

EL COLEGIO DE LA FRONTERA NORTE

MAESTRIA EN ESTUDIOS DE POBLACION

Influencia de algunas variables intermedias en el nivel y en diferenciales de la fecundidad de Cuba.

Tesis que para optar por el grado
de Maestro en Estudios de Población sustenta:
Humberto González Galbán

Director de Tesis: Norma Ojeda de la Peña
Lector Externo: Gabriel Estrella
Lector Interno: Raúl González

[Octubre/1994]

A LA MEMORIA DE MI ADORADA HIJA

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi profundo agradecimiento a todos los que hicieron posible la realización de este trabajo

De manera muy especial mi reconocimiento al Dr. Jorge A. Bustamante; Presidente del Colegio de la Frontera Norte, Mtro. Alejandro Canales; Coordinador de maestría y mis compañeros de clases sin cuya solidaridad, no hubiera sido posible mi continuidad en el programa de Maestría en Estudios de Población.

De manera igualmente especial agradezco a la Dra. Norma Ojeda de la Peña por su profesional y sensible labor como asesora de tesis.

Por último, aprecio las atinadas observaciones al trabajo de tesis de los lectores de la misma; Dr. Gabriel Estrella y Mtro. Raúl González.

INDICE

	Pagina No.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I-.Aspectos Teóricos y Metodológicos	5
1.1 Aspectos teóricos.	
1.2 Metodología del estudio	
1.3 Fuentes de datos.	
CAPITULO II- Características de la fecundidad en Cuba	28
2.1 Antecedentes.	
2.2 Evolución de la fecundidad.	
2.3 Estructura etaria de la fecundidad.	
2.4 Comportamiento territorial de la fecundidad.	
CAPITULO III-.Influencia de las variables intermedias en la Fecundidad, segun variables territoriales y el nivel educacional.	54
3.1 La nupcialidad.	
3.2 La anticoncepción.	
3.3 El aborto inducido.	
3.4 Efecto inhibidor conjunto de las variables intermedias en la fecundidad.	
CONCLUSIONES	83
BIBLIOGRAFIA	
ANEXO I-TABLAS DE ERRORES MUESTRALES	

INTRODUCCION

La fecundidad es el componente demográfico que más incide en el crecimiento de la población cubana en la actualidad, esta situación unida a la singular evolución y estado actual de los niveles de la fecundidad ha motivado a la realización de varios estudios al respecto.

Dada la complejidad del análisis del referido componente demográfico, por la interrelación del mismo con un gran número de factores de diversa indole, éste ha sido abordado desde diferentes enfoques en los que han primado aspectos sociales, económicos y políticos por una parte o dirigidos a los determinantes próximos por la otra. También se han realizado intentos que han tratado de vincular uno y otros aspectos, pero se han apoyado en fuentes limitadas en su representatividad regional.

Algunos de los aspectos que requieren ser profundizados se refieren al cómo las distintas subpoblaciones del país han regulado su fecundidad, atendiendo a las características que las identifican y participación que actualmente tienen en las diferencias que aún persisten en los niveles de fecundidad cubana.

En el interés por explorar estos aspectos la presente investigación tiene por objetivo general identificar y caracterizar algunas variables que determinan el nivel actual de la fecundidad en el país y sus diferentes regiones para lo cual se consideraran algunos factores como son las características de la zona de residencia y el nivel educacional de las mujeres y atendiendo a ello que medios utilizan para regular la fecundidad. La influencia de las

condiciones socioeconómicas imperantes sobre la fecundidad, se ejerce a través de variables intermedias o determinantes próximos de la fecundidad.

De igual forma se hace presente el interés por brindar un mayor número de elementos cognositivos en materia de comportamiento reproductivo de la población cubana que contribuyan a la formulación de hipótesis de cambio en el futuro así como divulgar la experiencia en materia de fecundidad, referida a las condiciones y los medios para la planificación familiar, de un país del área latinoamericana que ha avanzado a las fases finales de la transición demográfica.

Se plantean como objetivos particulares los siguientes:

.Mostrar de manera jerarquizada el grado de influencia de algunos de los "Determinantes Próximos" de la fecundidad , en el comportamiento reproductivo actual en el país, así como en diferentes subpoblaciones del mismo.

.Caracterizar según variables sociales y territoriales seleccionadas el comportamiento de los determinantes próximos de la fecundidad y vincular ambos tipos de factores a la explicación de los diferenciales de la fecundidad en diferentes subpoblaciones.

Para cumplir con estos objetivos se utiliza la información proveniente de la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1987. La realización de la primera encuesta de fecundidad con carácter nacional, tanto por la riqueza informativa que al respecto brinda, como por la ampliación de la cobertura de dichos datos, permite la realización del estudio que se plantea para la identificación e

interrelación, con mayor precisión de los elementos que han estado gravitando en el comportamiento de la fecundidad en Cuba y en algunos rasgos "peculiares" que ha tenido o mantiene la fecundidad en el país¹.

El alcance espacial del trabajo realizado es todo el país y las regiones que lo conforman (según la regionalización creada para la Encuesta Nacional de Fecundidad). Temporalmente está centrada en la información del año 1987, aunque se incluyen datos desde los inicios del actual siglo para contextualizar el análisis que se realiza, y otros de los años noventa para darle más actualidad al trabajo.

Las pretenciones del trabajo se limitan a dar una visión de la evolución de los niveles de la fecundidad en Cuba en el actual siglo, haciendo incapié en las últimas tres décadas y al análisis de algunos de los determinantes próximos de la fecundidad², según el tipo de lugar de residencia y el nivel educativo de las mujeres, en época reciente. En estos últimos aspectos se encuentran los aportes que brinda la investigación en el contexto nacional.

El trabajo se encuentra estructurado en tres capítulos, en el

¹El autor del presente trabajo, participó de manera activa en todas las fases de la Encuesta Nacional de Fecundidad de Cuba; desde la implementación del Proyecto, la elaboración de los documentos metodológicos y organizativos, el control o supervisión de las labores de campo, el procesamiento de la información y la elaboración del Informe Final de la Encuesta, el cual se difundió nacionalmente y se envió a varias instituciones internacionales.

²Ver en acápite metodológico los determinantes próximos estudiados.

primero de los cuales se presentan los aspectos teóricos y metodológicos tales como una exposición de las principales perspectivas teóricas en los estudios de fecundidad, la metodología utilizada y comentarios sobre la fuente de información.

En el segundo capítulo se exponen algunos antecedentes de las condiciones económicas, políticas, sociales y demográficas que han dominado en el país en el actual siglo, y la vinculación de ello a la evolución de la fecundidad en Cuba resaltando peculiaridades que se han observado en dicho proceso.

En el tercer capítulo se describe el comportamiento diferencial de algunos de los determinantes próximos de la fecundidad en el país, según características sociales, tratando con ello de contribuir al conocimiento sobre la evolución de la fecundidad cubana en las últimas décadas.

Finalmente, aunque con algunas críticas, el trabajo parte del reconocimiento de que en Cuba en las últimas tres décadas, todas las acciones inherentes a la Planificación Familiar se han desarrollado sobre la base de criterios de disminución del riesgo materno-infantil y en apoyo al libre ejercicio de la igualdad de la mujer, en función del principio de libre decisión de la pareja o la mujer sobre la reproducción. Las metas se han dirigido a disminuir la mortalidad y morbilidad materna e infantil, así como al cumplimiento de los derechos reproductivos de las personas y no a la reducción ó incremento de la población.

CAPITULO I Aspectos Teóricos y Metodológicos

1.1.- Perspectivas teóricas en el Estudio de la Fecundidad

La fecundidad es una variable compleja por cuanto intervienen una diversidad de factores de muy variada índole en su comportamiento, es por esta razón que no se puede pretender en cada estudio abarcar de manera profunda todos los factores intervinientes, sino que deben priorizarse algunos de ellos, lo que nos orientará a enfoques que han tenido un desarrollo teórico y empírico precedente.

Uno de los enfoques más empleados en el estudio de la fecundidad se vincula a la Teoría de la Transición Demográfica. Según esta teoría para las poblaciones humanas los niveles de mortalidad y fecundidad pasan de ser altos y sin control a controladamente bajos, con un descenso primero de la mortalidad, lo que origina un gran crecimiento de la población en esta fase, para posteriormente registrarse un descenso de ambas variables y con ello del crecimiento de la población.

Este comportamiento poblacional es relacionado al proceso de industrialización y de urbanización que estuvo asociado a la experiencia pasada en Europa, los Estados Unidos, Canadá y Japón.

Entre las críticas que se hacen a la Teoría de la Transición Demográfica, se destacan el considerar una situación homogénea entre los países debiendo estudiarse los casos particulares con mayor detalle.

Por otra parte se cuestionó la capacidad explicativa, en virtud de que no se sabe exactamente que elementos componen el proceso global de modernización, bajo el cual es explicado el proceso urbano-industrial. Relacionado a ello se puso en duda la capacidad predictiva de la teoría, ya que la evolución de la natalidad en algunos países que se consideraron para la formulación inicial, fue muy diferente a la prevista.

Una vez cuestionada la validez de la Teoría de la Transición Demográfica, algunos autores¹ proponen el replantear la conceptualización de la Teoría, lo que implica proceder metodológicamente de modo distinto, según lo cual la unidad de análisis ya no sería el comportamiento de las tasas de natalidad y mortalidad y el efecto de éstas en el volumen de la población, sino pensar en el conjunto de relaciones de los individuos, las familias y su inserción en el sistema de producción que de algún modo influyen en el comportamiento reproductivo, así como la naturaleza de las relaciones señaladas.

Resulta esclarecedor lo que sugieren otros investigadores² de concebir a la Transición Demográfica como un proceso que no se ha logrado generalizar en todo el mundo, por lo que se observan distintas transiciones demográficas en la diferentes regiones lo que tiene sus causas en diversos factores de tipo demográfico, sociales, económicos y culturales asociados al proceso de

¹López Patarra Neide, Transición Demográfica: Resumen Histórico o Teoría de Población?, Centro de Estudios de Dinámica de la Población, Universidad de Sao Paulo.

²Tabah León, De una transición demográfica a otra, Boletín de Naciones Unidas, No. 28, 1989.

modernización, algunos con efectos contrapuestos lo que dificulta establecer relaciones universalmente válidas entre el comportamiento reproductivo de la población y otros factores.

En algunas regiones del mundo como son la generalidad de los países del continente africano los factores que deben reducir la "capacidad" para tener hijos y el interés por tenerlos no han prevalecido sobre aquellos que tienden a aumentar ambos aspectos. Así, por ejemplo, la elevada mortalidad infantil prevaleciente, hace que las parejas quieran mantener sus altas tasas de fecundidad ya que los hijos son fuente de ingreso y de seguridad para la vejez y relacionado a ello dan prestigio social, el bajo desarrollo de las fuerzas productivas hacen de ello una estrategia de supervivencia del grupo.

Otros factores que pueden provocar que la modernización tenga como efecto el incremento de la fecundidad en Africa, si no hay incentivos y medios adecuados para limitar los nacimientos, es la desaparición o reducción después del parto de largos periodos de lactancia y abstinencia, así como la variación de las pautas matrimoniales donde la poligamia tiene una fuerte presencia y la reducción de la esterilización vía control de enfermedades venéreas causantes en buena medida de este mal.

En Asia por el contrario la transición demográfica esta teniendo lugar rápidamente en lo cual han incidido diferentes condiciones económicas sociales y culturales. La modernización ha introducido cambios en las pautas matrimoniales y en las conductas reproductivas lo que ha estado favorecido por el medio cultural y algunos valores tradicionales prevalecientes en el continente.

El conflicto entre la modernización y lo tradicional se encuentra atenuado en la generalidad de Asia, no así en algunos países de este mismo continente y en otras regiones del mundo en los cuales se ve agravado este conflicto por factores demográficos.

En el caso de Asia se ha cumplido el principio de la Transición Demográfica de que "con suficiente modernización, la fecundidad y la mortalidad cambian de manera predecible" el problema radica entonces en precisar cuál es el grado de modernización necesario para que se produzca dicho proceso.

Investigando en este sentido, en un estudio de Naciones Unidas³ se establecen varios indicadores que permiten clasificar a los países según diferentes grados de desarrollo económico y social lo cual es relacionado a los niveles de fecundidad, llegando a determinar que empíricamente las observaciones son consistentes con el hecho de que una vez alcanzado cierto nivel de desarrollo económico y social, se pasa de altas a bajas tasas de fecundidad, lo cual constituye la hipótesis llamada "del umbral".

Aunque se observa cierta consistencia entre las hipótesis referidas y los resultados de las observaciones, se señala como crítica, que ello no basta para probar su validez ya que considera solo la influencia que el desarrollo económico y social tienen sobre la fecundidad, olvidando la importancia que puede tener la relación en ambos sentidos. Además no se considera el papel que pueden jugar otros factores como son los de tipo cultural y principalmente el sistema de valores en la interrelación del comportamiento de la

³ Naciones Unidas, Boletín No.7.

fecundidad y el desarrollo económico social.

El análisis ha puesto de manifiesto algunas de las razones que inducen a creer que los niveles de los indicadores relacionados con el grado de comunicación, la salud y la instrucción, quizás tengan más importancia al respecto que los niveles de los demás indicadores y se llama la atención de que los valores umbrales de los indicadores deberán ser móviles, de acuerdo a la evolución que con relación a ello ha experimentado el mundo.

Los valores de fecundidad observada en los países que han concluido su transición demográfica, las variaciones en la posición de los mismos con relación a dichos indicadores al comienzo de la transición y la vinculación de ello al desarrollo económico social parece sugerir que los factores económicos-sociales juegan un papel muy importante para el inicio de la Transición Demográfica pero son menos determinantes en los niveles de fecundidad antes y después del periodo de transición que otros factores como pueden ser los culturales.

Otra manera en que los investigadores han realizado estudios de fecundidad es a través de los "Diferenciales", para lo cual se basan en la observación de que el descenso de los niveles de fecundidad no se ha dado uniformemente entre todos los sectores de la población. Así se llama diferenciales a las diferencias en fecundidad cuando se refieren a grupos claramente identificados de acuerdo a alguna característica social, económica, etc. tales como lugar de residencia (urbano-rural) ó nivel educacional.

Este enfoque es eminentemente cuantitativo e inductivo y no ha sido

efectivo en el desarrollo de una teoría explicativa debido a la dificultad de relacionar la dimensión de un diferencial dado con aspectos específicos del desarrollo social y económico, de tal modo que el análisis diferencial solo logra describir como ocurre el fenómeno de la de la transición de la fecundidad, antes que explicarlo.

Como se ha visto una de las formas más sugerentes de abordar el estudio explicativo de los niveles y tendencias que puede presentar la fecundidad, es la dirigida a tratar de relacionar directamente la influencia que los factores socioeconómicos ejercen sobre la importante variable de cambio poblacional que nos ocupa, sin embargo, ello no resulta fácil de precisar y menos de sistematizar ya que estos factores, como se ha referido, pueden variar de magnitud y sentido en diferentes ambientes y épocas, lo que ha motivado a los especialistas a desarrollar otras vías de investigación al respecto.

Otras proposiciones para el estudio de la fecundidad se han desarrollado vinculando esta con las instituciones lo que se ha definido como arreglos con cierta estabilidad de organización económica y social a través del cual se pueden dar transformaciones en las decisiones de los individuos sobre su conducta reproductiva⁴. Para seguidores de esta línea, la teoría de la fecundidad debe ser un cuerpo coherente de análisis sobre la caracterización de la sociedad y la economía y su relación con el

⁴ Mc Nicoll Geoffrey, Institutional Determinants of Fertility Change, Population and Development Review, Volumen 6, Número 3. 1980.

marco de decisiones individuales sobre la fecundidad y que este cuerpo sea capaz de sustentar un examen empírico.

Para el autor citado anteriormente, los patrones de fecundidad son una conducta social que atañe a innumerables factores socioeconómicos, culturales y de conducta biológica evolutiva. Postula que para la creación de una teoría de la fecundidad es necesario introducir el término de racionalidad que guía al hombre en sus decisiones individuales con respecto a su fecundidad y la relación de ello con el marco institucional en el cual se desenvuelve.

La estructura de decisiones involucra un conjunto de fases individuales sobre formas y patrones institucionales. Los cambios en las decisiones sobre fecundidad vienen explicados por los cambios en la conducta individual de este hombre "racional" y estos cambios a su vez son afectados por los cambios en las instituciones.

Lo más importante dentro de este enfoque para el estudio de la fecundidad es que dado un patrón de fecundidad, hay que explicar que rol juega el marco económico y social particular (instituciones) sobre las decisiones de los individuos en esta sociedad.

Así un análisis cuidadoso del escenario institucional, y su vinculación con la conducta racional de los individuos, que es dinámica en base a los cambios económicos y sociales ocurridos en las sociedades, puede producir explicaciones convincentes sobre los niveles y tendencias de la fecundidad que nos conduzcan a la

creación de una teoría sobre ella.

Como otra alternativa, en la actualidad han retomado fuerza la aplicación del esquema analítico de la microeconomía al estudio de la fecundidad, lo cual ha permitido el desarrollo de investigaciones basadas en muchos casos, en modelos con elementos de la economía familiar.

En éstos los hijos son considerados como bienes (superiores) sujetos a una demanda y oferta de un mercado de niños, en el cual están presentes, las funciones de utilidad, el precio de mercado y restricciones presupuestaria sobre la demanda (el ingreso), así como un sistema de preferencias (familiar)⁵.

El considerar a los niños como Bienes, trae implicaciones de suponer la existencia de una fecundidad dirigida- de un control de la fecundidad- que es igual a la fecundidad deseada, lo que nos habla no solo de un conocimiento del mercado sino también de un control absoluto sobre el (la oferta es de los padres al igual que la demanda) .

Pero el problema de la demanda de niños, debido a que es un bien superior, ha conllevado a plantearla en función de su cantidad y de su calidad, en función de la interacción entre ambas, de modo que tal demanda no depende solo de su precio de mercado (costo) sino también del gasto en ellos (costos que los padres van a realizar en ellos una vez que ya fueran demandados y obtenidos).

⁵Gary S. Becker. "An Economic Analysis of Fertility. Columbia University and National Bureau of Economic Research".

La elevación del gasto en la formación de los hijos eleva el precio de la cantidad, implicando ello una disminución en la demanda de niños.

Algunas de las críticas que se pueden hacer a la microeconomía del hogar es que las preferencias dejan de ser fijas, pues se forman en realidad al interior del hogar, por otra parte los padres no son los que escogen la calidad de los niños, pues estos pertenecen de antemano a un grupo social en el que nacen.

Otros de los principales enfoques desarrollados se refieren a aquel que trata de identificar y medir los factores "biológicos y de comportamiento" a través de los cuales las variables socioeconómicas y culturales afectan la fecundidad .

Los antecedentes más relevantes de este último tipo de investigaciones se basa en el análisis de las llamadas "variables intermedias" fundamentados en los trabajos de K. Davis y J.Blake en la década del cincuenta y más recientemente en el enfoque de los llamados "determinantes próximos de la fecundidad" desarrollados por John Bongaarts quien elaboró un modelo matemático de fácil manejo y con relativamente pocos requerimientos de información⁶.

El modelo es de utilidad para asociar el cambio en el nivel de la fecundidad con las variables intermedias y realizar análisis comparativos entre diferentes regiones, subpoblaciones y épocas. Además puede aclarar relaciones entre indicadores socioeconómicos

⁶El modelo será visto en mayor detalle en el acápite metodológico del presente trabajo.

y fecundidad así como estimar hasta que punto debe modificarse una combinación dada de diversas variables intermedias para obtener un comportamiento determinado de dicha variable.

Se debe expresar que el modelo desarrollado por John Bongaarts, no es el único que puede utilizarse para los fines señalados, incluso los resultados de su aplicación deben ser tomados con las reservas de que intentan medir algo que no es observable como en el caso de otros modelos, estando expuesto a la crítica de investigadores que han profundizado en el manejo y en su comparación con otros métodos con propositos similares⁷

Muchas han sido las aportaciones en las aplicaciones que se han echo del modelo originalmente planteado una de las cuales es la de Moreno y Singh⁸. La mayor contribución del referido trabajo es la de retomar modelos que consideran la influencia de las variables intermedias sobre la fecundidad así como estudiar a través de indices cuantificables las relaciones de estas variables con la fecundidad, proponiendo una serie de indices que explican los cambios de la fecundidad en América Latina. Otras estudios de este tipo serán referidos con mayor detalle en el acapite metodológico de este documento

No obstante ello se señala que la influencia de los más complejos indicadores obtenidos sobre nupcialidad, anticoncepción, aborto e

⁷Ver Kia I.Reinis The Impact of the Proximate Determinants of Fertility: Evaluating Bongaarts's and Hobcraft and Lattle's Methods of Estimation Population Studies, 46(1992), 309-326.

⁸Fertility decline and changes in proximate determinants in the Latin American region. Seminario de Transición Demográfica en América Latina. Buenos Aires,1990.

infertilidad post- parto sobre los niveles de fecundidad no depende solo de ellos sino tambien de la interrelación que existe entre los mismos, así como las otras variables tales como edad, paridez, etc.

Las anteriormente referidas son, en apretada sintesis, los elementos que identifican a algunas de las principales perspectivas teóricas que intentan explicar el comportamiento reproductivo de la población, y aunque las investigaciones referidas a la fecundidad pueden contener aspectos de varias de estas, deben priorizar algun enfoque específico para alcanzar mayor claridad y avanzar en el concimiento de la importante variable de cambio poblacional que constituye la fecundidad.

Para la realización de esta investigación se seleccionó el enfoque que prioriza el estudio de las variables intermedias desarrollando, en este caso el Modelo de Bongaarts el cual se explica con mayor detalle a continuación.

1.2.- Metodología del Estudio

La identificación y análisis de los factores que determinan los cambios en los niveles de la fecundidad en el país se han convertido, en estudios de elevada importancia debido al peso de esta variable en la actual situación demográfica de Cuba.

Resulta compleja la determinación de aquellos factores que han estado gravitando en el cambio de los niveles de fecundidad de la población. Ello implica que adquieran relevancia investigaciones destinadas a poner de manifiesto tales factores. De hecho, es posible identificar todo un conjunto de investigadores que se han

dado a la tarea de elaborar modelos matemáticos y de otros tipos, que permitan la identificación y cuantificación de la influencia de los diferentes elementos que gravitan sobre el comportamiento de la fecundidad.

Han sido utilizadas técnicas estadísticas y se han realizado estudios para la identificación de la influencia de los diferentes factores de tipo socioeconómicos sobre el comportamiento de dicha variable. Estas metodologías, que intentan fundamentalmente la medición del impacto de estos factores sobre la fecundidad, no siempre ofrecen resultados coherentes. Ello se debe a que no es posible sistematizar las relaciones que obviamente existen entre ambos procesos y generalizarlas, dado que éstas cambian en magnitud y dirección para cada momento y ambiente.

Se presentan dificultades a la hora de enfrentar estudios de este tipo dado que no siempre es posible partir de experiencias anteriores o de otro contexto, sino que en cada estudio se han de identificar nuevas relaciones, de diferentes magnitudes y/o de otra dirección. Esto se debe a los cambios que se producen en las variables demográficas en un proceso de transición y las relaciones que una vez se identificaron en un escenario socio-económico dado, pueden haber variado debido al cambio, tanto en el escenario mismo, como en la variable en estudio. Sin embargo, a pesar de esta dificultad, se hace cada vez más imperioso el estudio de estos factores.

En los últimos tiempos se ha observado un gradual proceso de envejecimiento de la estructura de las diferentes poblaciones, los ejemplos más conocidos son los de la generalidad de los países

Europeos, como resultado de la declinación de la fecundidad. Este proceso ha tenido disímiles características en dependencia del país donde se ha dado; en unos ha tenido lugar con mayor rapidez que en otros, en otros se ha observado una mayor homogeneidad a nivel territorial, etc. No obstante en general es preocupante la disminución de los valores de los indicadores de esta variable por los cambios en la estructura por edades de la población referida y porque no se aprecia un proceso de recuperación una vez alcanzados niveles bajos, lo que hace presumir que la persistencia de este fenómeno a largo plazo redundará en una disminución, en términos absolutos de la población.

En Cuba el proceso de disminución de la fecundidad ha sido intenso, lo que ha motivado que desde hace más de 15 años, teóricamente, la población no ha alcanzado el nivel de reemplazo. Esto ha influido en un aumento de la edad media de la población, lo que ya preocupa a los demógrafos cubanos por los cambios que a mediano plazo se puedan producir en el volumen y estructura de la población.

El descenso de la fecundidad y las peculiaridades con que éste se ha visto matizado en el país hacen complejo y necesario su análisis. Por tal motivo este trabajo se dirige a identificar y caracterizar algunas variables que determinan el nivel actual de la fecundidad en el país y sus diferentes regiones para lo cual se considerarán algunos factores como son las características de la zona de residencia y el nivel educacional de las mujeres y atendiendo a ello que medios utilizan para regular la fecundidad. La influencia de las condiciones socioeconómicas imperantes sobre la fecundidad, se ejerce a través de otras variables llamadas intermedias o determinantes próximos de la fecundidad, los cuales

serán estudiados en el trabajo, en parte, a través de un método matemático multiplicativo lo que requiere una explicación del procedimiento utilizado a este fin y otras aclaraciones como se expone a continuación.

Se entiende por variable intermedia de la fecundidad el factor biológico y/o de comportamiento a través del cual las variables socioeconómicas, culturales y ambientales pueden afectar la fecundidad.

Kingsley Davis y Judith Blake (1956) contribuyeron desde el punto de vista teórico a la realización de este tipo de estudio, ellos indentificaron once variables intermedias de la fecundidad, posteriormente John Bongaarts (1978) continuó el desarrollo teórico y metodológico de estos aspectos y consideró solo ocho variables, agrupandolas en tres categorías y propuso un modelo capaz de estimar el efecto reductor de la fecundidad por las variables intermedias y relacionar estos efectos con el proceso reproductivo.

Los factores considerados son:

I. Factores de exposición

1. Proporción de mujeres en unión conyugal

II. Factores de control deliberado de la fecundidad marital.

2. Anticoncepción
3. Aborto inducido

III. Factores de fecundidad marital natural

4. Infecundidad por lactancia
5. Frecuencia del coito

6. Esterilidad
7. Mortalidad intrauterina espontánea
8. Duración del período fértil

En el modelo propuesto por John Bongaarts, éste consideró cuatro variables intermedias como las principales: la proporción de mujeres en unión, anticoncepción, aborto inducido e infecundabilidad por lactancia, argumentando la importancia secundaria de las restantes variables.

Estas variables intermedias son consideradas inhibidoras de la fecundidad, porque ésta es menor que su máximo nivel como resultado del retardo en la unión conyugal, la contracepción, el aborto inducido y la infecundabilidad post-parto debido a la lactancia.

Estima que el máximo nivel de fecundidad o tasa de Fecundidad Total (TF), deberá estar dentro del rango de 13 a 17 hijos por mujer con un promedio cercano a 15 hijos por mujer. Aparte de la TF, identifica tres tipos de niveles de fecundidad a partir de los cuales se pueden derivar los impactos de las variables intermedias de la fecundidad. Estos niveles de fecundidad además de la TF, son: Tasa global de Fecundidad (TFG), Tasa Total de Fecundidad Marital (TM) y Tasa de Fecundidad Natural (TN)⁹.

Si al nivel observado de fecundidad en una población (T.G.F.) se le

⁹Bongaarts, John, Un marco para el análisis de los determinantes próximos de la fecundidad, The Population Council, 1978.

elimina el efecto inhibitor del no matrimonio o unión conyugal, sin otros cambios frente a la fecundidad, esta se eleva hasta los niveles de la Tasa de Fecundidad Marital. Si también se elimina toda práctica anticonceptiva y de aborto inducido, la fecundidad crece hasta el nivel de la Tasa de Fecundidad Natural. Finalmente al eliminar también la práctica de la lactancia, la fecundidad se vuelve a incrementar hasta alcanzar el nivel potencial que como se mencionó, se mide por la Tasa de Fecundidad Total.

Los efectos en la fecundidad de las cuatro variables intermedias más importantes son medidas en el modelo de Bongaarts por los siguientes índices:

Cm - Índice de proporción de mujeres en unión (Tiende a uno a medida que una mayor proporción de mujeres en edad reproductiva están casadas o unidas y a cero cuando esta proporción es menor).

Cc - Índice de contracepción (Se aproximan a uno cuando una menor proporción de mujeres fecundas usan anticonceptivos y a cero cuando es mayor el número de mujeres que usan contraceptivos 100% eficaces).

Ca - Índice de aborto inducido (tiende a uno cuando es menos importante el aborto inducido y a cero si la mayoría de los embarazos fueran abortados de forma inducida).

Ci - Índice de infecundidad post- parto (Se aproximan a uno cuando la lactancia es menos importante y a

cero si la duración de la lactancia es infinita).

El procedimiento para la aplicación del modelo de Bongaarts se basa en el cálculo de las siguientes Tasas e índices fundamentales como se relaciona a continuación:

1- Tasa Global de Fecundidad (T.G.F.)

$$T.G.F. = 5 \sum f(a)$$

donde las $f(a)$ son las tasas específicas de fecundidad.

2- Índice de proporción de uniones (C_m) .

$$C_m = \sum m(a) \cdot g(a) / \sum g(a)$$

Donde :

$m(a)$.-Proporciones específicas de mujeres en unión.

$g(a)$.-Tasas específicas de fecundidad marital.

Para el cálculo de la tasa de fecundidad marital de las mujeres de 15 a 49 años , se utilizó el ajuste sugerido por Bongaarts , ya que el cálculo directo puede conducir a resultados errados debido a que la incidencia de concepciones prematrimoniales no son determinables en muchas poblaciones. Así mismo, las mujeres unidas de 15 a 49 años corresponden principalmente a edades entre 18 y 19 años y por consiguiente no representativas del grupo. La formulación del ajuste se relaciona a continuación :

$$g(15-19) = (0.75) \cdot g(20-24)$$

3- Índice de contracepción (Cc)

$$Cc = 1 - 1.10 \cdot (u) \cdot (e)$$

Donde :

u=proporción de usuarias de anticonceptivos entre las mujeres casadas o unidas en edad reproductiva .

e=efectividad promedio en el uso de anticonceptivos

El coeficiente 1.10 representa un ajuste debido a que las mujeres que se saben infértiles no practican la anticoncepción, de esta manera, tanto por lo que sugiere Bongaarts para los países en desarrollo como los resultados de la Encuesta Nacional de Fecundidad se toma este factor.

Para el cálculo de la (u) se utilizan las tasas de uso de anticonceptivos por edad, $t(a)$, ponderadas por las tasas específicas de fecundidad por edad, $g(a)$, de mujeres que viven en uniones estables.

$$u = \frac{\sum g(a) \cdot t(a)}{\sum g(a)}$$

La efectividad promedio en el uso de anticonceptivos se calcula de la siguiente forma:

$$e = \frac{\sum t(a) \cdot e(a)}{\sum t(a)}$$

El valor $e(a)$ representa , la efectividad media, por edad, de los métodos usados:

$$e(a) = \sum e(i) \cdot p(ia)$$

Donde:

$p(ia)$ - Es la proporción de mujeres que en cada

edad "a" usan el método "i" entre todas las mujeres de la edad "a" que practican la anticoncepción.

e(i) -Representa la efectividad del método "i".

La efectividad estimada para los métodos anticonceptivos fue la existente para el país de origen (EE.UU) del autor del modelo:

Método	Efectividad
Esterilización femenina	1.00
Pildora	0.98
Dispositivo intrauterino	0.96
Preservativo	0.91
Diafragma	0.88
Otros métodos	0.90

4- Índice de abortos .

$$Ca = TGF / (TGF + A)$$

Donde :

A.- Total de nacimientos que se previenen por aborto se calcula de la siguiente forma :

$$A = 0.4 \cdot TA \cdot (1+u)$$

TA.- Indica el número medio de abortos que se realizan como promedio cada mujer en toda su vida fértil .

5- Índice de infertilidad por lactancia .

$$Ci = 20 / (18.5 + i)$$

Donde :

i = Duración media en meses de infertilidad desde el nacimiento a la primera ovulación posparto. Esta ovulación se estima a partir de la primera menstruación.

Por no contar con información requerida para su adecuada evaluación y considerarse además la lactancia de poco impacto en el caso de Cuba, no se incluyó esta variable en el análisis y solo fueron tomados las estimaciones realizadas por otros autores¹⁰.

Para calcular la proporción de reducción de la fecundidad atribuible a cada una de las variables intermedias se resta la unidad (1) a cada uno de los índices obtenidos y el resultado se multiplica por 100 .

Se pudiera plantear que el modelo de Bongaarts mide en abstracto una situación que contrasta con la situación real: los niveles de fecundidad que se alcanzarían de no existir factores que la inhibieran o el efectos de estas variables sobre la fecundidad y los niveles realmente observados en la fecundidad. El potencial se revela en los fines comparativos entre sociedades y en este caso entre subpoblaciones cubanas.

1.3.- Fuente de Datos.

Tanto para la aplicación del modelo de Bongaarts, como para los demás análisis vinculados a la fecundidad que acompañan al trabajo, se utilizará la base de datos proveniente de la Encuesta Nacional

¹⁰Hollerbach Paula y Sergio Díaz-Briquets, Fertility Determinants in Cuba. Comitte on Population and Demography. Report No.26. National Academy Press. Washington,D.C.

de Fecundidad de Cuba del año 1987 (E.N.F.), así como de estadísticas demográficas que de forma continua son captadas en el país.

Las estadísticas continuas que se utilizaran son básicamente de nacimientos y abortos las cuales son captadas por el Ministerio de Salud Pública y procesadas por el Comité Estatal de Estadísticas, las cuales han sido avaladas como confiables internacionalmente.

De igual forma la Encuesta Nacional de Fecundidad recibió la atención técnica de varias instituciones nacionales e internacionales en todas sus fases, lo que contribuyó a avalar los resultados obtenidos favorablemente de acuerdo a los objetivos trazados para la misma.

La Encuesta se realizó en 4 501 viviendas, en la cuales se le aplicó el cuestionario individual a todas las mujeres residentes que estuvieran presentes, lo que significó 4 541 mujeres de 15 a 49 años que fueron aptas física y mentalmente para responder las preguntas.

Para la determinación del tamaño de muestra se tuvo en cuenta la experiencia internacional en encuestas similares, de acuerdo a los objetivos de la investigación, así como la necesidad de tener una muestra lo suficiente grande que garantizara su representación nacional y regional y que pudiera controlarse la calidad del trabajo en cada etapa.

La muestra probabilística utilizada permitió estimar los errores estándares de las estimaciones en base a los resultados obtenidos

para cuya calculo se seleccionaron algunos variables y las subclases de más importancia y uso algunas de los cuales sirvieron de base para la realización de esta invetigación. (Ver Anexo sobre Tablas de Errores Muestrales).

El error estándar estimado puede ser usado, junto con el porcentaje, razón o promedio observado, para calcular intervalos con una determinada confianza de que estos incluyan el resultado que se había obtenido si se hubiera encuestado a la población completa.

La Encuesta referida ha sido la única de su tipo con representación nacional, conteniendo un valioso archivo de datos con más de 205 variables, a través de las cuales se busca posibles explicaciones del comportamiento de la fecundidad y no la obtención de niveles de fecundidad. La E.N.F.87 permite realizar cortes territoriales a nivel urbano y rural y a nivel regional (agrupamiento de provincias), lo cual fue necesario ya que la muestra por provincias independientes no era representativa.

Las regiones formadas contienen las siguientes provincias:

REGION	PROVINCIAS
Región Occidental	Pinar del Río
	La Habana
	Matanzas
	Isla de la Juventud (municipio especial)
Región Ciudad Habana	Ciudad de la Habana
Región Centro Este	Villa Clara
	Cienfuegos
	Santi Spiritus
	Camagüey

Región Oriental	Las Tunas
	Holguín
	Granma
	Santiago de Cuba
	Guantanamo

De las variables contenidas en la Encuesta que permiten caracterizar sociodemográficamente a las mujeres se destacan la edad, el estado civil, nivel educacional, y la participación en la actividad económica. Otros elementos presentes en la Encuesta de Fecundidad de interés para el estudio de las variables intermedias son el conocimiento y uso de anticonceptivos, así como las interrupciones provocadas de los embarazos, y una historia de todas las uniones conyugales tenidas por las mujeres.

CAPITULO II

Características de la Fecundidad en Cuba

2.1- Antecedentes

Los indicadores demográficos que exhibe Cuba en la actualidad, caracterizados por sostenidos bajos niveles de fecundidad y de mortalidad, permiten afirmar que el país ha experimentado una transición demográfica y epidemiológica completa¹¹.

Tanto el descenso en los niveles de mortalidad como los de fecundidad han comenzado desde las primeras décadas del actual siglo, aunque fue realmente importante a partir de los años setenta, lo cual a la vez, posibilita clasificar la transición demográfica cubana como temprana en el contexto de los países en vías de desarrollo .

La transición demográfica en Cuba se inició sin la presencia de una política de población explícita dirigida a tal fin, responsabilizándose de ello a las condiciones económicas , sociales y demográficas que se combinaron en el país, tales como una fuerte entrada de capitales extranjeros a la Isla, un importante proceso

¹¹En el año 1990 la tasa bruta de fecundidad mostró un valor de 0.89 hijas por mujer, mientras que la mortalidad infantil alcanzó un valor para el mismo año de 10.7 por mil nacidos vivos y la esperanza de vida al nacer calculada para el periodo 1988-89 se estimó en 74.75 años.

de urbanización, y la llegada de más de un millón de extranjeros en un periodo relativamente corto de tiempo al pequeño país caribeño, entre otros factores.

La concentración de una buena parte de los capitales nacionales y extranjeros en las zonas urbanas, posibilitaron la creación de fuentes de empleo, obras infraestructurales y de saneamiento ambiental, instituciones de educación y de salud, todo lo que influyó de forma directa e indirecta al mejoramiento de las condiciones de vida de una importante parte de la población residente en las mayores ciudades del país y a aumentar las diferencias regionales al respecto.

Con la modernización del sistema médico cubano, en las primeras décadas del siglo una parte significativa de la población tiene acceso a la medicina moderna y los beneficios de las mejoras introducidas en la salud pública y aunque no existen estadísticas al respecto hay evidencias de que el uso de anticonceptivos tales como el preservativo, los diafragmas, jaleas y otros métodos, así como de algunos tradicionales ya era importante. Además el aborto, a pesar de estar proscrito, era usado como vía de control natal.

Después de transcurridos las primeras tres décadas del siglo se observa un estancamiento estructural de la economía cubana y con el comienzo de la II Guerra Mundial se crea en el país un espejísimo desarrollista avalado por una incipiente y frustrada etapa de

sustitución de importaciones y relativa bonanza del principal renglón exportador de Cuba, el azúcar, que inciden en una coyuntural reactivación de la economía. Este proceso se agota e invierte una vez finalizada la guerra, haciendo crisis a principios de los cincuenta. El deterioro de las condiciones políticas y económicas, hicieron posible el triunfo revolucionario en el año 1959, el cual creó nuevas condiciones sociales y económicas que repercutieron sensiblemente en la situación demográfica y dentro de ésta, en el comportamiento de la fecundidad que varió su tendencia, aumentando significativamente su nivel; para posteriormente descender de nuevo a muy bajos niveles y manifestarse al respecto una significativa tendencia a la homogenización territorial.

Entre los factores que incidieron en la homogenización de los niveles de fecundidad alcanzado en los últimos años entre las diferentes regiones se encuentra una política explícita del gobierno que propició la redistribución territorial en la localización de las actividades económicas y la oferta de servicios básicos, con una priorización de las regiones menos favorecidas tales como las provincias orientales y las zonas rurales.

Desde los primeros años de la década del 60 se presta atención prioritaria a la salud de la madre y el niño, realizándose con la reorganización del sistema de salud, la extensión de estos servicios a las zonas rurales, incluyendo un poco más avanzado el tiempo, los servicios de planificación familiar.

Entre las medidas concretas de atención a la mujer y al niño tomadas esos años se encuentran:

- La asistencia médica prenatal, del parto y del puerperio, que comprende la asistencia hospitalaria o ambulatoria y los medicamentos todos gratuitos.

- El aumento de la cantidad de alimentos a la embarazada por medio de una dieta especial suplementaria.

- El control, desde el punto de vista médico, a las mujeres de alto riesgo obstétrico. ¹²

- Atención especial del recién nacido y el seguimiento de su desarrollo durante el primer año de vida.

La cooperación internacional también fue importante en el desarrollo de la Planificación Familiar. Desde el principio de la década del setenta, Cuba comienza a recibir asistencia técnica del International Planned Parenthood Federation (IPPF), y en la Conferencia Mundial de Población de Bucarest de 1974, se firma un convenio de cooperación técnica con el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Es a partir de estos acuerdos que se puede expandir la oferta de métodos de planificación familiar, especialmente las píldoras y los modelos más eficientes de DIU.

¹²Las mujeres embarazadas se clasifican en distintos tipos de acuerdo con el peligro que representa el embarazo para ella y el niño, según características de la mujer: edad, enfermedad crónica, estado nutricional, y atendiendo a ello recibirán una atención especial.

En 1976 un grupo de voluntarios, ginecólogos y obstétricas, fundan la Sociedad Científica Cubana para el desarrollo de la Familia (SOCUDEF) que se afilia al IPPF y conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública de Cuba , el Centro Nacional de Educación Sexual y otras instituciones y organizaciones, comparten las actividades de la planificación familiar en Cuba.

Con el inicio y la subsiguiente expansión del Programa del Médico de la Familia se dió un ímpetu adicional a los intentos nacionales para garantizar el acceso universal a todos los servicios de salud, incluyendo la planificación familiar.

Según se ha afirmado¹³, Cuba tiene un programa eficiente de planificación familiar dentro de sus estructuras de salud.

Este programa en su perfeccionamiento, ha devenido en un Plan Estratégico de Planificación Familiar cuyos principios básicos son los siguientes:

- La planificación familiar relacionada con la reproducción humana significa en Cuba lograr una actuación o acción consciente, basada en el principio de la responsabilidad de las parejas para tener los hijos en el momento que les sean mas favorables.

- Lograr que la práctica del derecho de la pareja o de las mujeres sobre la libre decisión en la reproducción, se haga de forma responsable y para ello es necesario propiciar acciones de

¹³Elena Prada" Reunión de Expertos Gubernamentales sobre Población y Desarrollo", CELADE. Santa Lucía.1992.

información, orientación, educación y servicios de eficiencia relacionados con la Planificación Familiar.

-Consolidar y mejorar los niveles de salud alcanzados en la atención a la madre y al niño basados en el programa de acción como respuesta a la Cumbre Mundial de la Infancia que propicie la educación integral ,sexual y familiar.

-Desarrollar las estrategias acordes con la Planificación Familiar, la salud y el bienestar de la familia sobre la base de programas de desarrollo integrados con adecuados enfoques de sistemas y en función del trabajo del médico y enfermera de la familia existente en el país.

-Promover estructuras de comunicación y servicios relacionados con la planificación familiar y salud reproductiva, que tengan en cuenta las necesidades propias de los jóvenes y adolescentes y servicios de eficiencia relacionados con la planificación familiar.

La reducción significativa de la fecundidad, con el incremento acelerado del uso de métodos anticonceptivos a partir de finales de los años 60, encuentra un entorno adecuado en los profundos cambios en los sectores sociales, económicos y culturales del país . Estos cambios se introdujeron a partir de las políticas y acciones coordinadas del gobierno en todos los sectores de la sociedad. Estas actividades incluyen la generalización del acceso a la medicina y beneficios en la salud pública, así como los métodos de planificación familiar y el aborto en condiciones adecuadas . El apoyo de los organismos internacionales, como se argumentó tuvo y

tiene un importante papel para complementar o facilitar actividades iniciadas por el gobierno en este campo.

Cuba inserta su programa de planificación familiar dentro de su estrategia de salud y encuentra un marco propicio en una mujer y en una familia educada y por la tanto reseptiva a los objetivos propuestos , esto en síntesis constituye el mensaje esencial del caso cubano en el descenso de la fecundidad acompañado de logros evidentes en la salud de la madre y el niño¹⁴

Según lo expresado por autoridades públicas del país¹⁵ "La Planificación Familiar relacionada con la reproducción humana significa en Cuba, en principio, lograr una actuación o acción conciente basada en en la responsabilidad de las parejas para tener hijos, dirigidos a tener los hijos que se deseen en el momento que consideren más favorable y oportuno para el niño, la madre y la familia, de manera tal, que tengan las condiciones apropiadas para su desarrollo integral. Dirige las acciones a proporcionar información, orientación, educación y servicios a las mujeres y pareja, incluidas las infértiles .

A pesar de los innegables esfuerzos que se han realizado en el

¹⁴Alfonso Fraga, Juan C. Política de Población y Planificación Familiar en Cuba. Instituto de Investigaciones Estadísticas de Cuba. 1994.

¹⁵Dr. Miguel Sosa Marín, presidente de la Sociedad Cubana para el Desarrollo de la Familia, en Reunión de la International Planned Parenthood Federation en Londres, 1992.

país, dirigidos a que todas las familias puedan ejercer de manera efectiva, la planificación de su descendencia, y de las respuestas observadas al respecto, aun subsisten diferencias entre los niveles de fecundidad de las poblaciones con diversas condiciones socioeconómicas, así como en la forma en que estas personas planifican su descendencia.

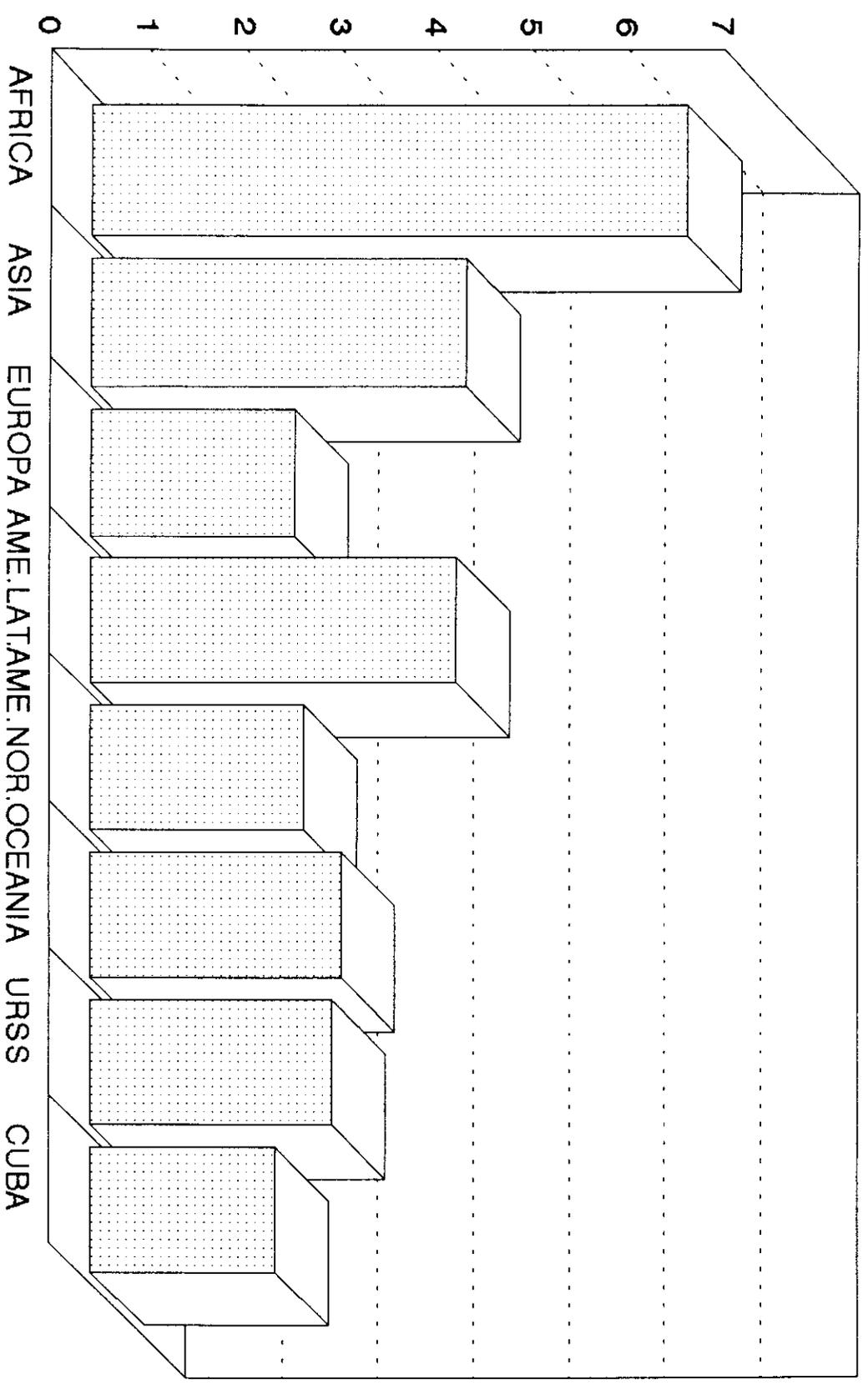
2.1.- Evolución del Nivel de la Fecundidad

La evolución del nivel de la fecundidad en Cuba ha llamado la atención en el contexto de los países en vías de desarrollo, por lo temprano y pronunciado del descenso experimentado. En el período 1910-1914, la tasa global de fecundidad estimada fue de 6.05 hijos por mujer, y a comienzos de la década del cincuenta este indicador había alcanzado un valor inferior a cuatro mientras que para el año 1992 el valor registrado fue de solo 1.52¹⁶

¹⁶En el periodo 1985-90 solo 14 países tuvieron una fecundidad más baja que Cuba, de los cuales solo dos son de América; Canadá y Barbados, tres de Asia; Hong Kong, Corea y Singapur y el resto son países europeos.

Gráfica 2.1 - COMPARACION DE LA FECUNDIDAD CUBANA CON OTRAS REGIONES DEL MUNDO (1985-1990).

T.G.F. (hijos por mujer)



Fuente: World Population Prospects, 1992

En las tres primeras décadas del siglo entraron en Cuba una proporción importante de capitales norteamericanos lo que propició el desarrollo de varias actividades económicas e incentivó a que más de 1.2 millones de migrantes arribaran a las costas cubanas, más de cuatro quintas partes de los cuales era de origen europeo, fundamentalmente español, y en menor medida jamaicanos, haitianos y de otras naciones caribeñas¹⁷.

El efecto de la inmigración sobre la fecundidad se produjo a través del cambio de la estructura por edades de la población cubana así como en su composición por sexos y posiblemente por las estrategias de vida adoptadas por los inmigrantes para asegurar su asimilación al medio y lograr una rápida acumulación de recursos con vistas a alcanzar la estabilidad económica.

La influencia de los migrantes, tanto por su magnitud como por su rápido ascenso social, se hizo sentir sobre el resto de la población en cuanto a su conducta reproductiva, fijándose este patrón posiblemente como normas a seguir al respecto.

El proceso de urbanización, otro de los aspectos que se señalan como influyentes en el descenso temprano de la la fecundidad en Cuba, fue significativo desde principios del siglo y ya para el año

¹⁷Alfonso, Juan Carlos, Bases institucionales del cambio de la fecundidad, El caso de Cuba, 1992

1907 más del cuarenta por ciento de la población residía en localidades urbanas¹⁸, donde se concentraba una buena parte de los capitales extranjeros y nacionales que crearon fuentes de empleo, obras infraestructurales y de saneamiento ambiental, instituciones de salud y educación, todo lo que influyó de forma directa e indirecta en el descenso de la fecundidad en las zonas urbanas.

El deterioro de las condiciones políticas, hicieron posible el triunfo revolucionario en el año 1959, el cual creó las nuevas condiciones sociales y económicas que repercutieron sensiblemente en la situación demográfica y dentro de esta en el comportamiento de la fecundidad. Se produjo una interrupción coyuntural de la tendencia que se venía manifestando, observandose un "boom de nacimientos" que alcanzó su climax en el año 1963, en el que se registró una tasa global de fecundidad de 4.72 hijos nacidos vivos por mujer.

Entre las causas de la abrupta ruptura de la tendencia al descenso de la fecundidad se pueden señalar:

. El nacimiento de los hijos aplazados en el periodo previo anterior, por las condiciones del conflicto bélico en el que se encontraba inmerso el país.

. La escases de anticonceptivos por el cese de suministros de los mismos, como consecuencia del deterioro de las relaciones entre

¹⁸Benso S. Borges y Humberto González "Evolución de la Urbanización en Cuba de 1907-1981". Instituto de Demografía y Censos. La Habana, 1984.

Cuba y los Estados Unidos y el posterior embargo comercial impuesto por este último a la isla caribeña.

.Las dificultades que surgieron para la realización de abortos, por la emigración masiva del personal médico que tradicionalmente realizaba las interrupciones voluntarias de embarazos, al vecino país del Norte y la reimplantación, y ahora de forma efectiva, por parte del gobierno cubano de la ley que hacia el aborto punible.

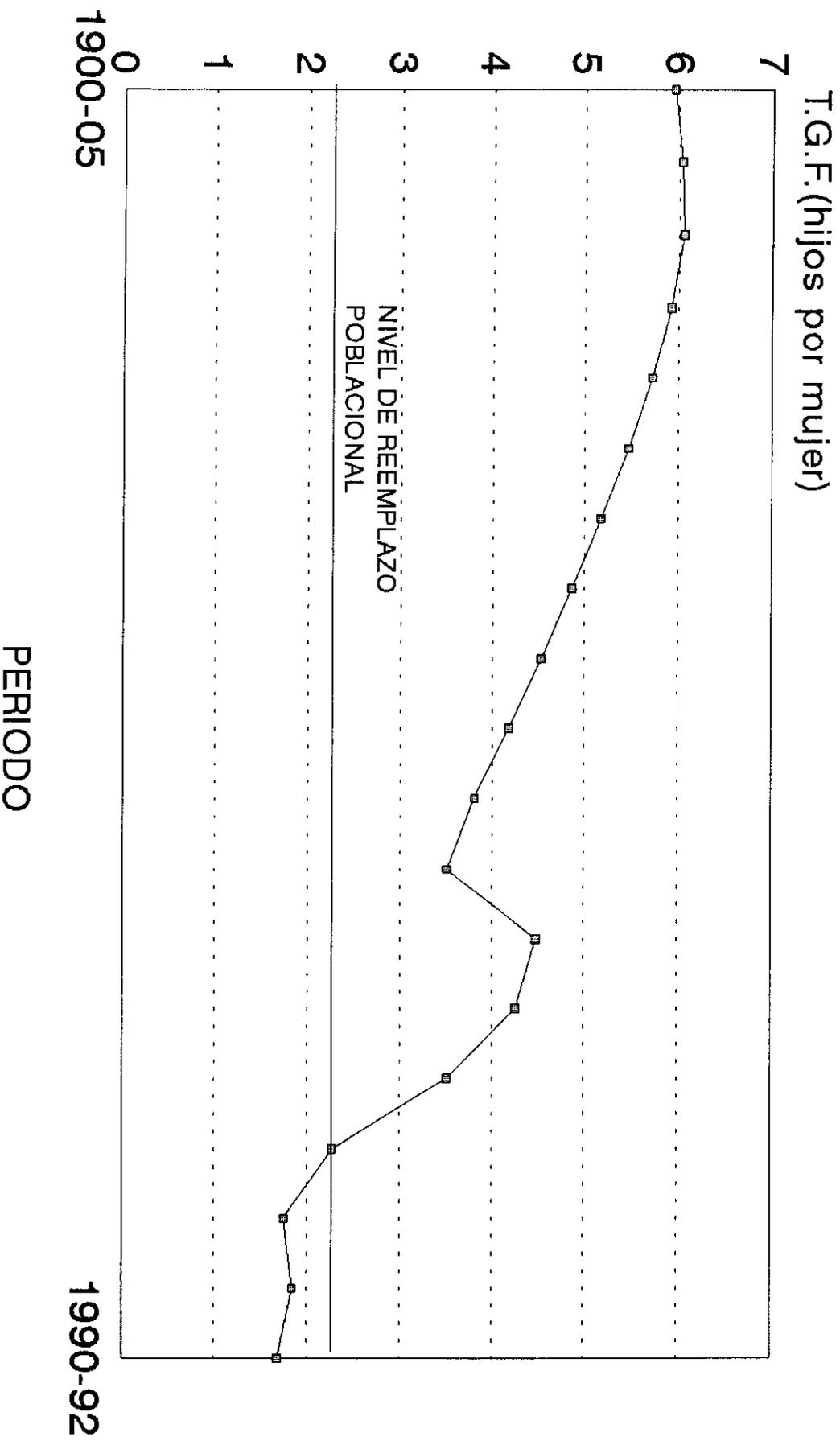
A partir de la segunda mitad de la década del sesenta, los niveles de fecundidad comenzaron a descender de manera sostenida, alcanzandose los valores prerevolucionarios en el año 1972. Esta tendencia al descenso solo fue interrumpida en el año 1971 cuando se produjo un ligero incremento del nivel de la fecundidad producto del aplazamiento de hijos en el año 1970, por la movilización masiva que provocó la zafra azucarera de dicho año, que separó temporalmente de sus casas por un período considerable de tiempo a un número significativo de hombres en edades reproductivas.

Posteriormente se sucedió un rápido y profundo descenso de la fecundidad, hasta situarse teóricamente por debajo del nivel de reemplazo poblacional en el año 1978 y alcanzar en el año 1981 la tasa global un valor de 1.61 lo que significó una reducción de poco más de dos hijos como promedio a nivel nacional en solo 10 años. (En el año 1971 la tasa fue de 3.94 hijos por mujer).

Desde el año de 1982 hasta 1989 la fecundidad mostró un

comportamiento oscilatorio, con ligeros ascensos y descensos, pero manteniéndose a bajos niveles y con ciertos indicios de recuperación, sin embargo, desde finales de la década del ochenta hasta la actualidad las expectativas al respecto se eclipsaron y los niveles de fecundidad han descendido aún más hasta registrarse valores extraordinariamente bajos a nivel mundial en el año 1992 con indicios de un descenso aún mayor en los años venideros.

GRAFICO 2.2 EVOLUCION DE LA FECUNDIDAD EN CUBA
(1900-1992)



FUENTE: -Luisa Alvarez Vazquez: La fecundidad en Cuba.
 Editorial Ciencias Sociales, La Habana, 1985.
 -Anuario Estadístico de Cuba CEE(INSIE) 1992



Para poder comprender los factores que han determinado la conducta reproductiva de la población cubana en las últimas tres décadas, se hace necesario considerar la situación social y económica imperante que modificaron las condiciones de vida y afectaron la demanda de hijos por una parte, y los medios con que contaron las parejas para cumplir con sus nuevos ideales reproductivos orientados hacia familias pequeñas.

Entre los aspectos que deben de haber ejercido mayor influencia en los profundos cambios de la fecundidad, se encuentran aquellos que propiciaron que la mujer ejerciera un nuevo rol en la sociedad, al contar con nuevas oportunidades de concretar sus aspiraciones de ascenso social, incluyendo su acceso al trabajo fuera del hogar, en actividades de reconocimiento técnico y profesional, en buena medida, y su superación educacional.

Ejemplifica ello que a principios de la década del noventa, casi el cuarenta por ciento de la fuerza laboral del país estaba constituida por mujeres. (Ver Anuario Estadístico de Cuba de 1992) Otros datos de interés, son que más de las dos terceras partes de las mujeres en edad fértil, tenían en 1987 un nivel equivalente o mayor de nueve grados y que un 37 por ciento de las mujeres de estas edades, que trabajan, se desempeñan como profesionales, técnicas o dirigentes como se observan en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 2.1
Cuba. Distribución Porcentual de las Mujeres de 15 a
49 Años por Nivel Educativo Concluido

AÑO	TOTAL	NINGUN GRADO	PRIMARIA SIN TERM.	PRIMARIA TERMINADA	MEDIO BASICA	MEDIO SUPERIOR	SUPERIOR
1981*	100,0	-	22.1(1)	38.6	24.6	12.8	1.9
1987**	100,0	1.8	9.4	21.2	39.0	24.1	4.5

(1) Incluye a las mujeres sin NINGUN GRADO aprobado.

Fuente: *Comite Estatal de Estadísticas (CEE), Censo de Población y Viviendas, 1981.

**Encuesta Nacional de Fecundidad de Cuba, 1987.

No menos importante ha sido el desarrollo de la salud, con un sistema con cobertura nacional y libre acceso para toda la población, lo que propició que la mortalidad infantil se haya reducido a niveles mínimos, por lo que no es necesario una alta fecundidad para remplazar a los que mueren. En igual sentido este sistema ha permitido que la difusión de métodos anticonceptivos eficientes, sobretodo en las zonas rurales del país. Otros factores que han incidido en la situación planteada, aunque debe aparecer de forma secundaria es la pérdida del valor económico del niño, al no ser utilizado el trabajo infantil y perder importancia la explotación agrícola familiar.

El déficit de viviendas y las limitaciones económicas estuvieron entre las principales razones para no desear tener hijos, según lo expuesto por las mujeres fértiles casadas o unidas, en la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1987, aspectos que pueden haberse reforzado en los últimos años por la crisis económica sin precedentes que vive el país.

Es también valorable la fragilidad familiar, que se manifiestan en las altas tasas de incidencia de divorcialidad y separación de uniones que han predominado en el país en las últimas décadas, donde, según datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad de Cuba de 1987, casi la mitad de las uniones estables han durado como promedio dos años o menos.

Todo lo expuesto anteriormente apunta a una expectativa de familia pequeña, a lo cual contribuye una mayor uso de métodos anticonceptivos y la difusión de una política liberal respecto al aborto.

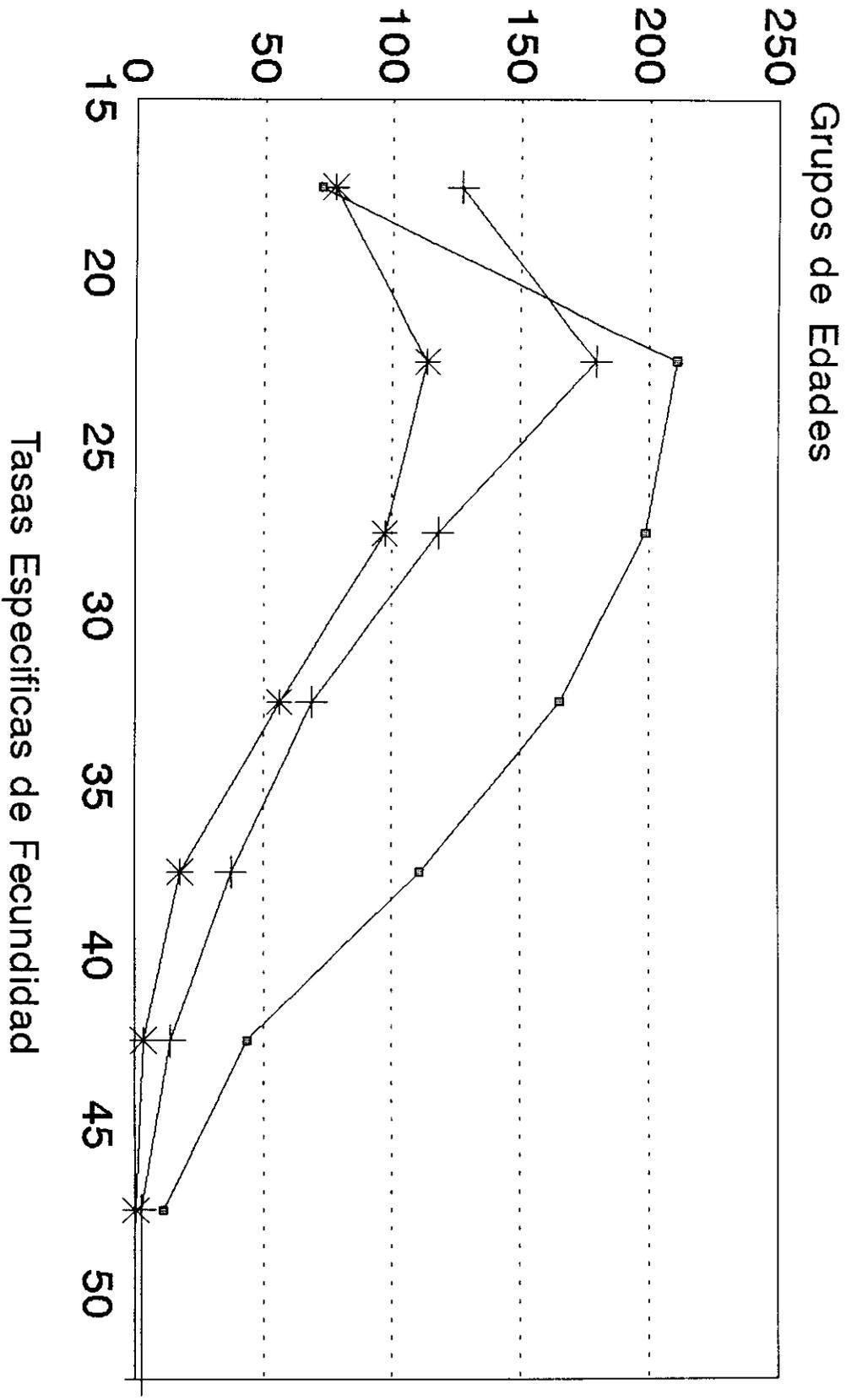
2.2.- Estructura Por Edad de la Fecundidad

El estudio de la estructura por edad de la fecundidad pone en evidencia otros aspectos de interés en el comportamiento de esta variable en el país antillano: el descenso combinado con un rejuvenecimiento de la fecundidad que se ha manifestado en las últimas décadas.

Del año 1960 al 1971 la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años se duplicó pasando de un 72.3 nacimientos por mil mujeres a 145.8. Entre las mujeres de 20 a 24 años también se manifestó un incremento pero de menor magnitud (de 211.0 a 246.4 nacimientos por mil mujeres), mientras que para el resto de las edades los valores de las tasas disminuyeron.

A partir del año 1971 todas las tasas específicas de fecundidad por edad disminuyeron, pero la que lo hizo en menor grado fue la de las mujeres de 15 a 19 años. Del referido año a 1975 la tasa de fecundidad de las más jóvenes disminuyó un 12.7 por ciento, mientras que la de 20-24 años duplicó este valor y en los siguientes grupos de edad la disminución fue mayor, hasta ser cinco veces más importante en las mujeres de 45 a 49 años que en las más jóvenes, lo que permitió que entre 1975 y 1983 la fecundidad de las más jóvenes se colocara en el segundo lugar inmediatamente después de las de 20-24 años, desplazando de la referida posición a las féminas de 25 a 29 años, por lo que la estructura de la fecundidad del país pasó de ser joven de cúspide dilatada a otra de cúspide temprana.

GRAFICO 2.3- Fecundidad por edad de la mujer



Fuente: CEE (INSIE), Encuesta Nacional de Fecundidad, 1987.

- Anuario Demografico de Cuba. 1990.

La fecundidad temprana está vinculada a uniones conyugales a edades muy jóvenes y al no aplazamiento, de manera general, del nacimiento del primer hijo e incluso, al nacimiento de este antes de concretarse la unión¹⁹.

Con posterioridad a 1983 se observó un reajuste en las edades de la fecundidad pero aún con valores relativamente altos entre las mujeres jóvenes, como lo demuestra que la edad media a la fecundidad cubana en el año 1987 fue de 24.4 años, valor este de los más bajos de la región latinoamericana.

Los nacimientos de mujeres jóvenes (menores de 15 años), no tiene gran significado estadístico pero sí social. La tasa es de 4.0 nacimientos por cada 1 000 mujeres de dicha edad y representan tradicionalmente el uno por ciento del total de nacimientos ocurridos en el país en los últimos años.

El estudio de la fecundidad adolescente, resulta de interés para ejercer una influencia más efectiva en su atenuación, ya que sin dudas los niveles de fecundidad relativamente altos en las edades muy jóvenes evidencia un problema con implicaciones sociales y en

¹⁹Según los datos aportados por la Encuesta Nacional de Fecundidad de Cuba del año 1987 casi una quinta parte (18.8%) de las mujeres tuvieron el primer hijo antes de unirse establemente con su pareja, si a ello se agrega los nacimientos ocurridos antes de los ocho meses de la unión, se obtiene que más de la cuarta parte (26.8%) de los nacimientos fueron concebidos antes de la primera unión, esta situación se ha ido acentuando con el transcurso del tiempo, de forma más acelerada aun en la parte rural del país.

cierto sentido de salud.

En el comentado comportamiento han influido una serie de cambios en las familias cubanas y las actitudes de sus integrantes, fundamentalmente en los más jóvenes, los cuales han tenido que afrontar una refinición de roles, la falta de una educación sexual adecuada, el resquebrajamiento de las pautas tradicionales de comportamiento sexual y su no sustitución por otras normas definidas, asociado a un rápido cambio social que todavía no ha podido redefinir un conjunto de valores que la propia dinámica resquebrajó, conduciendo a uniones más tempranas y en no pocos casos a embarazos no deseados y en consecuencia a abortos o nacidos vivos indeseados²⁰.

Tambien son vinculables, posiblemente, a la fecundidad adolescente otros cambios institucionales como el traslado masivo de escuelas de nivel secundario y medio superior a áreas rurales, donde los adolescentes se encuentran lejos del control familiar.

En la fecundidad adolescente debe valorarse además del riesgo físico para la salud de la madre y el niño, el sicosociológico en la adaptación de ésta a su nuevo rol de conductora principal de una nueva vida, con el consecuente abandono o postergación de su superación y con ello su limitación de las oportunidades del ascenso en la esfera laboral y social.

²⁰Alfonso, Juan Carlos, La fecundidad en Cuba. La Habana, 1994.

2.3.- Comportamiento Territorial de la Fecundidad.

Como se ha señalado, para los años cincuenta, el país ya se encontraba en etapas avanzadas de la transición demográfica, sin embargo, se registraban importantes disparidades territoriales en cuanto a los patrones demográficos favorables a las zonas urbanas y a las provincias occidentales y en cierta medida a las centrales.

La situación señalada es vinculada a una mayor concentración de los servicios básicos de bienestar social en las zonas urbanas, especialmente en la capital del país, lo que facilitaba el acceso a mayores niveles educativos y salud de la población residente en estas áreas, con la consecute influencia en los indicadores de fecundidad. Ilustrativo de ello es que según lo registrado por el censo de 1953, el 94.7 por ciento de la población urbana era alfabeta, mientras que la rural solo alcanzaba el 58.3 por ciento. En 1955 cerca de dos tercios del total de camas en hospitales y clínicas se localizaban en la capital del país. La paridez media de las mujeres urbanas era de 3.3 hijos y de las residentes en áreas rurales de 5.0.

En la provincia de La Habana, con una población urbana superior al 90 por ciento a principios de la década del cincuenta, la tasa global estimada era de 2.6 hijos por mujer, valor que era duplicado en la provincia de Oriente (5.2), donde la población residente en zonas urbanas solo alcanzaba una proporción inferior al cuarenta

por ciento. Una situación intermedia con niveles moderados de fecundidad, se observaba en las provincias centrales con poblaciones urbanas cercanas al cincuenta por ciento.

A partir de la segunda mitad de la década del sesenta, conjuntamente con el descenso acelerado de la fecundidad, se ha venido produciendo una homogenización territorial en los niveles de esta variable, siendo este uno de los rasgos distintivos de la fecundidad cubana en los últimos decenios, lo cual ha sido resultado de la acción de factores sociales e institucionales que incidieron conjuntamente sobre la conducta reproductiva de la población.

Aunque las provincias orientales continúan mostrando los más altos niveles de fecundidad, las diferencias de estas con los otros territorios del país se han reducido considerablemente. Así para el año 1990 la mayor tasa global de fecundidad fue la de la oriental provincia de Guantánamo (2.15) y los menores valores se localizan en la central Sancti Spiritus (1.63) y Ciudad de La Habana (1.64) para descender el diferencial de fecundidad entre provincias a alrededor de medio hijo por mujer.

Al agrupar las provincias por regiones se siguen observando diferencias en los niveles de fecundidad, lo que manifiesta que los cambios operados no han incidido en el país de igual forma sobre el comportamiento de la importante variable de cambio poblacional, por

lo que resulta de interés la continuación de investigaciones que profundicen en estudios de los determinantes de los diferentes territorios del país.

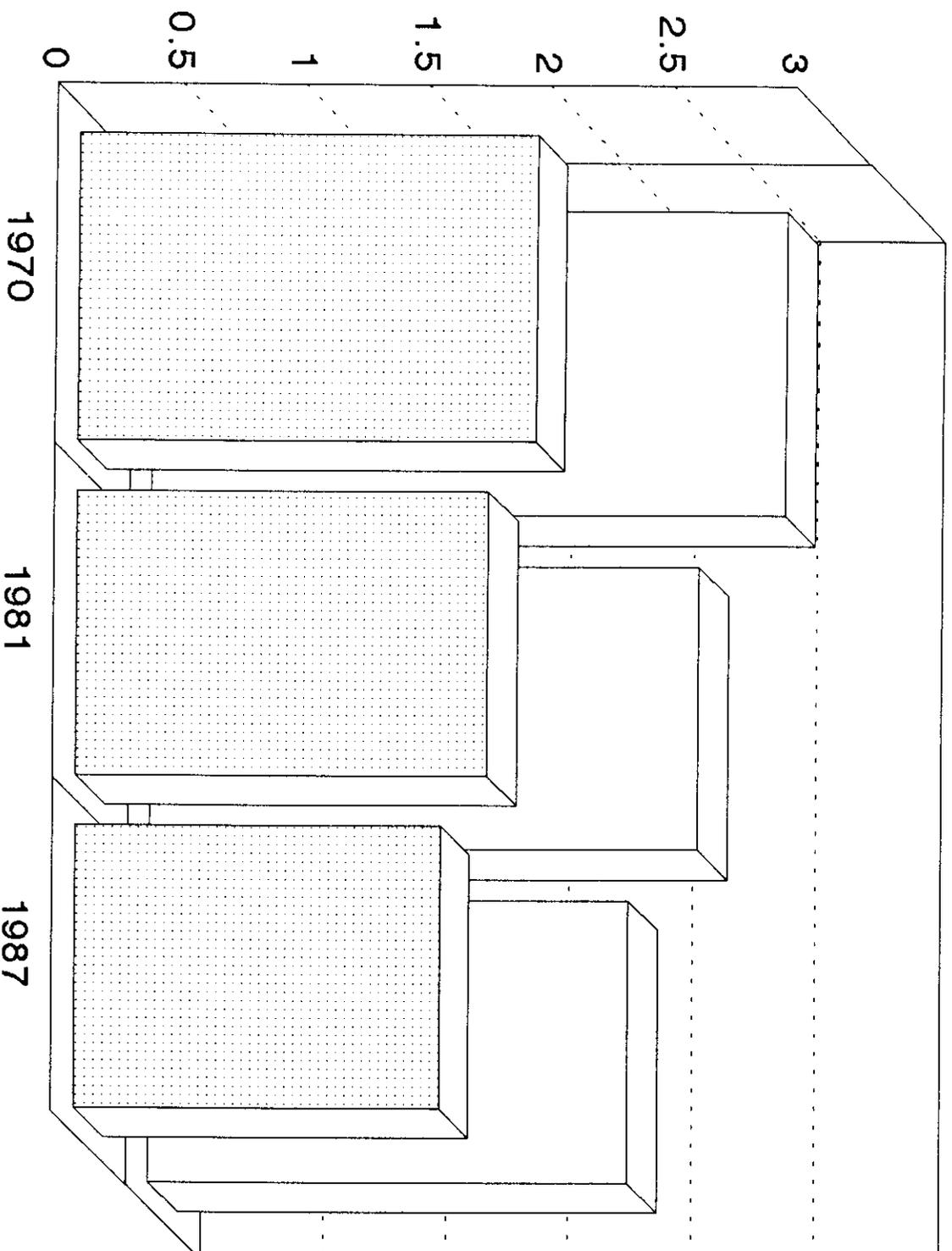
Tanto para las mujeres de 15-19 años como para las de 45-49 años, las diferencias en los niveles de fecundidad entre regiones resulta más acentuado entre las zonas rurales que entre las urbanas. La más alta fecundidad acumulada del país se localiza en la zona rural de la Región Oriental, la que tiene al final de su vida reproductiva poco más de cinco hijos como promedio en contraste con los capitalinos que solo alcanzan poco más de dos hijos por mujer.

Cuadro No. 2.2
Cuba: Número Medio de Hijos por Mujer según Regiones
y Tipo de Lugar de Residencia

Regiones	Número Medio de Hijos					
	Mujeres de 15-49 años			Mujeres de 45-49 años		
	Urbano	Rural	Diferencia	Urbano	Rural	Diferencia
Cuba	1.48	1.94	0.46	3.11	4.40	1.29
Occidente	1.39	1.64	0.25	3.34	3.38	0.04
Ciudad Habana(*)	1.31	-	-	2.43	-	-
Centro-Este	1.55	1.85	0.30	3.15	3.44	0.29
Oriente	1.63	2.12	0.49	3.69	5.18	1.49

(*)El 100% de la población de la región Ciudad Habana es urbana.
Fuente: CEE(INSIE). Encuesta Nacional de Fecundidad de Cuba, 1987.

GRAFICO 2.4. Numero Medio de Hijos Nacidos Vivos por
Mujer en Edad Fertil, segun Zona Urbano - Rural.



□ Rural
□ Urbano

Fuente: CEE (INSIE), DIFERENCIALES DE LA FECUNDIDAD, 1990

Los profundos cambios económicos y sociales que experimentó el país en los últimos treinta cinco años, se evidencian como los causantes de la evolución hacia muy bajos niveles de fecundidad y de las características particulares que esta variable tiene en Cuba, por lo que resultaría de interés tratar de relacionar las condiciones señaladas con los medios directos con que contó la población para regular su descendencia de manera efectiva, los llamados Determinantes Próximos de la Fecundidad, lo cual será desarrollado en el siguiente capítulo.

CAPITULO III

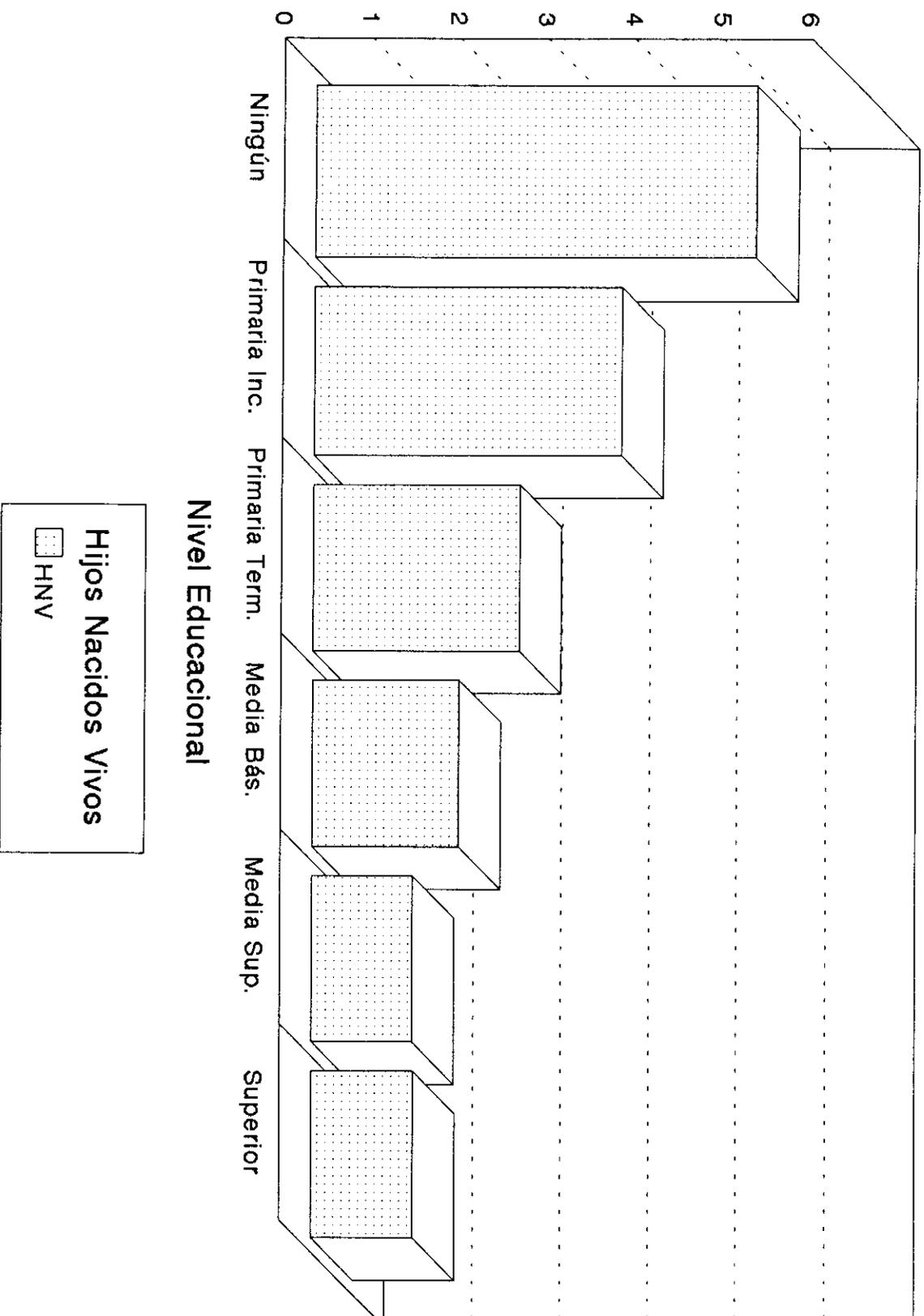
Influencia de las Variables Intermedias en la Fecundidad según Variables Territoriales y el Nivel Educativo.

El estudio de la influencia de las variables intermedias sobre la fecundidad en las diferentes agrupaciones de mujeres que se caracterizan por sus especificidades sociales y económicas resulta de interés dado los vinculos entre estos factores y el comportamiento en la conducta reproductiva de los humanos.

Es de amplio conocimiento como el grado educacional de las mujeres está relacionado con niveles diferenciales de la fecundidad (Ver Grafico 3.1). Sin embargo, esta variable actua sobre la fecundidad solo a través de otras, como pueden ser la anticoncepción, el patrón de formación y disolución de las uniones, es decir; la nupcialidad, la recurrencia al aborto inducido y en algunos casos la duración e intensidad de la lactancia, los llamados determinantes próximos de la fecundidad.

Gráfica 3.1. Número Medio de H N V por Mujer en Edad Fértil según Nivel Educativo de las Mismas

Número Medio de HNV



Fuente: CEE (INSIE). Encuesta Nacional de Fecundidad de Cuba, 1987.

Esta parte del trabajo se dirige al estudio de dichas relaciones lo que puede contribuir a dar un mayor conocimiento del comportamiento pasado reciente y actual e inferir de ello elementos de las tendencias futuras tanto en los niveles de la fecundidad en el país como de la forma en que se alcanzarán estos.

3.1 La Nupcialidad

La nupcialidad, en este caso, comprende el estudio de la formación de uniones más o menos estables, ya sea legales como de facto, y la disolución de las mismas, es decir que se consideran tanto los matrimonios formalizados ante la ley, como a las uniones consensuales.

El encontrarse en unión conyugal aumenta el riesgo de embarazo de las mujeres y por tanto la posibilidad de nacimientos, por la cual la nupcialidad es reconocida como un importante determinante de la fecundidad.

Para un adecuado estudio de la fecundidad deben identificarse tres elementos fundamentales:

- 1.- La edad de inicio del matrimonio o unión.
- 2.- El patrón de formación y disolución de las uniones prevalecientes en la población en estudio.
- 3.-El nivel de la fecundidad dentro del matrimonio.

En Cuba los cambios sociales de trascendencia sufridos en las últimas décadas han incidido en la nupcialidad y en la relación de esta variable con la fecundidad, algunos de dichos aspectos pueden constituir particularidades de interés

La situación conyugal de las mujeres en edades fértiles de la isla caribeña se ha caracterizado, en primer lugar por un paulatino descenso de la proporción de mujeres solteras lo cual se hace constatable por la reducción de un 25.2 por ciento de las mujeres solteras del año 1970 a 1987²¹, lo que ha influido en que se haya incrementado la presencia de mujeres expuestas al riesgo de embarazo²², al encontrarse el 62.5 por ciento de las mujeres en edades fértiles en uniones estables.

En igual sentido a lo anteriormente planteado se observa que el celibato permanente²³ entre las cubanas ha disminuido sustancialmente y para mediados de la década del ochenta era estadísticamente poco significativa al alcanzar a poco menos del tres por ciento de las mujeres.

El que las mujeres permanezcan más tiempo en unión, no significa no obstante que sea con la misma pareja. Los años vividos en soltería han disminuido²⁴ en condiciones de inestabilidad conyugal

²¹Las mujeres que nunca han estado en matrimonio ó unión, ó sea solteras comprendieron el 25.8 por ciento de las mujeres en edades fértiles en el año 1970, mientras que para 1987, esta proporción, se redujo al 19.4 por ciento.

²²Las mujeres expuestas fueron definidas en la fuente de información -Encuesta Nacional de Fecundidad,1987-, incluye a las mujeres que en el momento de la toma de información, se encontraba en unión marital, eran fértiles, y no estaban esterilizadas ni embarazadas.

²³Mujeres que no se casan o unen nunca, en la Encuesta estas se calculan a partir de las mujeres de 45 a 49 años que nunca se han casado o unido consensualmente.

²⁴Ver Sonia Catasus y otros autores en Informe General de la Encuesta Nacional de Fecundidad,1987. Capitulo 7, Página 78.

significativa, al menos con relación a las primeras uniones, lo que se evidencia en que casi la tercera parte de las primeras uniones conyugales se disuelvan dentro del año posterior de haberse concretado y poco menos de la mitad, antes de los dos años.

Se presentan comportamientos diferenciales en cuanto a la duración de las primeras uniones -es algo menor en las zonas urbanas que en las rurales- y en la forma de disolución de éstas, pues mientras en las zonas urbanas ello se produjo mayoritariamente por divorcio, en las rurales primaron con mucho, las separaciones.

Lo anteriormente señalado está vinculado al peso que ha ido ganando las uniones consensuales, con mayor presencia en las zonas menos urbanizadas del país y en las provincias orientales donde por cada mujer casada se observaron 1.6 en unión consensual. Esta dominancia de unidas frente a las casadas se hace más evidente entre las jóvenes de 15 a 19 años, tres de cada cuatro de las que tiene vínculo conyugal es del tipo de unión consensual.

La edad media al inicio de las relaciones conyugales estables de las mujeres cubanas se sitúa entre los 19 y 20 años, lo que representa una edad temprana, lo cual se acentúa en las regiones Centro Este y Oriental (Ver cuadro 3.1)

Cuadro No. 3.1
Cuba: Edad Media Femenina al Primer Matrimonio o
Unión por Cuba y Regiones. 1987

Regiones	Edad a la 1ra. Unión (años)
CUBA	18.4
Occidente	20.0
Ciudad De La Habana	19.0
Centro-Este	18.0
Oriente	17.8

Fuente: CEE (INSIE) 1991. Encuesta Nacional de Fecundidad de Cuba, 1987.

Resulta sobresaliente la disminución en los últimos años de la edad promedio al inicio de la primera unión conyugal que para todo el país fue de 20.39 en el año 1979, de 19.75 para 1981 ²⁵ y 18.40 para el 1987.

El hecho señalado llama la atención, ya que en un país donde se observa un descenso del nivel de fecundidad tan importante, cabría esperar un aumento de la edad al primer matrimonio o unión y no una disminución como se registró y que sitúa a Cuba, por demás, en el nivel más bajo a nivel latinoamericano según este indicador, lo cual resulta contradictorio.

El calcular el índice de no matrimonio (Cm), a través del método de Bongaarts y restar ello de 100 permite estimar el efecto de reducción de la fecundidad por el no matrimonio que alcanza el 37 por ciento a nivel nacional, encontrándose la región Occidental y Ciudad de La Habana por encima del promedio nacional (41%) y

²⁵Daniel R., Sonia. La edad al primer matrimonio en Cuba. CEDEM, 1984. Cuadro 8 pag. 36.

Oriente y la región Centro-Este por debajo (36 y 33% respectivamente) en lo que debe estar incidiendo en que el promedio de edad a la primera unión es inferior en estas regiones en aproximadamente un año a las del Occidente del país.

En las zonas rurales del país la edad media al matrimonio es inferior en algo más de un año a la de las zonas urbanas (17.6 y 18.8 respectivamente). En igual sentido debe de estar relacionada la fecundidad relativamente temprana que se ha venido observando en el país ²⁶.

Cuadro No. 3.2
Cuba: Proporción de mujeres casadas y unidas-m(a)-por tipo de lugar de residencia.

Edad	Zona Urbana			Zona Rural		
	total	unidas	casadas	total	unidas	casadas
	m(a)	m(a)	m(a)	m(a)	m(a)	m(a)
15-19	22.7	14.8	7.9	38.2	33.6	4.6
20-24	56.5	25.1	31.4	66.9	49.4	17.5
25-29	70.2	27.8	42.4	62.7	44.8	17.9
30-34	80.0	33.8	46.2	77.4	43.5	34.0
35-39	75.4	21.0	54.4	84.2	44.2	40.0
40-44	76.5	19.0	57.5	87.4	44.7	42.7
45-49	69.8	23.2	46.6	86.3	45.9	40.4
Total	61.3	23.2	38.2	68.2	25.0	43.2

Fuente: CEE, (INSIE)1991, Encuesta Nacional de Fecundidad 1987.

El cálculo de la proporción de mujeres casadas ó unidas y de las

²⁶Otro rasgo de interés es el predominio en las zonas rurales de las uniones consensuales mientras que por el contrario en las zonas urbanas las casadas predominan frente a las unidas en una proporción de seis a cuatro.

tasas de fecundidad por grupos de edades, permite estimar el índice de no matrimonio lo que indicará la incidencia de ello en la reducción de la fecundidad por el no matrimonio o unión de todas las mujeres a lo largo de toda su vida fértil. Tanto la mayor proporción de mujeres casadas ó unidas consensualmente, como una edad media al matrimonio ó unión inferior en las zonas rurales debe ejercer influencia en una mayor fecundidad en general y en particular entre las mujeres más jóvenes de la parte rural con relación a la fecundidad de las mujeres de las zonas urbanas del país como se refleja en el cuadro 3.2.

El efecto reductor de la fecundidad atribuible al no matrimonio o unión es mayor en la parte urbana del país (39%) que en la rural (30%) lo que se corresponde con lo expuesto anteriormente ya que en la zona urbana se casan o unen en menor proporción que en la rural, además la edad promedio a la primera unión en la zona urbana es algo superior a un año con relación a la zona rural.

Cuadro No. 3.3
Cuba: Tasas Específicas de Fecundidad Marital de las
Mujeres con Vínculo Conyugal según Tipo de Lugar
de Residencia

Edad	Zona Urbana g(x)	Zona Rural g(x)
15-19	0.1466	0.1490
20-24	0.1954	0.1987
25-29	0.1322	0.1401
30-34	0.0631	0.0594
35-39	0.0242	0.0214
40-44	0.0040	0.0042
45-49	0.0021	0.0044
Tasa de fecundidad marital	2.84	2.89

Fuente: CEE (INSIE) 1991, Encuesta Nacional de Fecundidad 1987

Cuadro No. 3.5
Cuba: Proporción de Mujeres Casadas o Unidas por
Edad y Nivel Educativo.

Edad	Nivel Primario o Inferior	Nivel Medio	Nivel Medio Sup. y Superior
TOTAL	74.6	57.2	58.3
15-19	42.7	25.3	16.4
20-24	69.0	64.7	51.3
25-29	70.0	64.6	70.4
30-34	87.1	74.3	77.4
35-39	83.5	74.8	71.8
40-49	81.7	80.2	70.2
45-49	77.4	65.6	71.7

Fuente: CEE(INSIE)1991 Encuesta Nacional de Fecundidad de Cuba, 1987

La mayor fecundidad de las mujeres con menor nivel educacional se hace apreciable en el cuadro 3.6 donde se observa, por cierto, una relación diferencial entre el nivel educativo y las tasas específicas de fecundidad por edades.

La reducción de la fecundidad por efecto del no matrimonio o unión es menos significativa entre las mujeres de nivel primario o inferior (6.3%), para las mujeres con instrucción media, el no matrimonio es de 36.3 por ciento y para las de nivel medio superior y superior este efecto alcanza el mayor valor 44.7 por ciento lo cual resulta compatible con lo anteriormente analizado.

Cuadro No. 3.6
Cuba: Tasas Específicas de Fecundidad Marital según Nivel Educativo

Edad	Nivel Primario o Inferior	Nivel Medio	Nivel Medio Sup. y Superior
15-19	0.1435	0.1624	0.1388
20-24	0.1913	0.2165	0.1850
25-29	0.0818	0.1682	0.1656
30-34	0.0494	0.0908	0.0781
35-39	0.0281	0.0326	0.0364
40-44	0.0050	-	-
45-49	-	-	-
T.G.F.	2.3383	2.1370	1.6709

Fuente: CEE, (INSIE) 1991, Encuesta Nacional de Fecundidad, 1987

3.2.- La Anticoncepción

En Cuba la extensión y efectividad de los programas sociales como son el educacional, el materno infantil y el del médico de la familia han propiciado el elevado conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, lo cual constituye sin lugar a dudas, el factor de mayor influencia en los bajos niveles de fecundidad alcanzados en el país.

El conocimiento de anticonceptivos es universal, según lo indica los datos al respecto aportados por las encuestas de fecundidad realizadas en el país en las últimas décadas, fundamentalmente con relación a los métodos clasificados como eficientes, de los cuales solo el diafragma y los métodos químicos son relativamente poco conocidos, particularmente entre la mujeres más jóvenes. La fuente de conocimiento es diferencial según el método, así, los dispositivos intrauterinos, son conocidos a través de los médicos y enfermeras, en los servicios de salud, mientras que el

conocimiento del otro método más importante que es, la p
trasmite por amistades femeninas y su vía de obtención es
sin que sea necesaria una prescripción facultativa²⁸.

En correspondencia con el "conocimiento," el uso de antio
se ha generalizado, lo cual se infiere de que más del 90
de las mujeres no solteras han usado al menos un método
los embarazos, lo cual constituye un valor superior a 1
en las encuestas de los otros países de América Latina.

Cuadro No. 3.7
Cuba: Proporción de Mujeres por Grupos de Edades según Ti
Método Anticonceptivo Utilizado

Método->	Ninguno	Pildora	DIU	Diafr.	Quim.	L.Int.	Pres.	Ritmo
15-19	78.59	8.77	11.86	0.00	0.00	0.18	0.31	0.12
20-24	44.69	17.93	33.34	0.28	0.14	0.07	0.88	0.60
25-29	29.99	15.34	42.00	0.15	0.00	0.00	1.50	0.75
30-34	19.42	10.69	40.45	0.00	0.00	0.18	1.60	0.14
35-39	23.68	5.39	33.06	0.07	0.13	0.18	2.51	1.95
40-44	23.76	2.20	26.39	0.23	0.20	1.34	1.59	1.18
45-49	32.67	2.02	20.13	0.38	0.21	0.61	3.18	0.94
Total	39.47	9.83	29.16	0.16	0.09	0.51	1.48	0.75

Fuente: CEE(INSIE), Encuesta Nacional de Fecundidad d

Como se puede observar en el cuadro 3.7 existe un
proporción de mujeres que están usando métodos an
superando al 60 por ciento de todas las mujeres de
Ello se manifiesta tanto a nivel nacional como en la g
las regiones del país ²⁹

²⁸Dra. Luisa Alvarez Vázquez "Informe General c
Nacional de Fecundidad, 1987. Capítulo 9.

²⁹En el caso de Ciudad de la Habana, el uso de a
es algo inferior al valor referido.

La proporción de mujeres cubanas que usan anticonceptivos se eleva aun más si consideramos solo a la expuestas al riesgo de embarazo, alcanzando el 88 por ciento, valor que representa cerca del doble de lo encontrado en muchos de los países latinoamericanos³⁰.

El uso de los métodos anticonceptivos se concentran en los medios modernos de control de la fecundidad como son los dispositivos intrauterinos, la esterilización femenina y la píldora lo que le confiere una gran efectividad al uso de anticonceptivos en el país así como en todas sus regiones.

Por edades la estructura en el uso de anticonceptivo presenta algunas variaciones, hasta los treinta años de edad los dispositivos intauterinos son los más usados por las mujeres, seguido de las píldoras, a partir de la referida edad la esterilización femenina ocupa el segundo lugar y a partir de los cuarenta años este método es el más común.

Llama la atención la alta proporción de mujeres esterilizadas en todas las regiones del país y en particular en la región Oriental, en la que a partir de los 35 años, más del 45 por ciento de las mujeres se encuentra esterilizada.

Entre las mujeres más jóvenes (de 15 a 19 años) el uso de anticonceptivos es menor -21.41-, sin embargo si se considera a las mujeres realmente expuestas al riesgo de concebir por encontrarse

³⁰Los valores de uso de anticonceptivos encontrados para otros países latinoamericanos son: Costa Rica(79%), Panamá(65%), Colombia(52%), Jamaica(45%), México(42%), República Dominicana(42%), Perú(41%) y Guyana(38%).

en unión conyugal estable, no embarazadas y no ser estériles, esta proporción se eleva al 68.4 por ciento de las jóvenes. No obstante ello la proporción resulta relativamente baja al compararla con las mujeres expuestas de otros grupos de edades del país³¹.

Cuadro No. 3.8
Cuba: Estimación del Índice de Uso-Efectividad de
Anticonceptivos por Regiones.

Edades	CUBA	Occid.	C. Hab.	C. Este	Oriente
15-19	0.96718	0.97893	0.96191	0.96732	0.96522
20-24	0.96592	0.96656	0.95739	0.96933	0.96736
25-29	0.96850	0.96157	0.96363	0.96794	0.97363
30-34	0.97404	0.97066	0.97057	0.96871	0.98136
35-39	0.97345	0.96996	0.96964	0.97209	0.97849
40-44	0.97805	0.97479	0.98063	0.97494	0.98213
45-49	0.97359	0.95854	0.96796	0.97633	0.98000
Total	0.96842	0.96860	0.96280	0.96879	0.97037

Fuente: Albizuz C.Juan Carlos. Centro de Estudios Demográficos

El uso-efectividad de la anticoncepción en las mujeres encuestadas se interpreta como la proporción de mujeres que habiendo utilizado algún anticonceptivo, lo hizo con efectividad por lo que la observación del cuadro 3.8 nos permite confirmar el alto grado de utilización de la anticoncepción por parte de las mujeres cubanas, por un lado, y la elevada efectividad de tal uso, lo que indica el significativo control de los embarazos mediante este determinante fundamental en caso de Cuba .

La incidencia de la anticoncepción en la disminución de la fecundidad está estrechamente ligado a la prevalencia del uso de contraceptivos o proporción de usuarias (u) y al promedio de la efectividad en el uso de métodos (e).

La disminución de la fecundidad en las regiones con diferentes grados de urbanización se ha producido fundamentalmente como consecuencia de la contracepción específicamente en las zonas

³¹No obstante lo referido el uso de anticonceptivos entre las jóvenes cubanas "expuestas" fue muy superior a lo encontrado en los otros países latinoamericanos participantes en la Encuesta Mundial de Fecundidad, más del triple de México y República Dominicana.

rurales del país donde el efecto de los anticonceptivos se ha hecho sentir de manera algo superior que en las zonas urbanas. La anterior afirmación tiene su fundamento en la alta proporción de usuarias de anticonceptivos que alcanza el 59.5% en las zonas urbanas y el 63.4% en las rurales.

Si se considera a las mujeres con riesgos reales de concebir, las "expuestas", que son aquellas que se encuentran en unión conyugal, no están embarazadas y no son infértiles, la proporción de usuarios alcanza niveles superiores al 87 por ciento tanto para las residentes en las zonas rurales como las urbanas y valores superiores al 90 por ciento para las mujeres mayores de 30 años en las zonas urbanas y las rurales de más de 25 años de edad.

Conjuntamente al amplio uso de los anticonceptivos se encuentra la efectividad de los métodos empleados en ambas zonas como se refleja en el cuadro 3.9.

Cuadro No. 3.9
Cuba: Uso-Efectividad de Anticonceptivos por Zona
de Residencia de la Mujer.

Edad	Zona Urbana	Zona Rural
TOTAL	0.9701	0.9745
15-19	0.9653	0.9679
20-24	0.9641	0.9687
25-29	0.9660	0.9724
30-34	0.9729	0.9768
35-39	0.9724	0.9785
40-44	0.9788	0.9794
45-49	0.9686	0.9742

Fuente: CEE, (INSIE), Encuesta Nacional de Fecundidad de Cuba, 1987.

En cuanto a los anticonceptivos de más uso estos son los dispositivos intrauterinos³², la esterilización femenina, y la píldora en ese orden de importancia para ambas zonas, encontrándose más del 90 por ciento de las mujeres que usan métodos, usando uno

³²En los últimos años se han colocado a las mujeres, más de trescientos mil dispositivos intrauterinos como promedio anual a las mujeres en policlinicos y hospitales de todo el país.

de estos (92.9% zona urbana y 94.3% rural), para las mujeres que se encuentran en grupos etareos superiores, los DIU ceden en importancia ante la esterilización femenina abarcando en la edad de 40-44 años en la zona urbana a más del 56 por ciento de las que utilizan algún método anticonceptivo.

El efecto reductor de la fecundidad por el uso de anticonceptivos es alto en ambas zonas del país, aunque es ligeramente superior en las regiones rurales donde alcanza 76.2 por ciento frente a 74.8 en la zona urbana.

Cuadro No. 3.10
Cuba: Distribución de Mujeres por Edades según
Métodos Utilizados y Tipo de Lugar de Residencia

GRUPO DE EDAD	NINGUNO	ESTERIL. FEM.	PILDO- RA	DIU	PERSER- VATIVO	DIA- FRAGMA	OTROS METODOS
ZONA URBANA							
TOTAL	12.3	25.3	14.5	41.8	3.0	0.2	2.9
15-19	26.4	-	36.6	33.8	1.8	-	1.4
20-24	19.0	1.5	27.0	48.1	2.0	0.2	2.2
25-29	12.8	9.9	19.9	53.0	2.9	0.2	1.3
30-34	6.5	28.6	14.0	47.6	1.7	-	1.6
35-39	8.8	35.2	6.0	41.3	4.1	0.2	4.4
40-44	11.3	51.5	2.7	29.9	2.1	0.5	5.0
45-49	9.8	47.3	2.9	28.0	7.1	0.5	4.4
ZONA RURAL							
TOTAL	11.6	30.2	16.6	36.5	1.6	0.1	3.4
15-19	39.7	-	25.3	33.2	0.9	-	0.9
20-24	15.1	5.8	32.1	46.2	-	-	0.8
25-29	9.2	23.3	23.7	42.3	-	0.3	1.2
30-34	6.4	35.8	15.2	38.1	3.9	-	0.6
35-39	3.4	47.5	10.0	33.2	2.6	-	3.3
40-44	5.2	48.6	4.4	35.1	2.7	-	4.0
45-49	9.9	47.9	4.3	22.4	1.0	-	14.5

Fuente: CEE (INSIE). Encuesta Nacional de Fecundidad de Cuba, 1987.

Existe poca diferencia en cuanto al uso de anticonceptivos para los diferentes grupos de instrucción establecidos para este estudio. En todos los casos la proporción de usuarios supera el 65 por ciento, siendo más importante esta proporción para las mujeres del nivel superior. En cuanto a la efectividad de los métodos empleados es también elevada presentandose como ligeramente superior la de las mujeres de nivel primario o inferior. (Ver cuadro 3.11).

Los mayores valores del índice de uso-efectividad de las mujeres con menores niveles de educación resulta paradójica, pero puede explicarse por el tipo de anticonceptivo que predominantemente utilizan las mujeres de más baja instrucción, la esterilización femenina, considerado el más efectivo de los métodos.

Cuadro No. 3.11
Cuba: Uso-Efectividad de Anticonceptivos según
Nivel Educativo de la Mujer

Edad	Nivel Primario o Inferior	Nivel Medio	Nivel Medio Sup. y Superior
TOTAL	0.9736	0.9701	0.9681
15-19	0.9631	0.9673	0.9684
20-24	0.9683	0.9664	0.9629
25-29	0.9729	0.9687	0.9635
30-34	0.9760	0.9745	0.9708
35-39	0.9744	0.9790	0.9652
40-44	0.9808	0.9770	0.9759
45-49	0.9762	0.9747	0.9706

Fuente: CEE (INSIE), 1991. Encuesta Nacional de Fecundidad de Cuba, 1987.

También es un elemento a considerar la mayor edad que como promedio tienen las mujeres de baja instrucción, lo que le permite esterilizarse con mayor facilidad ya que existen regulaciones en el país que limitan la esterilización entre las jóvenes.

El impacto de la anticoncepción en la disminución de la fecundidad es importante para las mujeres de todos los grupos de instrucciones establecidos, particularmente para las de nivel medio superior y superior en las que el por ciento de reducción de la fecundidad, producto de la anticoncepción fue de 78 por ciento, para las de nivel primario o inferior, este valor fue de 76 por ciento y las de nivel medio 73 por ciento.

3.3.- El Aborto Inducido

A pesar del amplio acceso de las mujeres cubanas a la anticoncepción con efectividad, una alta proporción de algunos sectores de las mismas sigue recurriendo al aborto como forma de controlar su natalidad. Debido a la condición legal del aborto, esta información es contatada con calidad en las estadísticas continuas que al respecto son captadas.

Como se observa en el cuadro 3.12 más de la tercera parte de las mujeres cubanas en el año 1987 habían recurrido al aborto inducido, resultando aún más importante el hecho de que en el grupo de 15 a 19 años este fenómeno ya alcanzaba más del 7.0 por ciento; lo cual indica la alta recurrencia a esta práctica entre las mujeres jóvenes que son, como ya se ha visto las que menos acceden al uso de otras formas de contracepción.

Para el año 1993, según fuentes del Ministerio de Salud Pública de Cuba, el número de abortos inducidos se redujo, reportandose una tasa de 26.6 por mil mujeres de 12 a 49 años y la de mujeres menores de 20 años se mantiene a altos niveles (37.0 por mil).³³

³³Para algunas provincias las tasas de abortos inducidos se mantuvo a niveles cercanos y aún superiores al 40 por mil.

La aparente reducción del número de abortos que muestran las estadísticas pueden estar ocultando el hecho que desde finales de la década del ochenta se están realizando en gran escala y a lo largo y ancho del país regulaciones menstruales por el método de succión, una buena parte de las cuales evitan la realización de abortos³⁴ .

En Ciudad de La Habana se acentua el fenómeno señalado observandose que el 44.0 por ciento de las mujeres en edad fértil y el 9.0 por ciento de las jóvenes han recurrido a la práctica del aborto.

³⁴Desde el año 1991 las regulaciones menstruales han superado los cien mil anuales a nivel nacional.

Cuadro No. 3.12
Proporción de Mujeres según Grupos de Edades y Cantidad de Abortos
Inducidos para Cuba y Regiones, 1987.

Edades	<u>CUBA</u>			<u>REGION CENTRO-ESTE</u>		
	No Abortó	1 Aborto	2 y más	No Abortó	1 Abortó	2 Y más
15-19	92.61	6.05	1.35	95.87	4.13	0.00
20-24	72.02	20.02	7.96	73.24	22.03	4.72
25-29	62.63	25.32	12.05	68.06	25.60	6.34
30-34	51.87	28.78	19.34	45.02	34.13	20.85
35-39	53.52	25.71	20.77	57.66	27.56	14.88
40-44	55.85	21.91	22.24	55.70	24.08	20.22
45-49	62.03	16.76	21.20	64.06	13.28	22.65
Total	66.82	19.80	13.39	67.76	20.87	11.38
	<u>CIUDAD DE LA HABANA</u>			<u>REGION OCCIDENTAL</u>		
15-19	91.16	5.59	3.25	95.71	3.28	1.01
20-24	62.01	24.53	13.46	74.02	18.09	7.89
25-29	56.69	25.12	18.19	65.72	21.96	12.32
30-34	39.45	26.00	34.55	58.78	25.67	15.55
35-39	32.69	31.49	35.82	61.07	25.24	13.68
40-44	46.01	20.95	33.04	57.81	23.62	18.57
45-49	44.61	17.69	37.70	64.67	14.81	20.52
Total	55.75	21.23	23.02	71.03	17.81	11.16
	<u>REGION ORIENTAL</u>					
15-19	89.62	8.98	1.40			
20-24	76.21	16.65	7.15			
25-29	61.11	26.68	12.21			
30-34	59.78	27.79	12.43			
35-39	60.89	20.57	18.55			
40-44	61.11	19.42	19.47			
45-49	70.56	19.54	9.90			
Total	70.26	19.28	10.45			

Fuente: CEE, (INSIE). Encuesta Nacional de Fecundidad de Cuba, 1987.

En Cuba un conjunto de instituciones están llevando adelante, desde hace ya algunos años, diferentes programas de orientación sexual dirigidos fundamentalmente a la juventud. Sin embargo, la alta recurrencia al aborto especialmente entre las jóvenes sugieren la idea de que los programas de educación sexual tienen limitaciones que no han permitido la conformación de un patrón de comportamiento sexual adecuado especialmente entre los jóvenes.

El análisis del nivel de aborto a través de la Tasa Global de Aborto como se puede apreciar en el cuadro 3.13 presenta un alto valor, cada mujer al culminar su período reproductivo se ha sometido en más de una ocasión a una interrupción quirúrgica de embarazo, hecho que toma mayor relevancia en el caso de Ciudad de La Habana, en donde este nivel se eleva a prácticamente 2 abortos por mujer³⁵.

Cuadro No. 3.13
Tasas Específicas y Globales de Abortos para Cuba y
Sus Regiones, 1987.

Edades	CUBA	Occid.	C. Hab.	C. Este	Oriente
15-19	0.09116	0.07474	0.11562	0.08302	0.08394
20-24	0.10157	0.08083	0.11859	0.09448	0.09584
25-29	0.06136	0.04860	0.07615	0.05876	0.05423
30-34	0.03740	0.02989	0.04744	0.03681	0.03159
35-39	0.01911	0.01629	0.02441	0.01979	0.01450
40-44	0.00642	0.00517	0.00745	0.00689	0.00526
45-49	0.00099	0.00081	0.00062	0.00111	0.00118
TGA	1.59005	1.28188	1.95140	1.50430	1.43270

Fuente: Ministerio de Salud Pública de Cuba, (MINSAP).
"Obstetricia. Informe No. 2, 1988".

El aborto se presenta fundamentalmente en edades tempranas, por debajo de los 25 años, siendo el grupo de 20-24 años el más afectado, aunque en Ciudad de La Habana este fenómeno es tan importante en las adolescentes. Es una característica en todas las regiones el que el nivel del aborto entre las de 15-19 años de edad ocupe el segundo lugar, superando incluso a las mujeres de 25-29 años, lo que evidencia una cúspide temprana del aborto que se combina con una fecundidad temprana.

³⁵En el año de 1987 en Ciudad de La Habana, la tasa de abortos superó a la tasa global de fecundidad(1.95 y 1.63 respectivamente).

Resulta significativo también que en tres de los quinquenales de edad (15-19, 35-39 y 40-44 años) el nivel supere al de fecundidad y sea igual en el de 45-49 años.

Entre las mujeres más jóvenes analizadas el número de a mujer supera al número de hijos en más de un 10.5 por ciento. Este dato de interés es que poco más de la tercera parte de ellas se concentran en las mujeres menores de 20 años. Esto sugiere la necesidad de intensificar la educación de la población joven, ya que al parecer los métodos usados no son utilizados, de forma general, adecuadamente o bien están recurriendo a ellos una vez que ya ha ocurrido el embarazo no planificado ni deseado.

Desde el punto de vista territorial se pueden observar patrones definidos en materia de aborto y si se los compara con otros países en todas las regiones de Cuba se observan los siguientes niveles de aborto.

- 1o. Ciudad de La Habana: Muy alta incidencia del aborto.
- 2o. Regiones Centro - Este y Oriente: Comportamiento observado a nivel nacional
- 3o. Región Occidental: Territorio de más baja incidencia.

En regiones donde el uso de la anticoncepción es ampliamente extendida, es de esperar que las tasas de fecundidad por medio del aborto como forma de control de la fecundidad no tengan gran importancia, sin embargo, en el país, resultan paradójicos con relación a ello.

Aún sin tomar en cuenta la subestimación de aborto que pueda tener los valores obtenidos de la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1987, la tasa de aborto en las zonas urbanas, calculada a partir de esta fuente es ligeramente superior a la tasa global de fecundidad (1.725 y 1.740 respectivamente) lo que significa que en promedio el número de abortos que tienen las mujeres urbanas en su período reproductivo es prácticamente igual al número promedio de hijos que tendrán estas mujeres.

Según los estudios realizados por otros investigadores cada interrupción de embarazo, en países donde se práctica la anticoncepción de efectividad moderada, puede evitar 0.8 nacimientos, o sea, si no se practicaran abortos la natalidad en el país y particularmente en las zonas urbanas podrá incrementarse de forma sustancial. El número promedio de abortos provocados para las mujeres de las zonas rurales es menos de la mitad de las residentes en las zonas urbanas (0.87).

Otro dato de interés que posibilita obtener el modelo de Bongaarts, es el promedio de nacimientos evitados por abortos provocados que, para las residentes en la zona urbana es de 1.19 mientras para las de las zonas rurales es 0.59.

El efecto regulador de la fecundidad por el aborto inducido es más importante en la zona urbana del país donde la fecundidad se ha reducido en un 40 por ciento por dicha práctica resultando menos importante en las rurales donde el referido valor es de 23 por ciento.

El nivel de los abortos, medido a través de la tasa de aborto, señala a las mujeres con nivel medio de instrucción como las que recurren con mayor frecuencia a dicha práctica (1.28), lo cual se corresponde con el menor uso de anticonceptivos que se observó en estas en el epígrafe anterior, de igual forma es compatible con las tasas para las mujeres de nivel primario o inferior y las de nivel medio superior o superior (1.12 y 0.82 respectivamente).

3.4.- Efecto inhibitor conjunto de las variables intermedias en la Fecundidad.

A partir de la aplicación del modelo propuesto por Bongaarts, descrito en el primer capítulo, se determinaron las diferentes medidas e índices a través de los cuales se puede analizar el efecto de las variables intermedias en la fecundidad.

Como se observa en el cuadro resumen 3.14 la fecundidad de Cuba aunque tuvo una ligera recuperación con relación al año 1981, se mantuvo a bajos niveles, no existiendo evidencias de un ascenso significativo en años venideros como se diagnosticaba en las proyecciones, por el contrario; los niveles de fecundidad han descendido a más bajos niveles .

A partir de las medidas calculadas se confirma un incremento en el país de la utilización de métodos anticonceptivos y los empleados en la generalidad de los casos son los más eficientes, o sea, los dispositivos intrauterinos, la esterilización femenina y la píldora anticonceptiva.

El aborto provocado se mantiene a altos niveles, incrementándose su tasa para el año 1987 en un cinco por ciento en relación con el año 1981, es particularmente importante esta práctica en las edades jóvenes donde la fecundidad se evita a través de los abortos de forma combinada con los anticonceptivos, de manera general. A pesar de ello, atendiendo a los resultados del índice de aborto inducido, este ha perdido 2.4 puntos como reductor de la fecundidad.

Cuadro No. 3.14
Medidas seleccionadas de Reproducción e Índices
de Variables Intermedias. Cuba 1972*-1981**-1987***.

Medidas	AÑO		
	1972	1981	1987
Tasa Global de Fecundidad (TGF)	3.77	1.52	1.82
Tasa de fecundidad marital (TFM)	5.95	2.32	2.87
Tasa de fecundidad marital natural (TFMN)	13.29	14.60	17.98
Uso de anticonceptivos (u)	0.53	0.65	0.70
Efectividad de los contraceptivos (e)	0.84	0.97	0.97
Tasa total de aborto inducido (TA)	1.65	1.51	1.59
Tiempo medio de infertilidad por lactancia (i)	3.79	3.79	3.79
Índices			
Índice de proporción de casadas (Cm)	0.69	0.65	0.63
Índice de no contracepción (Cc)	0.52	0.26	0.25
Índice de aborto inducido (Ca)	0.79	0.60	0.63
Índice de infertilidad posparto (Ci)	0.90	0.90	0.90
Índice combinado	0.25	0.09	0.09

Fuentes:

*Hollerbach, P.E, Diaz Briquets, Fertility Determinants in Cuba. 1983

**Alvarez, Luisa, Determinantes próximos de la fecundidad en Cuba, 1987

***Catasus, S, Alfonso J.C, La transición de la fecundidad en Cuba, 1990

La nupcialidad mantiene las características estables en el tiempo, en la incidencia de los niveles de fecundidad, con tendencia al descenso en la edad de unión y al incremento de las uniones consensuales, así como a la disminución de la proporción de célibes.

A nivel territorial el comportamiento tiene sus peculiaridades. Para Ciudad de La Habana y la región Centro-Este el segundo determinante más importante es el aborto, mientras que para la región Oriental y Occidental este lugar es ocupado por la nupcialidad, lo cual se vincula a una más alta fecundidad de estas últimas regiones. (Ver cuadro 3.15)

Cuadro No. 3.15
Estimación de los Índices de las Variables
Intermedias de la Fecundidad

Índice	CUBA	Occid.	C. Hab.	C. Este	Oriente
Proporción de casadas	0.6320	0.5900	0.5906	0.6732	0.6431
No contracepción	0.2550	0.2375	0.3055	0.2671	0.2241
Aborto inducido	0.6280	0.6670	0.5582	0.6314	0.6689
Infertilidad posparto	0.8970	0.8970	0.8970	0.8970	0.8970

Fuente: CEE, (INSIE) 1991 Encuesta Nacional de Fecundidad de Cuba, 1987.

La fecundidad observada tanto en las zonas urbanas como rurales del país alcanza un bajo nivel producto básicamente del uso universal y efectivo de los anticonceptivos.

Los niveles algo inferiores de la fecundidad en las zonas urbanas del país se logran con una mayor recurrencia a la práctica del aborto y una menor exposición al riesgo de embarazo por una unión más tardía. La estimación de los índices de las variables intermedias para ambos tipos de lugar de residencia de la mujer así como el orden de importancia que tienen cada una de las variables intermedias en los niveles actuales de fecundidad se observa en el cuadro 3.16

Cuadro No. 3.16
Estimación de los Índices de las Variables
Intermedias de Fecundidad por Tipo
de Lugar de Residencia de la Mujer

Índice	<u>ZONA URBANA</u>		<u>ZONA RURAL</u>	
	Valor	Orden	Valor	Orden
Proporción de casadas	0.6078	3	0.6946	2
No contracepción	0.2522	1	0.2376	1
Aborto inducido	0.5919	2	0.7711	3
Porcentaje de Reducción de la Tasa de Fec. por:				
No Matrimonio	39.2	3	30.5	2
Anticonceptivo	74.8	1	76.2	1
Aborto inducido	40.8	2	22.9	3

Fuente: CEE, (INSIE), Encuesta Nacional de Fecundidad de Cuba, 1987.

La mayor fecundidad de las mujeres con más bajo nivel de instrucción se explica por una mayor exposición de éstas al riesgo de embarazo, al encontrarse unidas en una mayor proporción a edades más temprana. La anticoncepción y el aborto son empleados ampliamente sin grandes diferencias entre las mujeres de diferentes niveles educacionales. (Vease Cuadro 3.17)

El mayor porcentaje de reducción de la fecundidad debido al no matrimonio registrado entre las mujeres de mayor instrucción se debe a que estas se casan o unen en menores proporciones que las demás, se debe considerar las uniones a edades más maduras.

Cuadro No. 3.17
Estimación de los Índices de las Variables
Intermedias de Fecundidad por Nivel Educativo

Índice	NIVEL EDUCACIONAL					
	Nivel Primario		Nivel Medio		Nivel Superior	
	Valor	Orden	Valor	orden	Valor	Orden
Proporción de casadas	0.9371	3	0.6374	2	0.5534	2
No contracepción	0.2397	1	0.2657	1	0.2201	1
Aborto inducido	0.7534	2	0.8619	3	0.7453	3
% de Reducción de la T.F. por:						
No Matrimonio	6.29	3	36.26	2	44.66	2
Anticonceptivo	76.03	1	73.43	1	77.99	1
Aborto Provocado	24.66	2	13.81	3	25.47	3

Fuente: CEE(INSIE). Encuesta Nacional de Fecundidad de Cuba, 1987.

Finalmente es necesario destacar que la alta prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos eficientes, lo cual se comporta de manera homogénea entre las diferentes regiones del territorio nacional y que han propiciado la reducción de la fecundidad a muy bajos niveles tiene sus bases en cambios institucionales operados en el país.

La estructura en el tipo de anticonceptivo utilizado si presenta variaciones sustituyéndose al aumentar la edad de las mujeres los dispositivos anticonceptivos y las píldoras por la esterilización femenina, lo cual preocupa a los médicos y funcionarios del sector de salud pública por lo cual estos han sugerido medidas pertinentes que pueden reducir este indicador a mediano plazo.

Otro de los determinantes de peso en la regulación de la fecundidad es el aborto provocado, principalmente en las zonas más urbanizadas como Ciudad de La Habana y entre la mujeres más jóvenes, lo cual pone de evidencia fallas en los programas de educación sexual dirigidos a la juventud, o desajustes en los patrones de comportamiento de este importante sector de la población con relación a su conducta sexual y reproductiva, aunque en las condiciones de seguridad para la salud de la mujer y de respeto a la decisión de la misma con respecto a su comportamiento reproductivo, y considerando que los anticonceptivos no son 100 por ciento efectivos en ninguna parte del mundo, convierten al aborto en Cuba en un "mal" menor que en realidad no recibe la reprobación oficial ni social.

La nupcialidad la otra variable de importancia como determinante de la fecundidad a nivel nacional, presenta un peculiar comportamiento que no se corresponde con los bajos niveles de fecundidad que se observan y es en gran medida vinculable a las diferencias regiones en los niveles observados de fecundidad.

CONCLUSIONES

.La evolución de los niveles de fecundidad de Cuba hacia valores bajos, comenzaron en las primeras décadas del actual siglo y ha alcanzado desde hace varios lustros cifras comparables a las de los países de más baja fecundidad del mundo, por lo cual se afirma que la transición de la fecundidad de Cuba es temprana y completa y que puede provocar a mediano plazo el decrecimiento en cifras absolutas de la población del país y el proceso de envejecimiento de la población

.Entre las particularidades de la fecundidad cubana, se presenta un alto grado de homogenización territorial y con baja diferenciación en los niveles de la fecundidad, entre subgrupos de población según nivel educativo, a lo cual ha contribuido una política encaminada a disminuir las diferencias en los niveles económicos y sociales, entre las regiones del país, dirigiendo los mayores esfuerzos hacia las zonas tradicionalmente más deprimidas.

.Otra de las particularidades de la fecundidad en Cuba, es que a el descenso de fecundidad se produjo paralelamente a un descenso en la edad media de la fecundidad, y aunque en la actualidad se ha producido un reacomodo en la edad de la fecundidad, ésta aún se puede clasificar como temprana, en lo que puede haber incidido la disminución en la edad promedio al primer matrimonio o unión que se viene observando, así como el no aplazamiento del nacimiento del primer hijo luego de concretarse la unión, incluso ha ido en aumento la concepciones antes del concretarse la unión formal.

.Como se pudo comprobar a lo largo del trabajo, en la estructura de los determinantes próximos de la fecundidad, la anticoncepción como factor fundamental en la regulación de fecundidad en Cuba, se ha afianzado, distanciándose por su peso significativamente del resto de las variables. La elevada efectividad en el control del número de hijos que presentan las mujeres cubanas se debe en primer lugar al amplio uso que hacen de anticonceptivos modernos.

Es relevante señalar que, a nivel de las diferentes regiones, zonas urbanas o rurales y grupos de mujeres de diferente nivel educacional, la prevalencia en el uso de anticonceptivos, constituye el determinante fundamental regulador del nivel de fecundidad, lo cual se ha sustentado en un efectivo programa de salud materno infantil.

.A pesar de lo anteriormente referido la recurrencia a la práctica del aborto inducido resulta muy alta, lo cual contrasta con una anticoncepción efectiva y universal y evidencia fallas en los programas de educación sexual, fundamentalmente entre los jóvenes. El aborto inducido es la segunda variable reguladora de la fecundidad a nivel nacional, presentándose con mayor incidencia en Ciudad Habana y en las zonas urbanas en la generalidad del país, no observándose una relación definida de ello con respecto a nivel educacional de la mujer.

Si se observa vinculación entre la recurrencia al aborto y la edad, entre las jóvenes algunos indicadores sitúan a la práctica del aborto entre las más elevadas del mundo.

.La nupcialidad como variable que ejerce fuerte influencia en los niveles de fecundidad observados es importante en la región Occidental y Oriental del país, así como en las zonas rurales. Es también importante entre las mujeres de más bajo nivel de instrucción lo que responde al no aplazamiento de los nacimientos de los hijos después de producidas los matrimonios o uniones.

El rejuvenecimiento de la fecundidad en el país hasta mediados de la década del ochenta se corresponde con la tendencia a la disminución de la edad promedio al comienzo más temprano de las relaciones sexuales, así como al menor uso de anticonceptivos a esas edades . El método empleado en la presente investigación ha permitido alcanzar nuevos conocimientos en la forma diferencial en que las mujeres cubanas de diferentes características identificadas, regulan su fecundidad. Esto es particularmente constatable en el análisis urbano-rural, de lo cual no había antecedentes a nivel nacional evidenciándose de manera coherente las relaciones que se establecen entre las características del tipo de lugar de residencia de la mujer y la forma en que esta regula su fecundidad.

BIBLIOGRAFIA

Alfonso Juan Carlos y Sheila Tozo, Evolución de la fecundidad de la mujer cubana en el período de 1959-1984, Comité Estatal de Estadísticas de Cuba, 1985.

Alfonso Juan Carlos, Bases institucionales del cambio de la fecundidad en Cuba, Comité Estatal de Estadísticas de Cuba, 1990.

Alfonso Juan Carlos, Política de Población y Planificación Familiar en Cuba, Comité Estatal de Estadísticas de Cuba, 1994.

Alvarez Vázquez, Luisa, La fecundidad en Cuba, Editorial Ciencias Sociales, La Habana, 1985.

Alvarez Vazquez, Luisa, Nivel, estructura y principales características de la fecundidad cubana, Ministerio de Salud Pública de Cuba, 1985.

Alvarez Vázquez, Luisa y Alfonso Farnos, Factores determinantes y características de la fecundidad cubana, Centro de Estudios Demográficos de Cuba, 1986.

Alvarez Vázquez, Luisa, Determinantes próximos de la fecundidad en Cuba, Instituto de Desarrollo de la Salud, Revista Cubana de Administración de la Salud, octubre-diciembre de 1987.

Behn, Hugo y Juan Carlos Alfonso, El descenso de la fecundidad en Cuba, Centro Latinoamericano de Demografía y Comité Estatal de Estadísticas de Cuba, 1981.

Bongarts, John, "A Framework for analyzing the proximate determinants of fertility", Population Council, New York, Population and Development Review, Volume 4, Number 1 March, 1978.

Bongaarts, J, y Kirmeyer, Sharon, Estimating the impact of contraceptive prevalence of fertility: Aggregate and Age-specific Version of Model, New York, 1980.

Borges, Benso y Humberto G, Galbán, Evolución de la urbanización en Cuba de 1907 a 1981, Instituto de Demografía y Censos, 1984.

Caleton, Robert, Aspectos Metodológicos y Sociológicos de la Fecundidad Humana, CELADE, Santiago de Chile, 1972.

Camisa, Zulma, Introducción al estudio de la fecundidad, Centro Latinoamericano de Demografía, San José, 1975.

Catasús Cervera, Sonia y Juan Carlos Alfonso, La transición de la fecundidad en Cuba, Seminario sobre la transición de la fecundidad en América Latina, Buenos Aires, 1990.

Coale A,J, La transición demográfica, Serie D, No. 86, Santiago de Chile, CELADE, 1977.

Conning, Arthur M, Tendencias de la fecundidad en América Latina y factores de influencia, CELADE,1973.

Daniel R,,Sonia, La edad al primer matrimonio en Cuba, Centro de Estudios Demográficos de Cuba, 1984.

Davis,Kingsley y Blake,Judith, "Social structure and fertility: An Analitic Framework", Economic Development and cultural change 4, 1956.

Davis,K, y Blake,J, Factores Sociológicos de la fecundidad, Ciudad de México, 1967.

Espiñeira, Juan Carlos Albizus-Campos, Determinantes de la fecundidad en Cuba y sus regiones, Centro de Estudios Demograficos de Cuba, 1990.

Estrella V,, Gabriel, Fertility and Migration: a proximate determinants analysis in the case of Baja California, México, Thesis submitted for the Ph,D, in Demography.

Farnós Morejón, Alfonso, La declinación de la fecundidad y sus perspectivas en el contexto de los procesos demográficos de Cuba, Universidad de La Habana, 1985.

Gary S, Becker, An Economic Analysis of Fertility, Columbia University and National Bureau of Economic Reseach.

Gaslonde y Bocaz, Método para medir variaciones en el nivel de fecundidad, Centro Latinoamericano de Demografía, 1970.

González Quiñones, Fernando, La participación de la mujer en la fuerza de trabajo, Centro de Estudios Demográficos de Cuba, 1986.

González G, Humberto, Resumen de indicadores seleccionados de la Encuesta Nacional de Fecundidad de Cuba del año 1987, Instituto de Investigaciones Estadísticas,1988.

González G, Humberto y Marisol Almeda, Encuesta de la mujer trabajadora del sector estatal civil(Tomo II), Instituto de Investigaciones Estadísticas, 1985.

Hernández Castellon, Raúl, El proceso de la revolución demográfica en Cuba, Centro de Estudios Demográficos de Cuba, 1986.

Hollerbach, Paula y Sergio Diaz Brizquets, Fertitity determinant in Cuba, 1983.

Instituto de Investigaciones Estadísticas del Comite Estatal de Estadísticas de Cuba, Informe General de la Encuesta Nacional de Fecundidad de Cuba, 1987, Editorial de Estadísticas, La Habana 1991.

--Anuario Demográfico de Cuba de 1987, Editorial de Estadísticas, La Habana, 1989.

--Anuario Demográfico de Cuba de 1990, Editorial de Estadísticas, La Habana, 1992.

Kia I, Reinis, "The impact of the proximate determinants of fertility: Evaluating Bongaarts's and Hobcraft and Little's Methods of Estimation", Population Studies No. 46, 1992.

Lopes Patarra, Neide, Transición demográfica: Resumen histórico o teoría de población? Centro de estudios de dinámica de población, Universidad de Sao Paulo.

Moreno, Lorenzo y Susheela Singh, Fertility Decline and Changes in Proximate Determinants in the Latin American Region, Seminario de la Transición Demográfica en América Latina, Buenos Aires, 1990.

McNicoll, Geoffrey, "Institutional Determinants of Fertility Change", Population and Development Review, Volume 6, Number 3, 1980.

Naciones Unidas, Niveles y tendencias de la fecundidad en el mundo, 1950-1970.

Ojeda, Norma, El curso de vida familiar de las mujeres mexicanas; un análisis sociodemográfico.

Ortiz M, Jorge y Elsa Alcantara, Cambios en la fecundidad peruana, Centro de Investigaciones en población del Cusco, Lima 1988.

Singh, S; Casterline J, y Cleland, J, The proximate determinants of fertility: Cross National and Sub-National Variations, World Fertility Survey, 1983.

Sosa M, Miguel, Planificación Familiar en Cuba, International Planned Parenthood Federation, Londres, 1992.

Tabah, León, "De una transición demográfica a otra", Boletín de Naciones Unidas No. 28, 1989.

ANEXO

TABLA DE ERRORES

MUESTRALES

TABLA 1

ERROR ESTANDAR DE VARIABLES SELECCIONADAS PARA CUBA. PARTE URBANA Y RURAL.

VARIABLE	DESCRIPCION	TIPO	AMBAS PARTES				URBANA				RURAL			
			x, %	ES	N		x, %	ES	N		x, %	ES	N	
PECUNIDAD														
AVUN	Alguna vez unida respecto al total de mujeres	%	80,64	0,70	4541	79,23	0,93	3260	84,64	1,29	1281			
ENBA	Actualmente embarazada respecto al total de mujeres actualmente unida o casada	%	4,17	0,49	2055	4,27	0,45	1980	3,94	0,84	867			
HINV	Hijos nacidos vivos respecto al total de mujeres alguna vez unida	x	1,98	0,03	3652	1,85	0,03	2586	2,30	0,08	1066			
HSOB	Hijos sobrevivientes respecto al total de mujeres alguna vez unida	x	1,89	0,03	3652	1,77	0,03	2586	2,20	0,07	1066			
UNID	Actualmente unida respecto al total de mujeres alguna vez unida	%	78,31	0,83	3652	77,43	0,93	2586	80,62	1,82	1066			
PREFERENCIA REPRODUCTIVA														
DMAD	Desean más hijos respecto a las fértiles y actualmente unida	%	33,98	1,07	2563	34,57	1,22	1774	32,52	2,20	789			
DMAS	No desean más hijos respecto a las fértiles y actualmente unida	%	65,63	1,08	2563	65,00	1,22	1774	67,20	2,19	789			
HESP	Número esperado de hijos respecto a las mujeres alguna vez unida	x	0,80	0,02	3652	0,77	0,02	2586	0,88	0,05	1066			
HEIS	Número ideal de hijos respecto a las mujeres alguna vez unida	x	2,60	0,02	3652	2,52	0,02	2586	2,81	0,05	1066			

TABLA 1

ERROR ESTANDAR DE VARIABLES SELECCIONADAS PARA CUBA. PARTE URBANA Y RURAL. (Conclusión)

VARIABLE	DESCRIPCION	TIPO	AMBAS PARTES				URBANA				RURAL			
			x, %	ES	N		x, %	ES	N		x, %	ES	N	
REGULACION DE LA FECUNDIDAD														
EXPO	Expuestas respecto a las algunas vez unida	%	49,24	1,03	3652	49,25	1,10	2586	49,16	2,34	1066			
USOH	Ha usado un método respecto a las alguna vez unida	%	92,63	0,51	3652	93,09	0,52	2586	91,64	1,26	1066			
USOE	Ha usado un método eficaz respecto a las alguna vez unida	%	91,62	0,53	3652	91,96	0,55	2586	90,71	1,31	1066			
USAH	Usa actualmente un método respecto a las expuestas	%	83,63	1,03	1820	83,71	1,11	1269	83,42	2,31	551			
USAC	Usa actualmente un método eficaz respecto a las expuestas	%	79,58	1,00	1820	80,00	1,20	1269	78,47	2,33	551			

TABLA 2

ERRORES ESTADÍSTICOS DE VARIABLES SELECCIONADAS POR REGIONES.

VARIABLE	TIPO	REGION OCCIDENTAL			REGION C. DE LA HABANA			REGION CENTRO - ESTE			REGION ORIENTAL		
		x, %	ES	N	x, %	ES	N	x, %	ES	N	x, %	ES	N
RECUND.													
AYUN	X	77,32	1,70	1143	78,35	1,30	1147	82,76	1,30	1085	82,24	1,58	1166
ENBA	X	3,82	0,83	711	6,25	0,85	655	3,22	0,66	732	4,01	0,77	757
HINY	X	1,87	0,05	897	1,66	0,05	885	1,97	0,05	901	2,21	0,07	959
ESOB	X	1,80	0,05	897	1,59	0,04	895	1,87	0,05	901	2,11	0,06	959
UNID	X	79,18	1,48	897	73,04	1,80	895	81,98	1,47	901	78,12	1,62	959
PRIM.													
DNAS	X	33,63	2,11	646	33,18	1,92	578	33,79	2,20	648	34,70	2,00	691
UNAS	X	66,37	2,11	646	66,45	1,97	578	65,74	2,21	648	64,76	2,00	691
HISP	X	0,83	0,05	897	0,68	0,03	895	0,79	0,04	901	0,86	0,04	959
HDES	X	2,58	0,04	897	2,20	0,02	895	2,55	0,03	901	2,36	0,04	959
REGU.													
KXPO	X	52,20	1,93	897	47,76	1,85	895	53,07	1,88	901	45,80	2,04	959
USOH	X	92,98	0,97	897	92,35	0,81	895	93,01	1,02	901	92,34	0,99	959
USOR	X	91,05	1,10	897	91,22	0,94	895	92,19	1,07	901	91,73	1,01	959
USAN	X	87,37	1,88	465	79,80	2,06	425	82,82	1,95	485	84,28	2,03	445
USAC	X	79,94	2,10	465	76,25	2,20	425	79,38	2,13	485	81,52	2,05	445

TABLA 3

ERROR ESTANDAR DE VARIABLES SELECCIONADAS POR GRUPO DE EDAD QUINQUENAL

VARIABLE	TIPO	15 - 19				20 - 24				25 - 29				30 - 34			
		x, %	ES	N	x, %	ES	N	x, %	ES	N	x, %	ES	N				
ESCOND.																	
AVON	x	35,32	1,94	839	74,50	2,04	889	91,47	1,38	667	97,07	0,80	535				
EMBA	x	17,57	3,07	209	7,68	1,15	529	5,34	1,14	463	2,94	1,03	423				
HIMV	x	0,39	0,04	269	0,90	0,04	676	1,46	0,05	609	2,05	0,06	518				
HSOB	x	0,38	0,04	269	0,89	0,04	676	1,41	0,05	609	1,95	0,05	518				
ONID	x	76,60	3,06	269	79,22	1,68	676	74,58	2,20	609	81,71	1,93	518				
PREF.																	
DMAS	x	89,34	2,50	195	72,10	2,36	498	45,84	2,85	431	26,59	2,27	388				
MMAS	x	10,42	2,49	195	27,48	2,34	498	54,16	2,85	431	79,04	2,28	388				
HESP	x	1,83	0,07	269	1,59	0,05	676	1,17	0,06	609	0,67	0,06	518				
HDES	x	2,29	0,04	269	2,35	0,03	676	2,49	0,04	609	2,63	0,04	518				
REGU.																	
EIPO	x	59,67	3,60	269	66,58	2,85	676	56,44	2,15	609	50,51	2,52	518				
USOM	x	83,98	2,75	269	92,04	1,38	676	93,89	1,21	609	95,94	0,99	518				
USOK	x	83,98	2,75	269	91,63	1,39	676	93,47	1,23	609	95,59	0,98	518				
USAM	x	68,38	4,86	160	81,55	1,99	443	86,32	1,93	355	90,67	2,00	270				
USAC	x	67,18	4,81	160	79,66	2,03	443	84,88	1,99	355	88,76	2,24	270				

TABLA 3

ERROR ESTANDAR DE VARIABLES SELECCIONADAS POR GRUPO DE EDAD QUINQUENAL. (Conclusión)

VARIABLE	TIPO	35 - 39			40 - 44			45 - 49		
		x, %	ES	N	x, %	ES	N	x, %	ES	N
PNCOND.										
AVUM	x	98,67	0,51	565	98,22	0,65	552	97,05	0,80	494
ENBA	x	0,45	0,32	433	0,04	0,04	438	x	x	360
HIBV	x	2,30	0,07	558	2,89	0,08	542	3,55	0,13	480
HSOB	x	2,28	0,06	558	2,75	0,08	542	3,37	0,13	480
UNID	x	78,60	1,95	558	80,77	1,01	542	76,37	2,18	480
PRRF.										
DNAS	x	10,43	1,88	300	1,64	0,76	376	1,02	0,54	295
HNAS	x	88,99	1,90	300	97,69	0,89	376	98,53	0,70	295
HNBP	x	0,35	0,05	558	0,10	0,03	542	0,04	0,01	480
EDBS	x	2,68	0,04	558	2,76	0,05	542	2,97	0,08	480
RZCO.										
KIPO	x	42,08	2,31	558	34,50	2,34	542	32,79	2,43	480
USOM	x	92,89	1,26	558	94,40	1,05	542	91,42	1,44	480
USOM	x	91,34	1,38	558	92,79	1,17	542	88,86	1,60	480
USAM	x	88,05	2,44	241	84,86	3,04	186	81,28	3,25	165
USAC	x	81,72	2,96	241	76,06	3,57	184	67,97	3,78	165

TABLA 4

ERROR ESTANDAR DE VARIABLES SELECCIONADAS SEGUN NIVEL EDUCACIONAL

VARIABLE	TIPO	NINGUN GRADO APROBADO			PRIMARIA SIN TERMINAR			PRIMARIA TERMINADA		
		x, %	ES	N	x, %	ES	N	x, %	ES	N
FECUND.										
AVON	X	98,28	1,10	71	98,28	0,79	412	89,86	1,20	962
KHBA	X	0	0	53	0,72	0,58	343	3,23	0,82	681
HIV	X	5,82	0,35	68	3,51	0,11	406	2,35	0,88	869
MSOB	X	3,36	0,12	68	2,83	0,07	406	2,13	0,05	869
UNID	X	79,69	6,43	68	84,14	2,25	406	78,67	1,72	869
PREF.										
DHAS	X	2,64	2,00	49	8,64	1,99	293	21,00	1,89	613
NHAS	X	97,36	2,00	49	90,95	2,01	293	78,49	1,91	613
NHSP	X	0,25	0,17	68	0,36	0,06	406	0,60	0,05	869
NHES	X	2,69	0,13	68	2,99	0,08	406	2,77	0,04	869
REGU.										
KIPO	X	29,89	6,91	68	41,14	2,82	406	44,15	1,95	869
OSON	X	91,17	5,00	68	90,78	1,73	406	92,41	1,05	869
USOK	X	89,50	5,23	68	89,32	1,87	406	90,93	1,14	869
USAM	X	84,35	6,47	19	85,21	3,39	175	86,19	1,98	400
USAC	X	62,66	8,66	19	76,96	3,72	175	81,52	2,29	400

TABLA 4

ERROR ESTANDAR DE VARIABLES SELECCIONADAS SEGUN NIVEL EDUCACIONAL. (Conclusión)

VARIABLE	TIPO	MEDIO			MEDIO SUPERIOR			SUPERIOR		
		x, x	ES	N	x, x	ES	N	x, x	ES	N
PECUND.										
AVOR	X	75,12	1,17	1770	72,47	1,57	1122	84,87	3,65	204
EMBA	X	5,60	0,83	995	5,50	0,82	647	3,14	1,41	136
EMV	X	1,67	0,04	1312	1,14	0,04	821	1,15	0,07	176
MSOB	X	1,56	0,03	1312	1,10	0,03	821	1,10	0,07	176
ONID	X	76,15	1,30	1312	78,80	1,57	821	75,95	3,51	176
PREF.										
DMAS	X	39,49	1,87	889	54,03	2,28	594	41,41	4,76	125
EMAS	X	68,14	1,88	889	45,58	2,29	594	58,50	4,76	125
EMSP	X	0,89	0,04	1312	1,16	0,04	821	0,83	0,09	176
EMES	X	2,55	0,03	1312	2,34	0,03	821	2,31	0,05	176
REGU.										
EMPO	X	48,84	1,56	1312	58,68	1,80	821	58,23	3,79	176
OSON	X	82,40	0,86	1312	93,95	1,00	821	94,61	1,85	176
OSON	X	81,60	0,88	1312	83,68	1,01	821	81,65	2,06	176
USAN	X	82,18	1,78	632	83,66	1,87	493	80,22	4,21	101
USAC	X	79,65	1,85	632	81,61	1,93	493	70,69	4,86	101

TABLE 5

ERROR ESTANDAR DE VARIABLES SELECCIONADAS SEGUN NUMERO DE HIJOS VIVOS.

VARIABLE	TIPO	0 HIJOS			1 HIJOS			2 HIJOS		
		x, %	ES	N	x, %	ES	N	x, %	ES	N
FECUND.										
AVUM	X	41,90	1,52	1465	97,08	0,47	1131	99,94	0,06	1011
EMBA	X	15,30	1,87	464	4,45	0,75	797	9,73	0,38	845
HINY	x	0,02	0,01	602	1,05	0,01	1107	2,09	0,01	1010
UMID	X	77,68	1,98	602	71,79	1,67	1107	83,04	1,37	1010
PREF.										
DMAS	X	92,74	1,57	380	59,15	2,04	708	9,04	1,07	790
MMAS	X	6,61	1,54	380	49,72	2,04	708	90,91	1,07	790
HESP	x	1,78	0,04	602	1,24	0,04	1107	0,29	0,03	1010
MDKS	x	2,28	0,03	602	2,35	0,02	1107	2,68	0,04	1010
RRGU.										
EXPO	X	51,91	2,38	602	59,69	1,73	1107	53,60	1,87	1010
USOM	X	77,75	1,99	602	92,65	0,96	1107	97,05	0,56	1010
USOR	X	77,29	2,01	602	91,40	1,02	1107	96,11	0,63	1010
USAN	X	64,11	3,44	393	86,74	1,51	628	90,94	1,28	558
USAC	X	61,35	3,51	393	83,40	1,64	628	87,67	1,46	558

TABLA 5

ERROR ESTANDAR DE VARIABLES SELECCIONADAS SEGUN NUMERO DE HIJOS VIVOS
(Conclusión)

VARIABLE	TIPO	3 HIJOS			4 ó MAS HIJOS		
		x, %	ES	N	x, %	ES	N
FIGURAS.							
AYUN	X	99,96	0,03	488	100	0,00	446
ENBA	X	1,40	0,80	392	0,00	0,00	357
HINV	X	3,12	0,02	487	5,25	0,02	446
UNID	X	80,72	2,02	487	81,72	2,14	446
PREF.							
DNAS	X	4,94	1,16	357	3,63	1,31	328
ENAS	X	94,09	1,29	357	95,63	1,40	328
RES?	X	0,21	0,04	487	0,20	0,06	446
EDES	X	2,89	0,94	487	3,00	0,08	446
REGU.							
RIFO	X	36,56	2,63	497	32,60	2,57	446
USON	X	97,70	0,88	487	97,47	0,78	446
USOR	X	96,73	0,96	487	96,11	0,94	446
USAN	X	87,59	2,71	185	81,86	3,74	146
USAC	X	80,25	3,37	185	73,47	4,38	146

