	24,3	
		Q4	56,3	18,0	25,8		43,9	29,6	26,6	
		Q5	58,0	15,7	26,3	1,6	47,2	34,8	18,0	1,2
	2005	Q1	29,8	28,4	41,9		47,3	28,6	24,2	
		Q2	40,2	28,8	31,0		35,1	44,4	20,5	
		Q3	51,0	23,8	25,3		51,2	32,6	16,1	
		Q4	55,5	21,0	23,5		59,5	25,6	14,9	
		Q5	54,5	16,7	28,7	1,8	67,7	23,8	8,5	1,4
Republica Dominicana	1996	Q1	51,2	3,6	45,2		45,0	0,5	54,6	
		Q2	61,7	3,4	34,9		40,1	2,6	57,3	
		Q3	58,2	5,7	36,2		44,5	7,1	48,4	
		Q4	61,5	4,7	33,8		45,4	6,2	48,4	
		Q5	63,8	4,9	31,4	1,2	31,4	18,5	50,1	0,7
Bolivia	1994	Q1	1,6	21,0	77,4		0,0	41,2	58,8	
		Q2	6,9	26,3	66,8		4,6	26,0	69,4	
		Q3	14,8	30,4	54,8		14,5	11,2	74,3	
		Q4	22,5	32,6	44,9		23,7	32,1	44,2	
		Q5	41,5	26,8	31,7	25,4	30,6	35,3	34,2	
	1998	Q1	7,1	15,8	77,1		12,4	6,7	80,9	
		Q2	17,2	21,6	61,2		18,0	12,7	69,4	
		Q3	22,2	26,0	51,8		13,3	25,0	61,8	
		Q4	32,2	28,4	39,4		34,1	13,3	52,6	
		Q5	45,6	22,4	32,1	6,4	38,6	17,3	44,1	3,1
	2003	Q1	22,5	19,2	58,2		11,5	24,3	64,2	
		Q2	27,7	26,2	46,1		21,5	23,1	55,4	
		Q3	31,5	26,9	41,6		40,9	15,3	43,9	
		Q4	41,8	22,8	35,4		35,9	30,9	33,1	
		Q5	49,3	21,6	29,1	2,2	46,4	28,8	24,8	4,0
Haiti	1994/95	Q1	5,9	4,0	90,1		0,0	0,0	100,0	
		Q2	8,8	1,8	89,4		10,8	5,4	83,8	
		Q3	11,3	3,0	85,7		5,9	22,1	72,0	
		Q4	18,4	5,6	76,0		15,8	10,7	73,5	
		Q5	20,5	10,0	69,5	3,5	19,6	16,4	64,0	
	2000	Q1	17,4	3,8	78,8		10,8	0,0	89,2	
		Q2	22,2	3,1	74,7		13,1	0,0	86,9	
		Q3	25,8	4,3	70,0		18,8	10,5	70,7	
		Q4	24,2	5,6	70,3		36,4	5,4	58,2	
		Q5	24,3	9,2	66,5	1,4	35,2	12,7	52,0	3,3
Guatemala	1995	Q1	5,4	1,2	93,4		0,0	0,0	100,0	
		Q2	10,1	2,2	87,6		0,0	0,0	100,0	
		Q3	21,4	3,8	74,8		24,6	4,8	70,6	
		Q4	37,4	5,4	57,2		51,0	10,4	38,7	
		Q5	57,1	9,6	33,3	10,5	39,7	4,5	55,8	

* Método Moderno incluye esterilización femenina y masculina, píldora, DIU, Inyección, implantes, condon, jalea/espuma, MELA (amenorrea de lactancia) y anticonceptivos de emergencia. Métodos tradicionales incluye abstinencia y retiro.

Cuadro 12: Proporción de mujeres de 15-49 años que conoce una fuentes de suministro de métodos de planificación familiar por zona de residencia, nivel educativo y nivel de riqueza por país

País	DHS	Total	Zona de residencia		Nivel educativo			Nivel de riqueza				
		Total	Urbano	Rural	Sin Educación	Primaria	Secundaria o más	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Colombia	2005	100,0	100,0	100,0	99,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Perú	2005	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Republica Dominicana	1996	86,7	88,4	83,3	74,6	84,6	91,0	82,1	86,3	87,0	88,0	88,6
Bolivia	2003	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Haiti	2000	40,6	41,7	39,7	39,8	39,8	42,7	29,9	37,3	44,6	44,9	42,9
Guatemala	1995	57,1	75,0	43,4	32,3	56,4	87,3	23,9	34,0	52,0	72,5	86,6

Cuadro 13: Tendencia en la proporción de mujeres que conoce el período fértil por zona de residencia, nivel educativo y nivel de riqueza por país.

País	DHS	Total	Zona de residencia			Nivel educativo				Nivel de riqueza					
		Total	Urbano	Rural	Rural/Urb	Sin educacion	Primaria	Secund. o más	Secund/Sin Educ	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Q5/Q1
Colombia	1986	31,9	37,6	17,0	2,2	8,8	31,1	74,2	8,5						
	1990	46,3	52,7	27,6	1,9	12,4	27,1	60,2	4,8						
	1995	35,6	40,9	20,2	2,0	10,0	18,8	50,3	5,1	18,9	33,4	44,3	55,8	65,3	3,5
	2000	44,7	48,8	30,7	1,6	17,7	28,6	54,0	3,0	25,3	34,9	43,3	54,5	57,0	2,3
	2005	36,9	40,3	25,3	1,6	14,2	22,0	43,5	3,1	21,2	28,6	34,7	40,7	52,6	2,5
Perú	1992	46,4	50,0	34,3	1,5	23,4	34,0	53,9	2,3						
	1996	37,3	41,2	26,5	1,6	15,8	25,1	45,0	2,8	20,6	30,6	37,3	41,8	48,9	2,4
	2000	35,8	40,8	24,2	1,7	10,7	20,6	44,3	4,1	18,1	27,4	35,6	41,4	47,8	2,6
	2004	36,5	42,2	23,3	1,8	8,4	18,9	43,9	5,2	16,3	24,5	35,2	42,8	49,9	3,1
República Dominicana	1986	19,6	23,3	12,6	1,9	4,6	16,9	56,4	12,3						
	1991	23,2	27,4	13,9	2,0	3,4	12,1	39,1	11,5						
	1996	25,6	30,2	16,5	1,8	9,6	16,4	38,5	4,0	11,5	19,3	21,6	29,6	39,2	3,4
	1999	18,1	22,5	8,4	2,7	2,7	7,6	28,7	10,8						
	2002	10,8	11,8	8,7	1,4	4,6	6,6	15,1	3,3						
Bolivia	1989	32,2	41,1	18,9	2,2	11,4	33,5	67,0	5,9						
	1994	11,2	12,6	8,9	1,4	8,6	10,9	12,0	1,4	6,6	9,9	12,1	13,4	12,5	1,9
	1998	45,6	54,0	24,5	2,2	11,4	28,9	60,5	5,3	18,5	31,3	43,2	56,0	63,9	3,5
	2003	38,4	44,5	24,9	1,8	13,1	27,1	52,7	4,0	18,9	27,6	32,7	44,1	57,0	3,0
Haiti	1994/95	8,1	12,6	4,6	2,7	4,8	4,4	20,5	4,3	2,9	4,4	6,2	8,4	16,0	5,5
	2000	11,2	14,5	8,4	1,7	6,4	7,9	21,3	3,3	5,1	8,3	9,1	11,2	17,9	3,5
Guatemala	1987 (1)	11,8	21,9	5,8	3,8	3,4	15,8	66,7	19,7						
	1995	10,6	17,0	5,7	3,0	2,2	7,1	27,1	12,2	1,7	2,1	4,9	11,3	26,8	16,2
	1998/99	15,3	23,2	8,9	2,6	3,8	11,1	34,8	9,1						

1) Información para mujeres de 15-44 años.

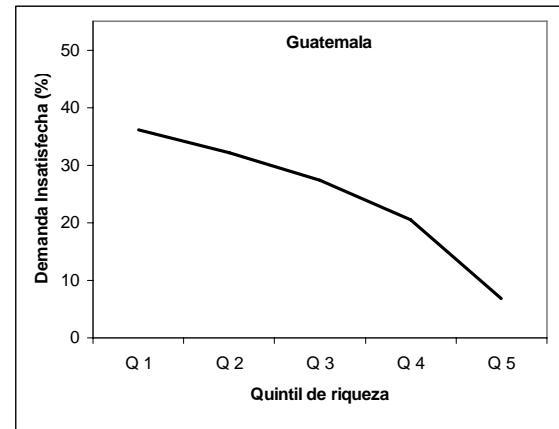
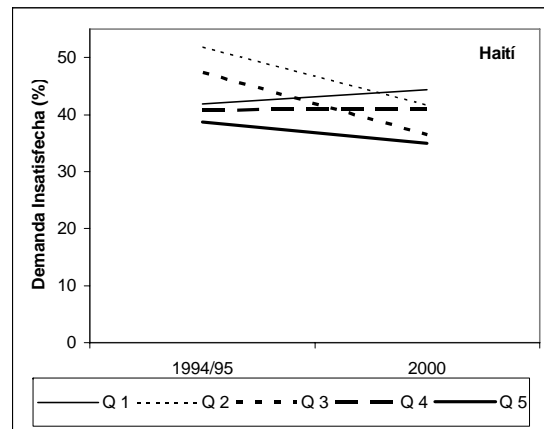
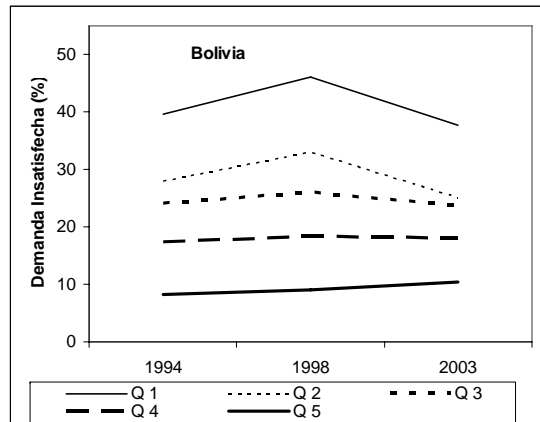
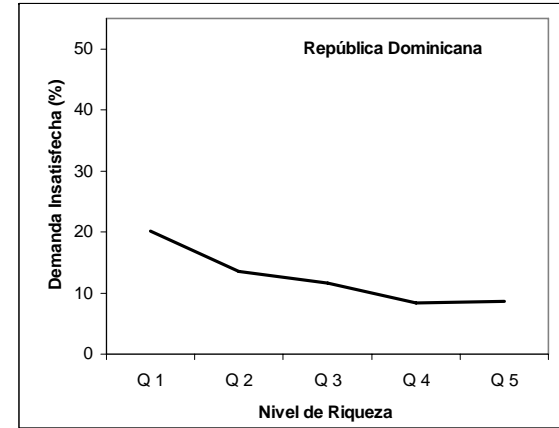
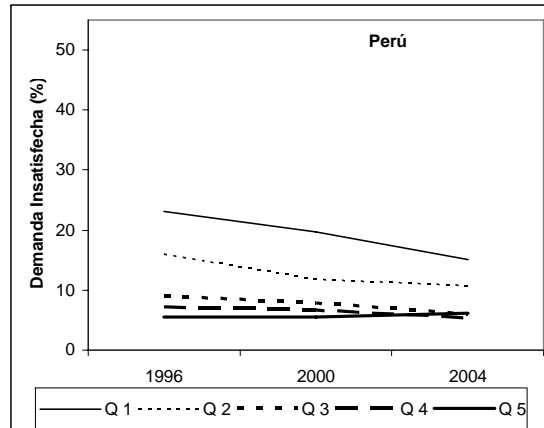
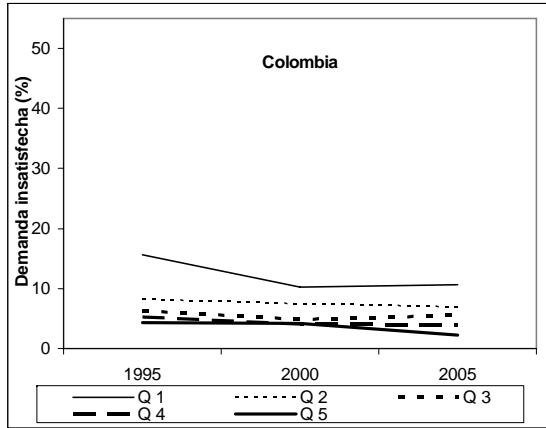
Cuadro 14: Demanda total por servicios de planificación familiar por zona de residencia, nivel educativo y nivel de riqueza por país. Mujeres en unión

País	DHS	Total	Zona de residencia			Nivel educativo				Nivel de riqueza					
		Total	Urbano	Rural	Urb/Rural	Sin Educación	Primaria	Secundaria o más	Secundaria/Sin Educ	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Q5/Q1
Colombia	1990	79,6	80,5	77,5	1,04	73,1	78,7	81,3	1,11						
	1995	83,0	83,7	81,3	1,03	73,7	82,3	84,5	1,15	78,3	83,4	85,2	84,1	83,3	1,06
	2000	86,2	85,7	87,4	0,98	84,8	87,0	85,7	1,01	87,5	86,2	86,4	86,7	84,2	0,96
	2005	86,2	85,9	87,0	0,99	81,5	86,9	86,0	1,06	86,0	86,9	86,9	86,7	84,4	0,98
Perú	1992	80,9	82,1	78,1	1,05	71,5	79,2	83,7	1,17						
	1996	81,4	82,6	78,6	1,05	69,0	80,0	84,2	1,22	77,7	83,0	83,7	81,7	80,3	1,03
	2000	82,5	83,3	81,0	1,03	70,4	81,1	85,0	1,21	79,9	83,7	83,6	83,7	81,0	1,01
	2004	82,4	84,4	78,9	1,07	73,8	81,1	83,7	1,13	79,2	83,9	84,5	83,3	79,5	1,00
República Dominicana	1991	74,9	75,4	74,1	1,02	71,3	75,5	74,8	1,05						
	1996	77,7	78,6	76,5	1,03	74,0	78,5	77,5	1,05	76,2	80,0	77,5	75,9	79,2	1,04
	1999	82,5	82,5	82,4	1,00	76,5	81,2	84,5	1,10						
	2002	82,0	81,9	82,3	1,00	77,5	82,5	82,0	1,06						
Bolivia	1994	74,2	78,2	68,4	1,14	60,2	72,5	81,5	1,35	66,4	69,0	76,8	77,5	80,5	1,21
	1998	74,4	77,0	69,2	1,11	60,2	72,9	79,3	1,32	69,0	71,8	74,3	78,9	77,0	1,12
	2003	81,0	82,5	78,4	1,05	64,9	81,4	84,3	1,30	79,5	79,0	82,1	82,7	81,4	1,02
Haití	1994/95	62,4	68,1	59,1	1,15	54,8	67,0	74,6	1,36	51,7	62,4	61,6	64,7	69,2	1,34
	2000	67,7	67,8	67,6	1,00	62,5	70,6	72,5	1,16	65,5	66,9	66,5	70,8	68,4	1,04
Guatemala	1995	56,6	67,5	49,4	1,37	44,3	59,1	74,3	1,68	43,3	44,8	53,7	64,8	74,5	1,72
	1998/99	62,2	71,7	55,2	1,30	48,4	63,4	81,4	1,68						

Cuadro 15: Demanda Insatisfecha de servicios de planificación familiar por zona de residencia, nivel educativo y nivel de riqueza, por país (%). Mujeres en unión

País	DHS	Total	Zona de residencia			Nivel educativo				Nivel de riqueza					
		Total	Urbano	Rural	Rural/Urb.	Sin Educación	Primaria	Secundaria o más	Sin/Secundaria	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Q1/Q5
Colombia	1990	11,1	9,2	15,6	1,7	17,5	13,1	8,2	2,1						
	1995	7,7	6,5	10,5	1,6	13,1	9,2	6,0	2,2	15,6	8,3	6,3	5,3	4,3	3,6
	2000	6,1	5,4	8,1	1,5	10,2	7,0	5,2	2,0	10,2	7,5	4,8	4,1	4,3	2,4
	2005	5,8	4,9	8,2	1,7	12,2	6,4	5,1	2,4	10,7	7,0	5,5	3,9	2,2	4,8
Perú	1992	15,5	11,2	26,2	2,3	28,5	19,4	10,7	2,7						
	1996	12,1	8,6	19,6	2,3	23,3	15,1	8,3	2,8	23,1	16,0	9,1	7,2	5,6	4,2
	2000	10,2	7,5	14,9	2,0	16,5	13,5	7,2	2,3	19,7	11,8	7,8	6,8	5,6	3,5
	2004	5,8	7,1	11,7	1,6	14,4	10,2	6,7	2,1	15,1	10,7	6,0	5,4	6,2	2,4
República Dominicana	1991	17,2	13,7	22,9	1,7	29,6	18,9	11,7	2,5						
	1996	12,5	10,4	15,7	1,5	20,4	12,9	9,8	2,1	20,1	13,6	11,7	8,3	8,6	2,3
	1999	11,9	11,0	13,5	1,2	8,3	11,2	13,0	0,6						
	2002	10,9	10,8	10,9	1,0	12,7	11,6	9,8	1,3						
Bolivia	1994	23,2	17,1	32,1	1,9	34,6	27,4	14,2	2,4	39,6	28,0	24,1	17,4	8,2	4,8
	1998	26,1	19,4	39,2	2,0	40,8	33,3	15,7	2,6	46,1	33,0	26,1	18,4	9,1	5,1
	2003	22,7	18,4	30,4	1,7	31,3	26,4	14,8	2,1	37,8	25,1	23,7	18,1	10,4	3,6
Haiti	1994/95	44,5	41,5	46,2	1,1	43,6	47,3	40,4	1,1	41,8	51,8	47,3	40,7	38,7	1,1
	2000	39,6	38,3	40,4	1,1	40,7	41,6	33,2	1,2	44,3	41,6	36,5	41,0	35,0	1,3
Guatemala	1995	24,3	17,4	28,9	1,7	29,8	25,8	9,5	3,1	36,2	32,2	27,4	20,6	6,8	5,3
	1998/99	23,1	18,0	26,9	1,5	28,8	24,0	11,7	2,5						

Gráfico 18: Demanda Insatisfecha de planificación familiar por nivel de riqueza por país (%)



Cuadro 16: Situación de algunos países de ALC en relación a la existencia de política de población (2000)

Estadio de la fecundidad	No tiene política explícita de población y no busca	Busca tener una política o tiene algún documento especial	Tiene política explícita pero sin mayor influencia	Política vigente e influyente
Baja: 1,8 - 2,4	Costa Rica Brasil Chile Uruguay	Colombia	Perú	Mexico
Media Baja: 2,5 - 3,4	Rep. Dominicana Venezuela	Panamá		
Media Alta: 3,5 - 4,4	Honduras	Paraguay	Nicaragua	
Alta: 4,5 - 5,4		Haití Guatemala		

Fuente: Clasificación de la políticas tomado de Martíne y Hakkert (2003); clasificación de la fecundidad tomado de Chackiel y Schkolnik (2003)

Cuadro 17: Tendencia en los diferentes indicadores de salud reproductiva por grupo de países según estadio actual de la fecundidad

Estadio actual	Nivel educativo de la mujer	Fecundidad deseada	Información sobre SR y fuentes de métodos	Uso de MM de PF	Demanda Insatisfecha de PF	Fecundidad realizada	Fecundidad No-deseada
Fecundidad baja	Aumento y convergencia entre estratos sociales hacia niveles altos, por encima de 8 años. Disminución del diferencial social a 2,5: 1	Descenso y convergencia entre estratos sociales hacia niveles bajos, 1,7 hijos, por debajo del nivel de reemplazo (1,8). Disminución del diferencial social a 1,8: 1	Conocimiento de fuentes universal, pero conocimiento del ciclo menstrual es bajo, 35%, con diferenciales sociales altos 3:1	Aumento y convergencia entre estratos sociales hacia niveles altos, por encima de 65%. Disminución del diferencial social a 1,2:1	Descenso y convergencia entre estratos sociales hacia niveles bajos, 6%. Disminución del diferencial social a 2,4: 1	Descenso y convergencia entre estratos sociales hacia niveles bajos, 2,4 hijos. Disminución del diferencial social a 2,6: 1	Descenso, en niveles menores a 1, con diferenciales sociales marcado 5:1. Tiende a cero (0,4) en los estratos altos y está alrededor de 2 en los estratos bajos
Fecundidad alta	Aumento lento y convergencia entre estratos sociales pero aún con niveles muy bajos, alrededor de 4 años. Diferencial social muy marcado, 8,7:1	Descensos modestos en el nivel y en los diferenciales sociales, manteniendo niveles altos, alrededor de 4 hijos por mujer. Diferencial social marcado: 3:1	Conocimiento de fuentes bajo, 50%, con diferenciales sociales altos 3,6:1 Conocimiento del ciclo menstrual es muy bajo, 15%, con diferenciales sociales muy marcados 16:1	Aumento y convergencia entre estratos sociales pero aún con niveles muy bajos, alrededor de 25% a 30%. Diferencial social marcado 4:1	Descensos modestos en el nivel y en los diferenciales sociales, manteniendo niveles altos, por encima de 20%. Diferencial social marcado: 4 o 5:1	Descensos modestos en el nivel con un aumento /constancia en los diferenciales sociales, manteniendo niveles altos, alrededor de 5 hijos por mujer. Diferencial social marcado: 3,4:1	Descenso, en niveles alrededor de 2, con diferenciales sociales muy marcados 9:1. Tiende a cero (0,4) en los estratos altos y llega a 3,7 en los estratos bajos

Cuadro 18: Distribución de mujeres unidas que no usan métodos de planificación familiar por razón de no uso por país

País	DHS	Razones relacionadas con fecundidad 1/	Oposición para usar 2/	Problemas de Acceso 3/	Problemas relacionados con el método 4/	Muy Costoso	Prohibición Religiosa	Otra razón
Colombia	1990	47,2	11,8	0,6	4,6		0,2	34,5
	1995	77,5	7,2	0,9	7,4	0,3	0,7	5,3
	2000	87,1	4,2		5,5		0,5	2,4
	2005	80,2	1,8	0,6	9,3	0,3	0,5	6,0
Perú	1992	78,3	2,8	5,6	6,9	0,6	1,0	3,0
	1996	64,1	7,0	6,7	12,2		2,2	6,3
	2000	72,2	7,9	3,1	12,3	0,2	1,4	1,7
	2004	85,9	3,0		7,4		0,3	2,9
República Dominicana	1991	66,6	6,9	2,1	9,7	0,5	3,0	9,1
	1996	34,0	15,1	2,0	21,6	0,1	2,1	23,4
	1999	54,6	6,6	0,0	15,2			16,3
	2002	61,2	15,9	1,2	12,3	0,2	1,2	5,0
Bolivia	1994	48,7	5,7	18,9	16,3	0,9	7,1	1,5
	1998	46,0	7,0	20,2	16,9	0,5	5,1	2,7
	2003	54,1	9,5	7,4	19,0	0,4	2,7	3,3
Haiti	1994/95	55,7	7,1	12,6	16,4	0,6	6,4	0,5
	2000	30,1	10,6	1,5	44,0	0,2	8,5	1,0
Guatemala	1995	25,5	15,2	18,3	20,6	0,5	15,7	3,1
	1998/99	23,4	15,0	26,5	19,0	0,4	12,9	0,9

1/ Incluye: no tiene relaciones sexuales frecuentes, menopausia, histerectomía, infertilidad, postparto, amenorrea, desea más hijos y otras razones relacionadas a fecundidad.

2/ Incluye: la entrevistada se opone, el marido se opone, otros se oponen y otra oposición para usar

3/ Incluye: no conoce métodos, no conoce fuentes, no conoce y falta de acceso / demasiado lejos

4/ Incluye: problemas de salud, miedo a efectos secundarios, uso inconveniente, interfiere con procesos normales del cuerpo y otra razón relacionada con el método.