

NACIONES UNIDAS



1948 - 1988

CEPAL

Distr.
LIMITADA

LC/L.473 (CRM.4/11)
7 de septiembre 1988

ORIGINAL: ESPAÑOL

Cuarta Conferencia Regional sobre la Integración
de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social
de América Latina y el Caribe

Ciudad de Guatemala, Guatemala, 27 al 30 de septiembre de 1988

**LAS MUJERES Y EL CAMBIO DEMOGRAFICO:
ESTADÍSTICAS E INDICADORES**

INDICE

	<u>Página</u>
Introducción	1
I. EL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO DE LAS MUJERES	4
1. El descenso de la fecundidad	5
2. Estructura de la fecundidad	8
3. La regulación de la fecundidad	9
4. El aborto en América Latina y el Caribe	11
II. LA MORTALIDAD DE LAS MUJERES	13
1. El descenso de la mortalidad femenina en la región	14
2. Las causas de muerte de la población femenina	15
3. Las causas de muerte y su relación con el cambio de la esperanza de vida de las mujeres	16
4. Las diferencias en las causas de muerte entre hombres y mujeres	17
5. La mortalidad materna	18
III. EL CAMBIO EN LA ESTRUCTURA POR EDADES DE LA POBLACION FEMENINA	20
IV. LA MIGRACION FEMENINA	22
1. La migración interna	22
2. La migración internacional de las mujeres	24
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	27
Notas	29
Bibliografía	30

Introducción

La puesta en marcha en América Latina y el Caribe de los principios contenidos en las Estrategias orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer elaboradas en Nairobi, en 1985, representa un gran desafío para las sociedades nacionales de la región.

Para llevar a la práctica tales principios se requiere desarrollar acciones destinadas a superar los obstáculos que aún persisten para la efectiva realización de los objetivos de igualdad, desarrollo y paz formulados durante el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer.

Al cumplimiento de tal objetivo deben contribuir los esfuerzos destinados a recopilar, mejorar y difundir estadísticas oportunas y confiables que permitan avanzar en el conocimiento de la situación de la mujer.

En este espíritu, el documento que se presenta a continuación abordará el tema de las estadísticas e indicadores demográficos. Se preparó tomando en consideración que tales estadísticas, por cuanto reflejan las características demográficas de la población femenina, constituyen en muchos casos en sí mismas un indicador de cambios en la situación de la mujer en la sociedad. Por otra parte, las estadísticas e indicadores demográficos son un elemento imprescindible para la planificación del desarrollo y para la elaboración de políticas destinadas a la mujer.

En efecto, las estadísticas e indicadores demográficos representan un insumo indispensable para que, en aras de alcanzar el objetivo de la Igualdad, los gobiernos adopten "las medidas necesarias para velar por que tanto el hombre como la mujer tengan los mismos derechos, oportunidades y responsabilidades, con objeto de permitir que la mujer participe, como beneficiaria y agente activa en el desarrollo". Para que la igualdad sea no sólo de jure sino también de facto es necesario crear las condiciones de infraestructura para que las mujeres puedan compatibilizar su participación en todos los ámbitos de la sociedad con la maternidad y las actividades de la esfera doméstica.

Como se sostuvo reiteradamente durante el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, la posibilidad de alcanzar la igualdad está estrechamente relacionada con el desarrollo.

En este sentido, el mejoramiento y difusión de las estadísticas e indicadores demográficos pueden representar una efectiva contribución para alcanzar en la región mayores niveles de desarrollo. Tal como se señaló en la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz, "las estrategias orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer en el

plano regional deberían basarse en una clara evaluación de las tendencias demográficas ... que ofrezca un contexto realista para su aplicación."

En América Latina y el Caribe esta afirmación es especialmente válida en momentos en que las condiciones de vida de las mujeres, al igual que las del resto de la población, se han visto severamente afectadas por una crisis económica singularmente grave y prolongada, que ha agravado las consecuencias negativas de la existencia en la región de estilos de desarrollo marcadamente concentradores y excluyentes, cuya expresión más dramática es la persistencia de vastos sectores de la población que viven en la extrema pobreza. (CEPAL, 1988a.)

Tomando en cuenta estas consideraciones el documento que se presenta a continuación analizará, a través del examen de las estadísticas e indicadores existentes, los cambios demográficos más relevantes para el conocimiento de la situación de la mujer que han tenido lugar durante el período 1950-1980.

El primer capítulo se refiere al descenso de la fecundidad y a los cambios en la estructura por edades de la misma. En él se llama la atención sobre la importancia que tiene en la región la fecundidad de las mujeres adolescentes, se entregan las informaciones disponibles sobre la difusión y el uso de métodos anticonceptivos y se realiza un llamado de alerta en relación con el escaso conocimiento existente sobre el aborto, un problema casi siempre oculto.

El segundo capítulo aborda la mortalidad de la población femenina, poniendo de relieve los importantes logros alcanzados durante el período 1950-1980 en relación con el aumento de la esperanza de vida al nacer de las mujeres, pero también llama la atención sobre el amplio campo de acción que tienen los gobiernos para avanzar aún más en la reducción de la mortalidad en la región. En este punto se hace referencia a las principales causas de muerte que afectan a las mujeres y a través de algunos ejemplos se señala en qué medida las diferentes causas de muerte han contribuido a los cambios en la esperanza de vida al nacer de la población femenina.

El tercer capítulo versa sobre los cambios en la estructura por edades de la población femenina de la región, ocurridos como consecuencia especialmente del descenso de la fecundidad y también de la mortalidad, y las repercusiones de tales cambios en la elaboración de las políticas orientadas hacia la mujer, enfatizando la necesidad de prestar atención al conocimiento de la situación de las mujeres de mayor edad.

En el cuarto capítulo se entregan los antecedentes sobre la migración de las mujeres, tanto dentro de los países como sobre la migración internacional.

Por último, se proponen recomendaciones relacionadas con el mejoramiento de las estadísticas e indicadores sobre los fenómenos demográficos antes mencionados.

El documento que se presenta a continuación intenta, por otra parte, contribuir al necesario diálogo entre productores y usuarios de estadísticas demográficas, entre los cuales se cuentan tanto los organismos de

planificación de los gobiernos de la región así como las organizaciones no gubernamentales cuya contribución es de especial importancia para las actividades que permitirán dar cumplimiento a los objetivos ya señalados.

Este trabajo es el resultado de un esfuerzo conjunto de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW) y el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), expresión de la estrecha colaboración existente entre los organismos del Sistema de Naciones Unidas en relación con la promoción de la situación de la mujer en la sociedad.

I. EL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO DE LAS MUJERES

Uno de los fenómenos más destacados ocurridos en la región durante las tres últimas décadas ha sido el cambio en el comportamiento reproductivo de las mujeres, una de cuyas expresiones ha sido el descenso de la fecundidad.

Tal descenso ha estado asociado a las profundas transformaciones que tuvieron lugar durante los últimos 30 años en la esfera económica, política, social, cultural y sicosocial de las sociedades nacionales de América Latina y el Caribe.

Dichas transformaciones, a su vez, influyeron sobre las variables consideradas como determinantes próximas de la fecundidad, entre las cuales ocupa un lugar muy importante la utilización de métodos anticonceptivos. En efecto, durante las tres últimas décadas las mujeres de la región han tenido, en promedio, mayor acceso a métodos para regular la fecundidad, cuyo descubrimiento constituye uno de los avances científico-tecnológicos más importantes del presente siglo. En efecto, el descubrimiento de los métodos anticonceptivos ha otorgado la posibilidad de disociar las relaciones sexuales de la procreación, ampliando con ello la libertad del ser humano.

La compleja interacción de los factores vinculados al comportamiento reproductivo ha tenido gran repercusión tanto sobre la fecundidad como fenómeno social, como sobre la vida de las mujeres en el plano individual. En efecto, durante el período transcurrido entre 1950 y 1980 vastos sectores de la población femenina han tenido la posibilidad de regular su fecundidad, lo cual, como se señala en las Estrategias de Nairobi "... constituye una base muy importante para el ejercicio de otros derechos".

Para la elaboración de políticas orientadas al mejoramiento de la condición de la mujer es imprescindible disponer de las estadísticas e indicadores relacionados con la fecundidad.

Un adecuado conocimiento de la fecundidad de las mujeres facilitará la labor de los organismos encargados de elaborar las políticas de empleo, salud, educación, vivienda y, en general, todas aquellas destinadas a crear condiciones de bienestar para las mujeres. También las estadísticas e indicadores sobre la fecundidad constituyen un elemento para conocer en qué medida las mujeres de la región tienen acceso equitativo al derecho a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos.

Además, el conocimiento de las estadísticas e indicadores sobre la fecundidad constituye un elemento de especial importancia para la elaboración

de las políticas sociales orientadas a facilitar a las mujeres la compatibilización de sus funciones asociadas con la maternidad con su participación en todas las esferas de la sociedad, como agentes activos del desarrollo.

Las principales fuentes para aproximarse al conocimiento de la fecundidad son los registros de estadísticas vitales, los censos de población y vivienda, y las encuestas especializadas.

Los registros de estadísticas vitales permiten conocer los niveles de la fecundidad y su estructura por edades, así como algunas características socioeconómicas de la madre. Tienen la ventaja de constituir registros continuos, lo cual permite conocer el fenómeno en cualquier momento del tiempo. Sin embargo, la información proveniente de los registros de estadísticas vitales adolece en la mayoría de los países de la región de importantes grados de subregistro.

Los censos de población constituyen la segunda fuente que permite conocer los niveles de fecundidad y su estructura por edades. A través de las preguntas sobre los hijos nacidos vivos y sobre los hijos tenidos en el último año es posible conocer la fecundidad retrospectiva y actual de las mujeres. Esta fuente tiene la ventaja de proporcionar información adicional que permite conocer las características socioeconómicas contextuales y los atributos personales de las mujeres, facilitando así el conocimiento sobre las diferencias en cuanto al comportamiento reproductivo en las mujeres. Sin embargo, el que se realicen cada diez años limita la posibilidad de evaluar la situación en cualquier momento.

En América Latina y el Caribe la información sobre la fecundidad es cada vez más confiable gracias a los esfuerzos realizados por los países de la región al incorporar las recomendaciones para los censos del 80 y del 90 emanadas de la CEPAL y las Naciones Unidas. (Naciones Unidas, 1980.)

Además en la región se han desarrollado programas de encuestas especializadas de fecundidad que constituyen una valiosa fuente de información sobre el tema.

Sobre la base de las informaciones provenientes tanto de las estadísticas vitales y de los censos de población como de las encuestas especializadas es posible calcular indicadores de la fecundidad de acuerdo con propósitos específicos de investigación, planificación o de elaboración de políticas.

1. El descenso de la fecundidad

El descenso de la fecundidad ha estado asociado con el curso que ha seguido el proceso de desarrollo en los países de América Latina y el Caribe. Por esta razón, es posible constatar diferencias en cuanto al número medio de hijos por mujer entre los países de la región y al interior de los mismos, según el nivel de modernización en que se encuentren.

Un indicador de este cambio es la disminución del número medio de hijos tenidos por las mujeres --expresado en la tasa global de fecundidad--1/ en el período 1980-1985 con respecto al período 1950-1955.

En los países de modernización avanzada 2/ 3/ (la Argentina, Costa Rica, Cuba, Chile, Panamá, el Uruguay y Venezuela) la fecundidad de las mujeres ha descendido hacia el final del período a niveles bajos o medios.

Dos de ellos --la Argentina y el Uruguay-- tenían ya al comienzo del período niveles de fecundidad bajos. En efecto, en ambos países tanto en el período 1950-1955 como en el 1980-1985 el promedio de hijos por mujer era alrededor de tres hijos.

En Cuba y Chile la fecundidad al comienzo del período alcanzaba niveles medios --4 y 5.1 hijos por mujer respectivamente-- mientras que al final del período el promedio de hijos por mujer era bajo: 2.0 y 2.8 hijos por mujer respectivamente.

Los tres países de modernización avanzada restantes --Costa Rica, Panamá y Venezuela-- experimentaron un descenso de la fecundidad desde niveles altos en el período 1950-1955 --con un promedio de alrededor de 6 hijos por mujer-- a niveles medios en el período 1980-1985, en el cual ese promedio era de alrededor de 4 hijos.

Tanto en los países grandes de modernización acelerada y desequilibrada --el Brasil, Colombia, México-- como en los países pequeños de modernización parcial --el Ecuador, el Paraguay, el Perú y República Dominicana-- la fecundidad descendió desde niveles altos a medios.

En efecto, en todos los países pertenecientes a este grupo, en el período 1950-1955 las mujeres tenían en promedio más de 6.5 hijos, mientras que en el período 1980-1985, este promedio era alrededor de 4 hijos por mujer y en ninguno de los países de estos dos grupos llegó a superar a los 5 hijos por mujer.

En los países de modernización incipiente --Bolivia, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras y Nicaragua-- las tasas de fecundidad aun cuando experimentaron un leve descenso, se han mantenido elevadas. Al comienzo del período éstas alcanzaban valores superiores a 6.5 hijos por mujer y al final del mismo en todos los países dicho promedio superaba los 5 hijos, y en la mayoría de estos países su valor seguía siendo superior a 6.

Además de las diferencias existentes entre los países en relación con el nivel de la fecundidad, es posible constatar que dentro de los mismos prevalecen comportamientos reproductivos muy disímiles entre las mujeres según su pertenencia a diferentes estratos socioeconómicos, su residencia en áreas urbanas o rurales, así como también según las diferencias en sus atributos personales.

En Honduras, país de modernización incipiente, el nivel de la fecundidad en el año 80 era aún elevado. En este país, entre el año 1960 y 1980 la tasa global de fecundidad en las áreas definidas como urbana-principal descendió desde 5.6 a 3.7 hijos por mujer. Entretanto, en las áreas rurales ésta se

mantuvo alrededor de 8 hijos por mujer. Esto significa que mientras al comienzo del período la TGF de las mujeres en las áreas rurales era 1.6 veces superior a la de las del área urbana principal, al final del período esta diferencia había aumentado, siendo 2.2 veces superior el número medio de hijos por mujer en las áreas rurales que en el área urbana-principal.

Una situación similar se constata al examinar el descenso de la fecundidad de las mujeres según el estrato socioeconómico a que pertenezcan. Mientras la tasa global de fecundidad de las mujeres del estrato calificado como medio alto disminuyó entre el año 1960 y 1980 desde 6.0 a 3.8 hijos por mujer, aquella correspondiente a las mujeres pertenecientes al estrato agrícola bajo asalariado se mantuvo por sobre los 8 hijos por mujer. En otras palabras, la diferencia entre las mujeres del estrato bajo agrícola asalariado y las del estrato medio alto en cuanto a dichas tasas se elevó de 1.3 en 1960 a 2 en 1980.

La mantención en 1980 de tan elevados niveles de fecundidad tanto en las áreas rurales como en el estrato bajo agrícola asalariado puede ser un reflejo de la realidad como también obedecer a problemas asociados con la calidad de los datos o a que no se hubiesen cumplido los supuestos en que se basa el método de hijos propios utilizado para estimar la tasa global de fecundidad.

Por otra parte, aun en Costa Rica, país de modernización avanzada, y en el cual, como ya se señaló, se ha producido un pronunciado descenso de la fecundidad, persisten las diferencias entre el comportamiento reproductivo de diferentes sectores de mujeres, aunque éstas tienden a aminorarse. (Rosero, 1981.)

Entre el año 1960 y 1979, la fecundidad de las mujeres en las áreas urbanas descendió de 5.9 a 3 hijos por mujer. En el mismo período, la tasa global de fecundidad de las mujeres de las áreas rurales bajó de 9.0 a 4.0 hijos por mujer. Esto significa que en 1960, la fecundidad de las mujeres en las áreas rurales era 1.6 veces superior a la de las residentes en las áreas urbanas, mientras que en 1979, el promedio de hijos por mujer en las áreas rurales era 1.3 veces superior al de las áreas urbanas.

En el caso de Costa Rica no se dispone de información para el período 1960-1979 sobre la diferencia existente en el número medio de hijos tenidos por las mujeres pertenecientes a distintos estratos socioeconómicos. Sin embargo, dada la estrecha asociación existente entre el nivel educacional de la población femenina y su pertenencia a determinados grupos socioeconómicos, es útil comparar la fecundidad de las mujeres según su nivel educacional. La fecundidad de las mujeres con menos de tres años de educación descendió entre el año 1960 y 1979 desde 9 a 4.8 hijos, mientras que las de aquellas con más de siete años de estudio descendió en el mismo período desde 4.4 a 2.8 hijos por mujer. En otras palabras, mientras en 1960 las mujeres con menor nivel educacional tenían 2.1 veces más hijos que las con mayor educación, en 1979 las mujeres con menos años de estudio tenían 1.7 veces más hijos que aquellas con mayor nivel educacional.

En general, otros estudios permiten sostener que si bien dentro de los países que se encuentran en una etapa de modernización más avanzada las diferencias persisten, éstas tienden a aminorarse. Por el contrario, en los

países con un menor grado de modernización, las diferencias tienden a aumentar, especialmente como consecuencia del acentuado cambio en los patrones reproductivos de las mujeres residentes en las áreas urbanas y que pertenecen a los estratos socioeconómicos medios y altos, expresión a su vez de la existencia de diferentes pautas culturales y del desigual acceso a los servicios de salud y a los métodos anticonceptivos.

2. Estructura de la fecundidad

En todos los países de la región el descenso de la fecundidad ha estado asociado con un incremento de la proporción de nacimientos que tienen lugar entre las mujeres jóvenes, considerando como tales a las menores de 30 años.

Este fenómeno observado en América Latina y el Caribe contrasta con lo que ocurre en los países desarrollados, en los cuales, junto con el descenso de la fecundidad, se ha experimentado una postergación de los nacimientos.

Esta situación se presenta con mayor fuerza en el grupo de países de modernización avanzada. En éstos, ya en el período 1950-1955 más del 60% de los nacimientos provenía de mujeres menores de 30 años. Las únicas excepciones estaban constituidas por Chile y Costa Rica, en los cuales la proporción de nacimientos correspondientes a mujeres de edades jóvenes era de 55.1 y 58.3% respectivamente. En los países de este grupo, en el período 1980-1985, estas proporciones eran iguales o superiores a 65% y alcanzaban un valor extremo en Cuba, en que un 78.2% de los nacimientos provienen de mujeres jóvenes.

En el resto de los países de la región —con las excepciones de El Salvador, Nicaragua y República Dominicana— la proporción de nacimientos en el grupo de las mujeres menores de 30 años correspondía, en el período 1950-1955 a alrededor del 50% del total de los nacimientos. En el período 1980-1985, esta proporción era superior a la de épocas anteriores, pero no alcanzaba a representar el 60% de todos los nacimientos.

Si se recuerda que en los países de la región —con las excepciones de Cuba y Venezuela— son justamente las mujeres jóvenes —las de 20 a 29 años— quienes participan en una mayor proporción en el mercado de trabajo, parece necesario adoptar las políticas sociales que permitan a las mujeres compatibilizar la maternidad con su derecho al trabajo en igualdad de condiciones con la población masculina. (CEPAL, 1988b.)

Uno de los hechos más destacados en relación con la estructura de la fecundidad en América Latina y el Caribe es la elevada proporción de nacimientos de los hijos de madres adolescentes.

Es preciso señalar que la información sobre este fenómeno es limitada. En la mayoría de los países latinoamericanos —cuyos registros de estadísticas vitales son relativamente deficientes— los censos de población, de acuerdo con las recomendaciones de las Naciones Unidas, dirigen las preguntas sobre fecundidad sólo a la población femenina mayor de 15 años. (Naciones Unidas, 1980.)

Aun teniendo presente esta limitación, conviene señalar que al comienzo del período los nacimientos entre mujeres adolescentes representaban más de un 10% del total de los nacimientos en nueve países de la región, mientras que en el período 1980-1985 el número de países en que esta proporción alcanzaba más del 10% se había elevado a trece. Este aumento en la proporción de nacimientos ocurridos en el grupo de las adolescentes es atribuible en parte a que las tasas específicas de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años no han disminuido en la misma proporción que las de las mujeres de otros grupos de edad y que la tasa global de fecundidad.

Llama la atención el hecho que las proporciones de nacimientos entre adolescentes son superiores al 10% del total de los nacimientos en países que se encuentran en los dos extremos opuestos respecto de los niveles de desarrollo en la región: a) en todos los países de modernización avanzada --entre los que se destaca el caso de Cuba, en que el 17.2% del total de los nacimientos tiene lugar entre adolescentes-- y b) en cuatro de los seis países de modernización incipiente.

Las causas de este fenómeno en el caso de América Latina y el Caribe no están suficientemente claras. Parece sorprendente que el aumento de la fecundidad entre las adolescentes se produzca en un período en que, como se verá más adelante, existe un mayor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Una hipótesis podría ser que la mayor proporción de nacimientos entre las mujeres adolescentes está asociada a un ingreso más temprano a la unión conyugal o a algunos aspectos de la modernización que facilitan una mayor interacción entre los jóvenes. Este hecho, vinculado con el cambio de los patrones culturales desde patrones tradicionales hacia otros más modernos que parecieran ser más tolerantes frente a las relaciones sexuales entre los adolescentes, probablemente contribuyen a explicar el aumento de la proporción de nacimientos que tienen lugar entre las adolescentes.

Como lo ha sostenido la Organización Mundial de la Salud (OMS), los nacimientos entre las adolescentes representan un alto riesgo para la salud. Por esta razón parece necesario profundizar en el conocimiento de los factores asociados a los embarazos de adolescentes, así como adoptar las políticas de salud correspondientes para garantizar que se dé atención sanitaria especial a estos embarazos y nacimientos calificados de alto riesgo.

3. La regulación de la fecundidad

En la Conferencia de Nairobi, 1985, así como en la Conferencia Internacional de Población se señaló la necesidad de que los gobiernos --independientemente de cuáles sean sus políticas poblacionales-- promuevan el acceso a los servicios de planificación familiar.

En América Latina y el Caribe la mayor parte de la información sobre el conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos proviene de la Encuesta Mundial de Fecundidad, de encuestas específicas sobre el uso de anticonceptivos, y de las encuestas efectuadas por Westinghouse Health Systems. (Rosero, 1981.) Sin embargo, la información no es completa. No existe información disponible para todos los países y tampoco hay completo acuerdo en

cuanto a qué métodos incluir en la definición de anticonceptivos, habiéndose planteado básicamente la diferencia respecto de la inclusión o exclusión de los métodos tradicionales. Las informaciones utilizadas en este informe incluyen todos los métodos, con la sola excepción de la prolongación de la lactancia y la abstinencia postparto.

Es posible sostener que en América Latina y el Caribe el conocimiento de la existencia de métodos anticonceptivos está ampliamente difundido. En la mayoría de los países de la región sobre los cuales se dispone de información proveniente de la Encuesta Mundial de Fecundidad, cerca del 100% de las mujeres que habían estado alguna vez casadas o unidas consensualmente habían oído hablar acerca de la existencia de métodos para regular la fecundidad. El conocimiento era menor sólo en Haití (85%), México (88%) y Perú (83%).

Sin embargo, el acceso efectivo a la regulación de la fecundidad no está igualmente difundido y difería marcadamente según el grado de desarrollo de los países. (Naciones Unidas, 1984.)

En los países de modernización avanzada sobre los cuales se dispone de información, la proporción de mujeres casadas o consensualmente unidas que en el momento de las encuestas realizadas alrededor de 1980 usaba algún método anticonceptivo, fluctuaba de 50 a 64%; en los países grandes de modernización acelerada y desequilibrada esta proporción asciende en promedio a 37%; en los países pequeños de modernización parcial, a alrededor de 30%; y, por último, en los países de modernización incipiente alcanza a sólo alrededor de 20%.

Por otra parte, en todos los países de la región para los cuales se dispone de información existen grandes diferencias en cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos entre las áreas urbanas y las rurales, diferencias que se acrecientan en los países de modernización más reciente.

Podría sostenerse que las diferencias existentes tanto entre los países como dentro de los mismos en relación con la proporción de mujeres casadas o unidas consensualmente que utiliza métodos anticonceptivos no deberían ser sorprendentes, y suponer que ellas están asociadas simplemente a diferencias en cuanto a los patrones reproductivos imperantes. Sin embargo, al intentar evaluar en qué medida las mujeres de la región disfrutaban de sus derechos, es importante intentar conocer si la mujer, como parte de la pareja humana, tiene acceso a los medios necesarios para decidir libremente el número de hijos por procrear.

Una de las formas de conocer mejor este fenómeno es comparar la proporción de mujeres que declaran haber tenido al menos el número de hijos deseado con la proporción de mujeres casadas o unidas consensualmente que utiliza algún método anticonceptivo. Puesto que no sólo utilizan métodos anticonceptivos aquellas mujeres que desean poner fin al crecimiento de la familia, sino también aquellas que desean espaciar los nacimientos, es posible esperar que la proporción de estas mujeres que utiliza algún método anticonceptivo sea superior a la de aquellas que han declarado haber tenido al menos el número de hijos deseado.

Sin embargo, esta situación se presenta sólo en tres de los países para los cuales se cuenta con información —Costa Rica, Panamá y Venezuela—,

pertenecientes al grupo calificado como de modernización avanzada y en uno --Paraguay-- de modernización acelerada.

Las diferencias entre la proporción de mujeres unidas en matrimonio o consensualmente que utiliza algún método anticonceptivo y aquellas que han declarado haber tenido al menos el número de hijos deseado son mayores dentro de los países según el lugar de residencia de las mujeres.

En las grandes ciudades, en la mayoría de los países, las diferencias son positivas, lo cual indicaría un mayor acceso a la utilización de métodos anticonceptivos. Las únicas excepciones son los casos del Perú y Haití.

En cambio, en las áreas rurales ocurre lo contrario. Sólo en Costa Rica es superior la proporción de mujeres que utiliza algún método anticonceptivo que aquella que ha declarado tener ya el número de hijos deseado.

4. El aborto en América Latina y el Caribe

No es posible referirse al comportamiento reproductivo de las mujeres en la región sin mencionar la incidencia del aborto.

Una de las consecuencias de la limitación del acceso a la utilización de métodos anticonceptivos --considerando como tal las posibilidades socioculturales, económicas y geográficas que tienen las mujeres de utilizar métodos anticonceptivos-- es la existencia en la región de un problema que casi siempre se oculta: la realización de un número incierto de abortos realizados muchas veces en condiciones tales que ponen en riesgo la vida de la mujer.

El aborto inducido es legal sólo en Cuba. En el resto de los países constituye un delito penado por las respectivas legislaciones.

Por esta razón es extremadamente difícil conocer la magnitud real del fenómeno. Sin embargo, existe consenso en considerar que la incidencia del aborto inducido es elevada. Los diversos estudios sobre el tema coinciden en sostener que en la región existe una elevada proporción de abortos inducidos, practicados mediante la utilización de procedimientos primitivos, peligrosos y sépticos y que la mortalidad es cuatro veces mayor que la que produce un embarazo de término. (Weisner, 1986.)

El aborto practicado en tales condiciones pone en muchos casos en peligro la vida de la madre y la mayoría de las veces provoca un profundo impacto síquico y graves secuelas orgánicas en las mujeres que abortan, con las consiguientes consecuencias familiares y sociales.

A pesar de las limitaciones existentes para conocer su incidencia real en la sociedad latinoamericana, existen algunos estudios que ayudan a aproximarse al fenómeno.

Diversas fuentes entregan informaciones sobre el aborto sin hacer distinción entre el aborto espontáneo y el aborto inducido. Por la aplicación de sanciones penales al aborto inducido en las sociedades latinoamericanas,

parece razonable la expresión de Rosero quien se refiere a "tasas aparentes de aborto", considerando que muchas mujeres tienden a no declarar los abortos inducidos.

Hechas estas consideraciones se entregan a continuación los resultados de encuestas sobre el tema realizadas por el CELADE alrededor del año 1970, en cuatro capitales latinoamericanas. (CELADE, 1973.)

Según dichas encuestas en estas ciudades entre el 10 y el 22.5% de los embarazos terminan en aborto. En efecto, en Bogotá el 11.5% de los embarazos de mujeres de 15 a 49 años termina en aborto, proporción que alcanza al 22.5% en el caso de Lima, al 19.7% en Panamá y 21.9% en el caso de Buenos Aires. En Costa Rica, diversas investigaciones sobre el aborto en San José dieron como resultado proporciones de abortos por embarazo que fluctúan entre un 8.7% y un 11.9%. Por otra parte, según una encuesta realizada en Managua en 1968, un 10% de los embarazos termina en aborto. (Rosero, 1976.) (Pérez, 1970.)

Según la información recogida por las mismas encuestas, a partir de los 30 años aumenta sustancialmente la proporción de embarazos que terminan en aborto. Así por ejemplo, en Lima, el 40% de los embarazos de mujeres entre 40 y 44 años terminan en aborto. Esta proporción asciende al 50% en los casos de Panamá y Bogotá y en Buenos Aires, el 75% de los embarazos de mujeres de 40 a 44 años tiene como término un aborto.

La proporción de abortos por embarazo es una medida útil puesto que permite conocer la frecuencia de la práctica del aborto entre las mujeres expuestas al riesgo de abortar, esto es las embarazadas. Sin embargo, dado que esta medida mide el riesgo de los abortos en función de los embarazos y depende por lo tanto de la frecuencia de éstos, no da una medida de la incidencia real del aborto.

Para conocer su incidencia es necesario utilizar la relación abortos por mujeres en edad fértil. Como consecuencia de lo anterior, al analizar la proporción de abortos por mujeres en edad fértil, es posible constatar que en valores absolutos el aborto tiene una mayor incidencia en las edades centrales del período reproductivo, esto es entre las mujeres de 20 a 34 años, edades en las cuales es mayor la frecuencia de los embarazos.

La carencia de informaciones y la importancia del problema por sus consecuencias para la mujer que tiene un aborto, para la familia y la sociedad, hace necesario incorporar su estudio en las investigaciones que se realicen sobre el comportamiento reproductivo de las mujeres.

II. LA MORTALIDAD DE LAS MUJERES

La prolongación y el bienestar de la vida de hombres y mujeres ha constituido desde siempre uno de los objetivos de la humanidad.

Durante el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, la preocupación por el mejoramiento de las condiciones de salud de la mujer se expresó en su incorporación como uno de los temas prioritarios con relación a la participación de la mujer en el desarrollo.

Como resultado de tal debate, en las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer se hizo un llamado a "prestar atención a la creación y fortalecimiento de servicios de atención primaria de salud, teniendo debidamente en cuenta los niveles de fecundidad y de mortalidad materna e infantil, las necesidades de los grupos más vulnerables y la necesidad de controlar las enfermedades epidémicas y endémicas locales". Por otra parte, se insta a los gobiernos que aún no lo hayan hecho a "emprender en cooperación con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), planes de acción relativos a la mujer en la salud y el desarrollo a fin de identificar y reducir los peligros para la salud femenina y promover positivamente la salud de la mujer en todas las etapas de la vida".

A este objetivo pueden y deben contribuir, por una parte, el mejoramiento de las estadísticas e indicadores demográficos relacionados con la mortalidad y, por la otra, la ampliación del ámbito de sus usuarios, incluyendo entre ellos no sólo a los organismos gubernamentales cuya función es atender la salud de la población sino también a las propias mujeres que, como se señala en el mismo documento, "deben participar en la formulación y planificación de sus necesidades en materia de educación sanitaria".

Desde el ámbito de la demografía, las estadísticas sobre la mortalidad pueden contribuir efectivamente al cumplimiento de los objetivos antes señalados.

En América Latina y el Caribe, los registros de estadísticas vitales constituyen la fuente directa de información sobre la mortalidad. A través de ellos es posible conocer los niveles, tendencias y diferencias de la misma y las causas que ocasionan las defunciones.

Es reconocida la deficiencia de los registros de estadísticas vitales en la mayoría de los países de la región. El subregistro alcanza en la mayoría de

los países a más del 20% de las defunciones y en muchos casos sobrepasa el 40%. Sólo en los países pertenecientes al grupo de modernización avanzada, si bien no en todos, el subregistro es inferior a un 10%. (Chackiel, 1987.)

Debido a estas limitaciones se utilizan los censos de población como fuente alternativa para estimar los niveles de mortalidad, los cuales, mediante la aplicación de métodos indirectos, permiten estimar la mortalidad infantil y la mortalidad adulta.

1. El descenso de la mortalidad femenina en la región

En el periodo transcurrido entre el año 1950 y 1980 se produjo en la región un descenso significativo de la mortalidad femenina, con la consiguiente prolongación de la vida. Es posible apreciar esta reducción a través del análisis de la esperanza de vida al nacer.

Entre los países de modernización avanzada dos de ellos --la Argentina y el Uruguay-- tenían al comienzo del periodo bajos niveles de mortalidad femenina, con esperanzas de vida al nacer superiores a los 65 años. En ellos se produjo durante el periodo un descenso de la mortalidad que significó un aumento de la esperanza de vida al nacer de 9 y 4 años, respectivamente.

El resto de los países pertenecientes a este grupo --Costa Rica, Cuba, Chile, Panamá y Venezuela-- tenían al comienzo del periodo niveles de mortalidad femenina moderadamente bajos, con esperanzas de vida al nacer superiores a los 56 años. En ellos se produjo un descenso de la mortalidad relativamente importante, alcanzando al final del periodo esperanzas de vida superiores a los 72 años.

Los países grandes de modernización desequilibrada --el Brasil, Colombia y México-- tenían al comienzo del periodo mortalidad moderadamente alta, expresada en una esperanza de vida en 1950-1955 de alrededor de 52 años y al final del periodo, la esperanza de vida de la población femenina había aumentado a más de 66 años, lo que significa más de 14 años de ganancia en la esperanza de vida al nacer.

Los países pequeños de modernización parcial así como los países de modernización incipiente, tenían al comienzo del periodo una mortalidad femenina alta --con la excepción de Paraguay donde la esperanza de vida al nacer de las mujeres en 1950-1955 era de 64.6 años--, con esperanzas de vida de alrededor de 45 años. En ellos la mortalidad tuvo un importante descenso, con ganancias superiores a los 15 años en la esperanza de vida al nacer. En la mayoría de ellos las mujeres tienen en la actualidad esperanzas de vida al nacer sobre los 61 años. Las únicas excepciones son Bolivia y Haití, en los cuales las esperanzas de vida al nacer de las mujeres son 53.0 y 54.4 años respectivamente.

Como es posible concluir de la información a que se ha hecho alusión, la esperanza de vida al nacer de las mujeres aumentó más en los países cuyos niveles de mortalidad eran muy altos al comienzo del periodo. Esto fue posible gracias a la aplicación de medidas de bajo costo, que produjeron notables aumentos en la esperanza de vida de la población femenina. Sin embargo, como

se verá con algunos ejemplos al analizar la mortalidad de las mujeres según sus causas, aún mueren muchas mujeres como consecuencia de enfermedades que son evitables. Existe, por lo tanto, un amplio campo para que los gobiernos pongan en marcha políticas de salud encaminadas a reducir aún más la mortalidad femenina, aumentando con ello la esperanza de vida de las mujeres de la región.

Para la elaboración de políticas orientadas a crear condiciones de bienestar para las mujeres es importante considerar que, junto con el aumento de la esperanza de vida de la población femenina, se han acrecentado las diferencias existentes entre la esperanza de vida de hombres y mujeres. Esta diferencia, que en el período 1950-1955 en la mayoría de los países era de aproximadamente 3 años, en la actualidad es alrededor de 6 años.

Las causas de las mayores esperanzas de vida al nacer de las mujeres con respecto a los hombres, como se señalará más adelante, son motivo de debate.

De tales diferencias podría concluirse erróneamente que las mujeres se encuentran en una situación ventajosa respecto a la población masculina con relación a su salud. Sin embargo, si bien es cierto que probablemente existe tal ventaja desde el punto de vista genético, ésta se podría expresar en toda su potencialidad si, como se verá más adelante, no existieran indicios de que también en el ámbito de la atención sanitaria las mujeres son objeto de discriminación en función de su género.

2. Las causas de muerte de la población femenina

Como se señaló en párrafos anteriores, para la elaboración de políticas de salud de la población femenina es de especial importancia disponer de estadísticas adecuadas sobre las causas de muerte.

En efecto, el conocimiento de la estructura de las causas de muerte puede proporcionar elementos que contribuyan a orientar los esfuerzos de los organismos de salud en la dirección más adecuada y, si se dispone de esta información con un apropiado nivel de desagregación por edades, según su área de residencia además de otras características que permitan identificar la pertenencia de las mujeres a determinados grupos socioeconómicos, sería posible orientar los esfuerzos de salud hacia los grupos más vulnerables de la población femenina.

Sin embargo, en la región la información relacionada con las causas de muerte adolece de severas limitaciones, que impiden una utilización extensiva de la misma.

En efecto, sumado al subregistro de las defunciones a que ya se ha hecho alusión, en la mayoría de los países existe en los registros de defunciones una elevada proporción de causas mal definidas e igualmente altas proporciones de registros que no contienen información sobre la causa de la defunción.

Sólo cinco países de la región disponen de información sobre causas de muerte que puede ser calificada de muy buena y tres en los cuales la

información se considera relativamente buena. En el resto de los países la información es considerada poco confiable o deficiente.^{4/}

Si se examina la información disponible con la debida cautela se advierten las diferencias existentes en la estructura de las causas de muerte entre los países de la región alrededor de 1980.

En los países de modernización avanzada ocupan los primeros lugares entre las causas de muerte tanto de las mujeres como de los hombres aquellas enfermedades cuya disminución está asociada al avance científico, como es el caso de los tumores malignos. Por otra parte, teniendo en cuenta que estos países tienen poblaciones más envejecidas, ocupan también los primeros lugares entre las causas de muerte enfermedades degenerativas, las afecciones cerebrovasculares o las enfermedades del corazón.

En contraste con esta situación, en los países que han alcanzado un menor nivel de modernización, entre las causas de muerte de primera importancia figuran enfermedades cuya disminución está asociada a la adopción de medidas de saneamiento ambiental o a la expansión de la cobertura de los servicios primarios de salud. Tal es el caso de la enteritis y otras enfermedades diarreicas, el sarampión y otras dolencias.

3. Las causas de muerte y su relación con el cambio de la esperanza de vida de las mujeres

Si se dispusiera de la información adecuada sobre las causas de muerte de la población femenina podría conocerse más a fondo la forma en que cada una de ellas contribuye al cambio en la esperanza de vida entre dos periodos, o entre poblaciones diferentes.^{5/}

Sólo a modo de ejemplo se señalan algunos de los resultados más importantes obtenidos mediante la aplicación del método de Pollard en los casos de Guatemala, São Paulo y México que permiten conocer más en detalle la forma en que ha tenido lugar el cambio en la mortalidad de la población femenina y llamar la atención sobre algunos comportamientos de este cambio que deberían ser objeto de estudios más profundos. (Pollard, 1986.)

En Guatemala, entre el periodo 1969-1979 las mujeres experimentaron un aumento de la esperanza de vida de 7.6 años. A través de la aplicación del procedimiento antes mencionado se verifica que la mayor contribución a este aumento es atribuible a la disminución de algunas de las causas de muerte calificadas como evitables. En efecto, para ambos sexos contribuyeron positivamente al aumento de la esperanza de vida al nacer en primer lugar causas consideradas como "evitables por medidas de saneamiento ambiental" —cuya disminución significó que la esperanza de vida de las mujeres al nacer aumentara en 3.4 años—, y en segundo lugar las causas "evitables por prevención a través de la vacunación", que contribuyeron a aumentar la esperanza de vida al nacer de las mujeres en 0.3 años. (Díaz, 1987.)

Por el contrario, entre las causas evitables, en el caso de las mujeres influyeron negativamente en el cambio en la esperanza de vida aquellas consideradas "evitables por diagnóstico precoz" —entre las cuales se

encuentran los tumores malignos a la mama y al útero, cuya incidencia aumentó durante el período-- y aquellas "evitables por un conjunto de medidas mixtas".

En São Paulo, a diferencia del caso de Guatemala, se aplicó el mismo procedimiento y se comprobó que todas las causas consideradas como evitables tuvieron un efecto positivo en el cambio en la esperanza de vida de las mujeres ocurrido durante el período 1975-1983. La misma información permitió constatar que también en este caso la mayor contribución al aumento de la esperanza de vida de las mujeres --1.6 años-- fue la disminución de las muertes evitables a través de medidas de saneamiento ambiental. (Yasaki, 1986.)

En el caso de México, las mujeres aumentaron su esperanza de vida durante el período 1969-1982 en 7.3 años, 6/ cuatro de los cuales se debieron a la disminución de las defunciones ocasionadas por causas consideradas evitables. Entre ellas, el efecto positivo más importante fue el resultado de la disminución de las muertes evitables por la adopción de medidas de saneamiento ambiental y por medidas mixtas tendientes a disminuir las enfermedades asociadas a las infecciones respiratorias y las neumonías. (Rodríguez, 1988.)

Por el contrario, tuvieron un efecto negativo en el cambio de la esperanza de vida de las mujeres las muertes evitables por medidas mixtas en la primera infancia y aquellas ocasionadas por la violencia.

Como queda de manifiesto por los ejemplos citados, en los tres casos la adopción de medidas relacionadas con el saneamiento ambiental y realización de programas de vacunación masiva han contribuido efectivamente a disminuir la mortalidad de la población femenina.

Sin embargo, pese a los avances logrados en el aumento de la esperanza de vida de las mujeres es evidente que siguen existiendo amplias posibilidades de mejorar las condiciones de salud de la población femenina y por consiguiente aumentar la esperanza de vida de las mujeres. Eso queda de manifiesto cuando se hizo en Guatemala el ejercicio de estimar cuánto aumentaría la esperanza de vida de las mujeres si hipotéticamente se llegara al caso extremo de eliminar determinados grupos de causas evitables. En efecto, pudo concluirse que la esperanza de vida al nacer de las mujeres aumentaría en 1.53 años si se eliminaran las muertes ocasionadas por enfermedades evitables por vacunación y tratamiento preventivo, 0.44 años si se eliminaran aquellas evitables por diagnósticos y tratamiento precoz, 4.2 años si se eliminaran las muertes que podrían ser evitadas a través de medidas de saneamiento ambiental y 4.8 años si se eliminaran las ocasionadas por causas evitables por medidas mixtas.

4. Las diferencias en las causas de muerte entre hombres y mujeres

Como se señaló en párrafos anteriores es sabido que las mujeres tienen una esperanza de vida superior a la de los hombres.

Aun cuando no existe completo acuerdo sobre la explicación del fenómeno, entre las opiniones predominantes se encuentran aquellas que asocian este

hecho a diferencias genéticas asociadas con la función reproductiva de las mujeres.

Sin embargo es importante llamar la atención sobre el hecho de que la menor mortalidad de las mujeres no es sistemática en todas las edades ni es similar el comportamiento de las diferencias de la mortalidad de hombres y mujeres con respecto a todas las causas de muerte.

Al aplicar en el caso de México el procedimiento propuesto por Pollard para comparar las diferencias existentes entre hombres y mujeres en cuanto a la contribución de las distintas causas de muerte se observó que en algunas edades entre las mujeres existe una mayor mortalidad por causas evitables que las ocurridas en el caso de los hombres. Este hecho mueve a pensar en la incidencia negativa de factores culturales asociados a la discriminación de que es objeto la mujer en la sociedad.

En efecto, en México, en el período 1980-1981, las mujeres tenían una esperanza de vida al nacer superior en 7.2 años a la de los hombres. Sin embargo, la mortalidad entre las niñas de 1 a 4 años era mayor que la de los varones como consecuencia de defunciones producidas por todas las causas que son susceptibles de evitar. Si se parte de la base que las campañas preventivas de vacunación, los medios disponibles para el diagnóstico precoz, las medidas de saneamiento ambiental o la posibilidad de evitar las muertes por accidentes o por violencia son universales, es posible pensar en la existencia de patrones culturales imperantes en la sociedad que moverían a la familia a prestar mayor atención a los varones que a las niñas.

Por otra parte el ejemplo de México también reveló una sobremortalidad femenina a partir de los 25 años como consecuencia de defunciones que serían evitables por diagnóstico precoz. Este hecho, a diferencia de la situación anterior, es la consecuencia de la incidencia de enfermedades que por su naturaleza afectan sólo a la mujer, como es el caso del cáncer a la mama y el cáncer al útero.

Por último, al referirse a las causas de muerte que influyen negativamente en la esperanza de vida de las mujeres con respecto a la de los hombres es importante señalar que, además de aquellas que afectan sólo a la mujer, existe una --la diabetes-- que sistemáticamente afecta negativamente la esperanza de vida de las mujeres en relación con la de los hombres y cuya incidencia es elevada y en todos los países de la región figura entre las 10 principales causas de muerte.

5. La mortalidad materna

Entre las causas de muerte de la población femenina, merece una atención especial la mortalidad materna. Se entiende por tal "la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales". (OPS, 1986a.)

El conocimiento de la incidencia de la mortalidad materna se obstaculiza por el subregistro de los sistemas de estadísticas vitales y las limitaciones ya mencionadas de la información sobre causas de muerte. En el caso de la mortalidad materna el problema se agrava si se considera que en las áreas donde la mortalidad materna es más alta el subregistro es mayor.

Existe consenso en considerar que la mayor parte de las muertes asociadas al embarazo son susceptibles de ser evitadas. Como se señala en el documento de la OPS "una defunción materna es, en el mundo de hoy tan anacrónica e ilógica como las muertes por frío". (OPS, 1986b.)

Sin embargo, en América Latina y el Caribe aún existen niveles altos de mortalidad materna. En efecto, entre las mujeres en edad fértil las defunciones por efecto de las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio figuran frecuentemente entre las cinco primeras causas de la mortalidad femenina.

Aun cuando durante el período 1950-1980 la mortalidad materna experimentó un descenso, en el período 1980-1984 aún las más bajas tasas de mortalidad materna existentes en la región son sensiblemente superiores a las prevalecientes en los países desarrollados.

En la actualidad en muchos países de América Latina y el Caribe, la proporción de defunciones es superior a 30 por cada 10 mil nacidos vivos, mientras que en Canadá y Estados Unidos ésta es de 0.5 y 0.8 por cada 10 mil nacidos vivos.

Dentro de la región existen marcadas diferencias en la incidencia de la mortalidad materna según el nivel de modernización alcanzado por los países. La mortalidad materna en la región es más elevada 1) en los países en los cuales existen altos niveles de fecundidad, como consecuencia de la elevada proporción de nacimientos en edades de alto riesgo, 2) en aquellos en que es baja la proporción de partos que tienen lugar en instituciones de salud y 3) donde existen elevadas tasas de aborto, considerado desde el punto de vista clínico como una de las principales causas de mortalidad materna. Mientras en la mayoría de los países de modernización avanzada las tasas de mortalidad materna fluctúan entre 3 y 6 por cada 10 mil nacidos vivos, en los países de modernización incipiente oscilan entre 20 y 50 por cada 10 mil nacidos vivos.

El mayor descenso de la mortalidad materna se produjo en tres países pertenecientes al grupo de modernización social avanzada --Costa Rica, Cuba y Chile-- en los cuales en la actualidad es la mitad de la existente hace dos décadas.

El mejoramiento de las estadísticas relacionadas con la mortalidad materna y sus factores afines puede contribuir efectivamente a facilitar una adecuada orientación de las políticas institucionales destinadas a ampliar la cobertura de los servicios de salud, y a adoptar las medidas tendientes a facilitar el acceso sociocultural, económico y geográfico a los servicios de salud relacionados con la atención del embarazo y el puerperio.

III. EL CAMBIO EN LA ESTRUCTURA POR EDADES DE LA POBLACION FEMENINA

Como consecuencia especialmente del descenso de la fecundidad y del efecto, en menor medida, de la caída de la mortalidad y del tipo de la migración internacional, América Latina y el Caribe, considerada habitualmente como una región joven, ha experimentado un cambio en la estructura por edades de su población, tendiendo hacia un proceso de envejecimiento.

Al interior de la región existen situaciones muy disímiles como consecuencia del diferente ritmo con que se ha desarrollado en cada uno de los países el proceso de transición demográfica.

En efecto, en la elaboración de políticas orientadas hacia la mujer es importante considerar el peso relativo de la población femenina perteneciente a los diferentes grupos de edades. En los párrafos siguientes se hace referencia a la importancia relativa en los países de la región de la población femenina de 0 a 19 años —equivalente a la población en edad preescolar y escolar—, a la población de 20 a 59 años —correspondiente a quienes se encuentran en edad de trabajar— y a la población mayor de 60 años —que correspondería a la población de la denominada "tercera edad".

De esta manera, conforme al curso que ha seguido la transición demográfica es posible diferenciar los siguientes cuatro grupos de países:

a) Países de estructura por edad muy joven. Forman parte de este grupo Bolivia, Guatemala, Honduras y Nicaragua. En estos países es elevada la proporción de población femenina menor de 19 años, y baja la proporción de población femenina de 20 a 59 años y mayor de 60 años.

b) Países de población relativamente joven. Este grupo de países está constituido por Ecuador, El Salvador, Haití, Paraguay y el Perú. En ellos continúa teniendo un peso elevado la población femenina menor de 19 años y es relativamente baja la proporción de la de 20 a 59 años y la mayor de 60 años, aunque levemente superior a la de los países del grupo anterior.

c) Países de población relativamente envejecida. Este grupo está compuesto por Brasil, Colombia, Costa Rica, México y Panamá. En estos países, si bien siguen siendo elevadas las proporciones de la población femenina menor de 19 años y de 20 a 59 años y relativamente baja la proporción de la población femenina mayor de 60 años, las proyecciones sobre el curso que seguirá la transición demográfica indican que, a diferencia de los países

pertenecientes a los dos grupos anteriores, en el futuro próximo tendrán poblaciones que podrán ser calificadas de envejecidas.

d) Países con población envejecida. Forman parte de este grupo Argentina, Cuba, Chile y Uruguay. En estos países ya en la década de 1980 la población femenina mayor de 60 años representaba una proporción cercana o superior al 10% de la población femenina.

Queda así de manifiesto que en los países que concentran los mayores volúmenes de población: Argentina, Brasil, Colombia y México, además de Cuba, Chile y Uruguay, la situación de las mujeres mayores de 60 años adquiere especial importancia en el presente o en el futuro próximo.

Este hecho pone de relieve cuan importante es prestar especial atención a la situación de las mujeres mayores que, como se señaló reiteradamente durante el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, constituyen uno de los sectores más vulnerables de la sociedad. En efecto, la mayor parte de los últimos años de vida de las mujeres mayores están marcados por la soledad, el abandono y la insuficiente satisfacción de sus necesidades básicas. Por esta razón es necesario un adecuado conocimiento de las condiciones de vida de este sector de la población femenina para elaborar las correspondientes políticas sociales tendientes a mejorar sus condiciones de vida.

IV. LA MIGRACION FEMENINA

1. La migración interna

En América Latina y el Caribe millones de mujeres que habitan en las ciudades provienen de las áreas rurales.

La mayoría de ellas tiene bajos niveles de instrucción, llegan a vivir en precarias condiciones, se enfrentan a graves problemas de adaptación como consecuencia de la separación de su familia de origen y muchas veces de sus propios hijos, y de la llegada a un medio en el cual prevalecen pautas culturales diferentes a aquellas aplicadas en su socialización.

Para las sociedades nacionales constituye por lo tanto un deber considerar a las mujeres migrantes internas como un grupo de la población femenina que merece especial atención. Para estos grandes contingentes de la población femenina aparece como necesario desarrollar las políticas pertinentes orientadas a facilitar su adaptación al nuevo entorno, su inserción en el mercado laboral, a enfrentar sus problemas de vivienda, creando así mejores condiciones para el desarrollo de su vida.

En América Latina y el Caribe tuvo lugar durante el período transcurrido entre 1950 y 1970 una masiva migración desde las áreas rurales a los centros urbanos. Tal proceso fue la consecuencia de las transformaciones estructurales ocurridas en la región durante el período, que se expresaron tanto en cambios en la estructura agraria como en las transformaciones de la estructura productiva de las áreas urbanas.

En efecto, la intensificación de las relaciones de producción de tipo capitalista en el campo y la consiguiente ruptura de las formas más tradicionales de asentamiento de la población, especialmente en los grandes predios, constituyó uno de los elementos desencadenantes de la masiva migración del campo a la ciudad.

Por otra parte también contribuyó al traslado de vastos contingentes de población desde las áreas rurales a las urbanas la diversificación de la estructura productiva urbana asociada con el proceso de sustitución de importaciones. El desarrollo de la industrialización en una primera etapa ofreció a la población de las áreas rurales mayores posibilidades de inserción en el mercado laboral urbano. En el caso de las mujeres, el desarrollo de la industria textil y de los servicios tuvo especial relevancia para la migración femenina.

Existe consenso en considerar que existió un predominio femenino entre los 29 millones de latinoamericanos que durante el período 1950-1970 migraron del campo a la ciudad. Tal predominio fue mayor en el caso de aquellas corrientes migratorias que tuvieron como destino los grandes centros urbanos. (Gatica, 1980.)

En la última década se ha producido una desaceleración del proceso migratorio desde las áreas rurales a las urbanas. Sin embargo, este cambio general en la tendencia, se manifestó en mucho menor medida en el caso de las mujeres.

Es difícil conocer la situación de las mujeres migrantes al interior de los países por la limitada información estadística existente.

Los censos de población --además de las encuestas específicas sobre el tema-- deberían constituir la fuente más completa para conocer este fenómeno que afecta a millones de mujeres en la región. Según las recomendaciones de los organismos pertinentes de las Naciones Unidas, en los censos de población se debería investigar además del lugar de nacimiento, el lugar de residencia en una fecha fija especificada del pasado, considerando especialmente útil la incorporación de una pregunta sobre el lugar de residencia cinco años antes de la fecha del censo. Sin embargo, son pocos los países de la región que incorporan tal pregunta, lo que dificulta el conocimiento de la migración interna y por ende la situación de las mujeres migrantes. Sin embargo, pese a la carencia de la información estadística necesaria, a través del análisis de los índices de masculinidad existentes en las áreas rurales y urbanas es posible inferir la magnitud del fenómeno tanto en el pasado como en la actualidad.

Un indicador de que la población femenina continúa migrando desde el campo a la ciudad son los índices de masculinidad extremadamente altos existentes en las áreas rurales, según las informaciones provenientes de los censos levantados alrededor del año 1980. En efecto, en las áreas rurales de los países de la región los índices de masculinidad en todos los grupos de edades son muy superiores a los esperados en una población en la que no se generen migraciones.

Sólo a modo de ejemplo, es importante señalar que en los países de modernización avanzada alrededor del año 1980, los índices de masculinidad en las áreas rurales --con la excepción de Costa Rica-- son superiores a 110, alcanzando un valor extremo en el Uruguay, en el cual es 132.

En el resto de los países de la región los índices de masculinidad en las áreas rurales son superiores a 100.

Al examinar en las áreas rurales el comportamiento de este índice por grupos de edades se advierte que adquiere elevados valores en las edades más avanzadas --que pueden ser un indicador de la migración ocurrida en las décadas anteriores. Sin embargo, también en las edades más jóvenes existe en las áreas rurales una fuerte sobrerrepresentación de población masculina, lo cual hace más plausible la hipótesis de que las mujeres continúan emigrando a las ciudades.

Por otra parte, en las últimas décadas ha cobrado especial importancia en el caso de las mujeres la migración rural-rural. Este tipo de migraciones, de carácter predominantemente temporal en el pasado constituyó un fenómeno del cual fueron protagonistas casi exclusivamente los hombres. En la actualidad, por el contrario, las mujeres constituyen una proporción muy importante de los trabajadores agrícolas temporales.

2. La migración internacional de las mujeres

Si las mujeres que migran al interior de sus propios países deben enfrentar un difícil proceso de adaptación, éste es mucho más complejo en el caso de quienes se trasladan de un país a otro.

En las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer se enfatiza la necesidad de otorgar especial atención a las mujeres migrantes, víctimas muchas veces de una doble discriminación, por su condición de mujeres y su calidad de migrantes. Al respecto se señala la necesidad de adoptar las medidas necesarias para proteger y mantener la unidad de la familia, y para garantizarles el acceso al trabajo, a los servicios de salud y en general a los beneficios de la seguridad social en igualdad de condiciones con la población del país de acogida.

Se ha considerado necesario elaborar políticas orientadas a proteger los derechos de las mujeres migrantes porque ellas deben enfrentar mayores problemas como consecuencia, por una parte, del muchas veces difícil proceso de asimilación al modo de vida en el país de acogida y, por la otra, como resultado de la pérdida de su entorno habitual al abandonar sus países de origen.

La información disponible para el conocimiento de la migración internacional es limitada. Los censos de población constituyen la fuente más completa para conocer el fenómeno. Sin embargo ellos adolecen a su vez de importantes limitaciones. Por una parte se ha constatado que existe más omisión en el caso de la población extranjera residente que la existente para la población total. Obviamente este problema es mayor en el caso de aquellos países en que existen importantes contingentes de inmigrantes ilegales. Por otra parte, es necesario considerar que los censos registran a los migrantes existentes en el momento del censo, lo cual representa una importante limitación en aquellos países en que existen movimientos fronterizos importantes de migrantes estacionales.

El análisis que se presenta a continuación sobre los aspectos más destacados de la migración internacional de las mujeres se ha realizado sobre la base de las informaciones disponibles en el proyecto Investigación de la Migración Internacional en Latinoamérica (IMILA) del CELADE. A través de este proyecto se ha recopilado la información registrada en los censos de cada país sobre los extranjeros presentes en el momento del censo.

Esta información revela que en América Latina y el Caribe durante las últimas décadas se intensificaron las migraciones internacionales intrarregionales a la vez que se incrementó la presencia de latinoamericanos en Estados Unidos, Canadá, Australia y en los países europeos.

En el período 1970-1980 aumentó la presencia de nacidos en el exterior en Costa Rica, Ecuador, México, Paraguay y Venezuela, se incrementó la emigración de argentinos, colombianos, chilenos, paraguayos y uruguayos, y los desplazamientos de población dentro de América Central.

En el marco de estos movimientos internacionales de población se produjo un claro crecimiento de la migración internacional femenina. En efecto, a diferencia de los movimientos de migración internacional que tuvieron lugar en épocas anteriores, compuestos sobre todo por hombres, en los decenios de 1970 y 1980 numerosos grupos de migrantes están compuestos mayoritariamente por mujeres.

Entre los casos más relevantes vale la pena citar la sobrerrepresentación femenina en casi todos los grupos latinoamericanos que actualmente residen en Estados Unidos y Canadá, y el caso de dos grupos de migrantes entre países limítrofes compuestos mayoritariamente por mujeres: los paraguayos en Argentina y los colombianos en Venezuela.

Siendo éstos los casos más importantes por cuanto afectan a vastos contingentes de población femenina, también es necesario señalar que las mujeres constituyen la mayoría entre los migrantes bolivianos a todos los países, así como en el caso de otras corrientes migratorias.

Este incremento experimentado por la migración internacional de las mujeres está asociado a factores de índole muy diversa. En algunos casos se trata del incremento de la demanda en el mercado laboral de países limítrofes de actividades "femeninas", entre las cuales ocupa un lugar de primera importancia el trabajo en el sector de servicios personales, en otros casos es la consecuencia de las políticas de ajuste que han motivado a mujeres muchas veces altamente calificadas a buscar mejores oportunidades de trabajo en países más desarrollados. Por último, en las últimas décadas ha tenido una fuerte influencia en la migración internacional la existencia de conflictos armados y situaciones de emergencia en diversas áreas de la región.

Un ejemplo de la primera situación como se señaló en párrafos anteriores lo constituye el caso de las mujeres colombianas residentes en Venezuela. En 1980 residían en Venezuela según la información censal 261 519 mujeres colombianas, cifra que probablemente ascendería sustancialmente si no existiera la omisión censal. Sus tasas de actividad (44.0%) eran sensiblemente superiores a las de las mujeres colombianas en su país de origen y a las de las mujeres venezolanas. Entre ellas, el 56.3% trabajaba en el sector de servicios personales y el 65.9% de las mujeres mayores de 20 años tenía menos de seis años de estudio.

Una situación similar existe entre las 139 769 mujeres paraguayas que residían en 1980 en Argentina.

Por otra parte en 1980 residían en Estados Unidos 1 951 742 mujeres latinoamericanas, la mayoría de las cuales eran mexicanas, cubanas y dominicanas. Todos los grupos de mujeres latinoamericanas residentes en ese país tenían en el momento del Censo una elevada participación en la actividad económica —con tasas de actividad en la mayoría de los casos superiores al 50%— y, con la excepción de la población femenina procedente de México,

tenían niveles educacionales elevados, habiendo cursado la mayoría más de 12 años de estudio.

Otro tipo de situación es la de las mujeres que han debido abandonar sus países como consecuencia de la existencia de conflictos armados o situaciones de emergencia. Tal como se señaló en las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer "la comunidad internacional reconoce la responsabilidad humanitaria en cuanto a proteger y prestar asistencia a las mujeres refugiadas y a las personas desplazadas" que, como se señala en el mismo documento "son mujeres que en muchos casos están expuestas a una multiplicidad de situaciones difíciles que afectan sus condiciones físicas, legales, así como su bienestar psicológico y material".

Reconociendo que la solución última a los problemas de las mujeres refugiadas reside en la eliminación de las causas que ocasionaron su desplazamiento, se señala la necesidad de desarrollar programas de asistencia legal, educacional, social, humanitaria y moral para las mujeres que se encuentran en esta situación.

Aun cuando las migraciones por tales razones existieron también en periodos anteriores, en algunas áreas de la región este fenómeno adquirió caracteres masivos en las décadas de 1970 y 1980.

Un ejemplo de tal situación se encuentra al analizar la composición de las mujeres inmigrantes en Costa Rica. En este país la población extranjera residente en 1984 creció en un 93% con respecto a la registrada en 1973. Como es evidente, este incremento coincide con la agudización de los conflictos armados en América Central. En 1984 residían 43 559 mujeres extranjeras en Costa Rica, de las cuales 22 533 eran nicaragüenses y 4 674 salvadoreñas. Es posible apreciar la diferencia en cuanto a su situación con respecto a los casos descritos en párrafos anteriores al observar su participación en la actividad económica. Así por ejemplo, en el caso de las mujeres provenientes de Nicaragua tenían en 1984 una tasa de actividad de 18.2% que, como se puede constatar, es sensiblemente inferior a la de las mujeres migrantes mencionadas anteriormente. (Pellegrino, 1988.)

Las situaciones antes descritas muestran que la migración internacional de las mujeres de la región constituye un fenómeno que no puede ser considerado marginal y sobre el cual es necesario perfeccionar las estadísticas adecuadas con el objeto de facilitar la elaboración de las políticas orientadas a proteger sus derechos.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el presente documento se ha realizado un examen somero de las estadísticas e indicadores que reflejan los cambios demográficos más importantes para el estudio de la situación de la mujer. Este examen ha revelado la importancia de los cambios ocurridos durante el período 1950-1980, lo cual reafirma, como se sostuvo en los párrafos iniciales de este documento, que la información y el análisis demográfico constituyen un elemento probadamente útil para estudiar la situación de la mujer e imprescindible para la elaboración de políticas tendientes a mejorar su condición en la sociedad.

La información y el análisis disponible en América Latina y el Caribe ponen de manifiesto que, pese a la magnitud de estos cambios, el mejoramiento de la situación de la mujer en la sociedad es aún lento y limitado.

Por otra parte, el examen de las estadísticas demográficas disponibles demuestra que éstas en muchos casos adolecen de severas limitaciones, que dificultan su utilización extensiva tanto para el conocimiento de la situación de la mujer en la sociedad, como para la elaboración de las políticas tendientes a alcanzar su plena participación, en condiciones de igualdad, en todas las esferas de la sociedad.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, se proponen las siguientes recomendaciones:

1. Sugerir a los gobiernos que adopten las medidas necesarias destinadas a mejorar las estadísticas e indicadores relacionados con la condición de la mujer. En este sentido se recomienda:
 - a) Incorporar en los programas regulares de estadística de los países, la recopilación y publicación de estadísticas demográficas para cada sexo con un adecuado nivel de desagregación por edad, según el área de residencia y otras características que permitan identificar sectores de mujeres que deben ser objeto de atención prioritaria.
 - b) Desarrollar las acciones necesarias tendientes a hacer uso efectivo de las estadísticas e indicadores demográficos en el proceso de planificación de políticas orientadas hacia la mujer.

2. Cumplir con los objetivos antes señalados para lo cual se propone:

- a) Adoptar las medidas pertinentes para mejorar las estadísticas e indicadores relacionados con la fecundidad. En este sentido, se sugiere:
 - i) Poner especial énfasis en la captación adecuada de la información sobre la fecundidad de las mujeres durante todo su período reproductivo, incluida la de las adolescentes menores de 15 años.
 - ii) Adoptar las medidas para que las estadísticas relacionadas con la fecundidad incorporen, además de las informaciones sobre hijos nacidos vivos tenidos, hijos nacidos muertos e hijos nacidos en el último año, la información sobre el aborto.
- b) Promover acciones para mejorar las estadísticas e indicadores demográficos sobre la mortalidad de la población femenina en relación con:
 - i) La ampliación de la cobertura de los registros de estadísticas vitales sobre defunciones.
 - ii) El mejoramiento de la información sobre las causas que ocasionaron la muerte.
- c) Adoptar las medidas pertinentes para el conocimiento de la migración interna e internacional de la población femenina. Para ello se sugiere: poner en práctica las recomendaciones emanadas de las Naciones Unidas en relación con la incorporación en los censos de población de preguntas sobre el lugar de nacimiento y la residencia en una fecha fija anterior al censo, preferentemente 5 años antes de la realización del mismo.

3. Promover en los países de la región la realización de investigaciones relacionadas con:

- a) La fecundidad de las mujeres adolescentes y factores afines.
- b) Posibilidad de acceso a los métodos destinados a regular la fecundidad y uso de los mismos.
- c) La incidencia del aborto en la región.
- d) La posible existencia de patrones discriminatorios en función del género, en la atención sanitaria de la población femenina.
- e) La mortalidad materna y sus factores asociados.
- f) Las condiciones de vida de la población femenina de mayor edad.
- g) La situación de las mujeres migrantes.

4. Continuar promoviendo el diálogo permanente entre productores y usuarios de estadísticas e indicadores demográficos, incorporando a este debate a los organismos de estadísticas y de planificación de la región, así como también a las organizaciones no gubernamentales.

5. Continuar desarrollando la cooperación entre organismos de Naciones Unidas, gobiernos y organizaciones no gubernamentales en aras de facilitar la puesta en práctica de las recomendaciones anteriores.

Notas

1/ "Número medio de hijos que tendría cada mujer si todas las mujeres viviesen hasta el final de sus años reproductivos y tuviesen hijos de acuerdo a un conjunto dado de "tasas de fecundidad por edad"; también denominada fecundidad global. Se usa frecuentemente para estimar las consecuencias de la procreación según las tasas observadas", Manual X. Técnicas indirectas de estimación demográfica (ST/ESA/SER.A/81) publicado por las Naciones Unidas en inglés y español en el año 1983, N° de venta: S.83.XIII.2.

2/ La clasificación de los países según el nivel de modernización está basada en Germán Rama, "La evolución social de América Latina (1950-1980): transición y cambio estructural", trabajo presentado al Seminario "Alternativas de Desarrollo en América Latina", Bogotá, 1984.

3/ La clasificación de los países de América Latina propuesta en términos de modernización social por G. Rama define cuatro categorías:

a) Países de modernización avanzada: Argentina, Chile, Uruguay, Costa Rica, Cuba, Panamá y Venezuela.

b) Países grandes de modernización acelerada y desequilibrada: Brasil, Colombia y México.

c) Países medianos y pequeños de modernización parcial: Ecuador, Paraguay, Perú y República Dominicana.

d) Países de modernización incipiente: Bolivia, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras y Nicaragua.

4/ Según la clasificación propuesta por J. Chackiel (1987), se considera las siguientes categorías según la proporción de registros sin información sobre causas de muerte:

Menos de 15%	= muy buena
15 a 24%	= relativamente buena
25 a 39%	= poco confiable
Más de 40%	= deficiente

5/ John Pollard (1986) estableció las relaciones necesarias que permiten determinar la contribución de cada causa de muerte a los cambios en la esperanza de vida.

6/ Se trata de resultados preliminares sobre la base de informaciones no sometidas a procedimientos de corrección.

Bibliografía

- Asociación Demográfica Costarricense, Mortalidad y fecundidad en Costa Rica, San José, 1984.
- Camisa, Zulma, La Nupcialidad de las mujeres solteras en la América Latina, serie A, N° 1034, San José, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), 1977.
- _____, Introducción al estudio de la fecundidad, serie B, N° 1007, San José, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), 1975.
- CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía), Análisis preliminar de algunos datos sobre aborto provenientes de encuestas en América Latina, serie A, N° 118, Santiago de Chile, 1973.
- _____, Boletín demográfico, año XV, N° 29, Santiago de Chile, 1982.
- _____, Boletín demográfico, año XV, N° 32, Santiago de Chile, 1983.
- _____, Boletín demográfico, año XVII, N° 33, Santiago de Chile, 1984.
- _____, Boletín demográfico, año XX, N° 39, Santiago de Chile, 1987.
- _____, Boletín demográfico, año XXI, N° 41, Santiago de Chile, 1988.
- _____, Diferencias socioeconómicas de la fecundidad en Argentina, 1958-1968, San José, 1980.
- _____, Envejecimiento de la población en América Latina, San José, 1972.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), Las restricciones al desarrollo sostenido en América Latina y el Caribe y requisitos para su superación (LC/G.1488(SES.22/3)/Rev.1), Santiago de Chile, 1988.
- _____, Mujer, trabajo y crisis (LC/L.458(CRM.4/6)), Santiago de Chile, junio de 1988.
- Chackiel, Juan, "La investigación sobre causas de muerte en América Latina", Notas de Población, año XV, N° 44 (LC/DEM/G.61), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), agosto de 1987.
- Díaz, Erwin, Causas de muerte en Guatemala, 1969-1979, Secretaría del Consejo de Planificación Económica de la República de Guatemala, Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), San José, 1987.
- Dirección General de Estadísticas y Censos, Diferencias geográficas y socioeconómicas de la fecundidad, 1960-1979, Asunción, 1988.
- _____, Consejo Superior de Planificación Económica (CONSUPLANE), Encuesta demográfica de Honduras (EDENH II, 1983). Fecundidad, San José, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), 1986.
- Dirección de Planificación Global, Departamento de Planificación y Empleo, La fecundidad en Guatemala, 1950-1981, Ciudad de Guatemala, Secretaría del Consejo Nacional de Planificación Económica, 1983.
- Elizaga, Juan C., y J. Macisco, Migraciones internas. Teoría, métodos y factores sociológicos, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), 1975.

- Elizaga, Juan, Migraciones a las áreas metropolitanas de América Latina, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), 1970.
- Gatica, F., "La urbanización en América Latina", Redistribución espacial de la población, Joop Alberts y Miguel Villa, serie E, N° 28, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), 1980.
- Gaslonde, Santiago, Análisis preliminar de algunos datos sobre aborto provenientes de encuestas en América Latina, serie A, N° 118, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), 1973.
- Goldman, Noreen y otros, "Contraceptive failure rates in Latin America", International Family Planning Perspectives, vol. 9, N° 2, Nueva York, 1983.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, Fecundidad y uso de métodos anticonceptivos en México, México, D.F., 1981.
- MIDEPLAN (Ministerio de Planificación), Tablas abreviadas de mortalidad por sexo, 1950, 1963, 1973 y 1984. Tablas quinquenales 1950-2025, San José, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), 1988.
- Naciones Unidas, A Comparative Evaluation of Data Quality in Thirty-Eight World Fertility Surveys (ST/ESA/SER.R/50/Rev.1), Nueva York, 1987.
- _____, "Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer", Informe de la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz, Nueva York, 1986. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.85.IV.10.
- _____, Fertility and Family, Proceedings of the Expert Group on Fertility and Family, Nueva Delhi, 5-11 de enero de 1983 (ST/ESA/SER.R/53), International Conference on Population, 1984, Nueva York, 1984.
- _____, Informe de la Conferencia Internacional de Población, 1984, Nueva York, 1984. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.89.XIII.8.
- _____, La fecundidad y la planificación de la familia en Europa hacia 1970, Nueva York, 1977.
- _____, Principios y recomendaciones para los censos de población y habitación (ST/ESA/STAT/SER.M/67), Nueva York, 1980. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: 80.XVII.8.
- _____, Principios y recomendaciones para un sistema de estadísticas vitales (ST/STAT/SER.M/19/Rev.1), Nueva York, 1974. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.73.XVII.9.
- _____, Recent Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1983 (ST/ESA/SER.A/92), Nueva York, 1984.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo), Familiar Roles and Fertility: Some Labour Policy Aspects (IESA/P/ICP.1984/EG.I/16), International Conference on Population, 1984, Expert Group on Fertility and Family, Nueva Delhi, enero de 1983.
- Okolski, M., Some features of recent male mortality trends in Eastern and Western Europe, Conferencia General de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP), Florencia, 1985.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud), Programa de salud materno-infantil, Documento de referencia sobre el estudio y la prevención de la mortalidad materna, fascículo I, Washington, D.C., 1986a.
- _____, Elementos básicos para el estudio y para la prevención de la mortalidad materna, fascículo II, Washington, D.C., 1986b.
- Pellegrino, Adela, "Migración internacional de latinoamericanos en las Américas", I.I.I.E.S.-UCAB/CELADE, inédito.

- Pérez, I. y L. Almanza, Encuesta sobre aborto inducido, conocimiento y uso de anticonceptivos en la ciudad de Managua, 1968, Managua, Instituto Nacional de Seguridad Social, 1970.
- Pollard, John, Cause of Death and Expectation of Life. Some International Comparisons, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población e Instituto de Estadística, Universidad de Siena, 1986.
- Rodríguez, Leticia, "Causas de muerte en México, 1969-1982", versión preliminar, 1988.
- Rosero, Luis, Fecundidad y anticoncepción en Costa Rica, 1981, San José, Westinghouse Health Systems, Asociación Demográfica Costarricense, 1981.
- _____, Notas sobre el aborto en Costa Rica, San José, Asociación Demográfica Costarricense, 1976.
- Senderowitz, J. y John M. Paxman, "Adolescent fertility: worldwide concerns", Population Bulletin, vol. 40, N° 2, Washington, D.C., Population Reference Bureau, 1985.
- Tietze, C., "Induced abortion: 1975 Factbook", Reports on Population/Family Planning, Nueva York, Population Council, 1975.
- Waldron, Ingrid, "¿Qué sabemos acerca de las diferencias de mortalidad entre los sexos?", Boletín de Población de las Naciones Unidas, N° 18-1985, Nueva York, 1987. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.85.XIII.6.
- Weisner, Mónica, Aborto inducido: estudio antropológico en mujeres urbanas de bajo nivel socioeconómico, Santiago de Chile, Universidad de Chile, 1982.
- _____, Aborto provocado: estudio antropológico en mujeres jóvenes de sectores populares, Santiago de Chile, Universidad de Chile, 1986.
- Westoff, Charles y otros, "Teenage fertility in developed nations, 1971-1980", International family planning perspectives, Nueva York, 1983.
- Yasaki, Lucia, "Contribución de las causas de muerte en la evolución de la mortalidad en el Estado de São Paulo, 1975-1983", Santiago de Chile, 1986, inédito.