Familia, Educación y Anticoncepción*

A. Fuente de datos y metodología

El estudio de la fecundidad humana, y en particular el estudio de la fecundidad latinoamericana, ha presentado hasta el momento interrogantes serios. La variedad de las culturas y la diversidad de las costumbres y de los pueblos hace que las regularidades necesarias para la deducción de "leyes explicativas" sean demasiado contingentes, y que la multiplicidad de los factores que pueden tener alguna importancia para determinar la concepción o el nacimiento de un ser humano no puedan ser fácilmente identificables en todos los casos.

La investigación aquí resumida delimita su campo de interés al área latinoamericana, tomando como escenario las ciudades de San José de Costa Rica, Panamá y Bogotá. Además, circunscribe la atención a un aspecto particular: ¿por qué y en qué forma se realiza la planificación familiar en estas ciudades?

La metodología empleada es un análisis de los datos recogidos a través de las Siete Encuestas Comparativas de Fecundidad Latinoamericana, llevada a cabo en 1964, por el Centro Latinoamericano de Demografía de las Naciones Unidas (CELADE), con sede en Santiago de Chile. Para este análisis se usaron dos conceptos básicos: a) la descendencia ideal y b) la prevención de los nacimientos.

El concepto de *descendencia ideal* se refiere a los planes acerca de la familia, o como se preguntaba en la encuesta, al número de hijos que *debería* tener una familia, o cuántos hijos le gustaría tener a determinada pareja. Por este medio se espera poder detectar alguna diferencia entre esa idea de familia y el número de hijos que las parejas efectivamente tienen en el momento de la encuesta, o sea, *la descendencia real.*

* La investigación delineada en este informe especial es el tema del libro *Familia, Educación y Anticoncepción*, por Alejandro Angulo Novoa que FEDESARROLLO publicará próximamente. La información complementaria sobre la materia y sobre las fuentes bibliográficas del trabajo se encontrará profusamente tratada en esa publicación.

El concepto de *prevención de los nacimientos* abarca, en forma similar, dos aspectos: a) la actitud y los juicios de valor frente a la limitación de los nacimientos y b) el tipo de anticonceptivos y la forma de usarlos.

El trasfondo metodológico supone, pues, que debe existir una cierta coherencia entre lo que la gente expresa como sus ideales o metas en la vida y su conducta concreta.

Los puntos en que esas dos formas de comportamiento ofrezcan diferencias significativas serán consideradas como los puntos críticos del fenómeno, cuyo estudio puede iluminar esas leyes explicativas de la fecundidad a las que se ha hecho referencia.

B. Las poblaciones estudiadas

La encuesta del CELADE recayó sobre la población o universo formado por todas las mujeres de 20 a 25 años residentes en las ciudades capitales de los tres países considerados. Las mujeres que se encontraban en residencias colectivas fueron excluídas por considerarse que presentaban características especiales. Se prescindió, pues, de los conventos, los hospitales y las prisiones. En San José de Costa Rica se llevó a cabo un muestreo estratificado hecho a partir de la muestra censal y teniendo como criterio de estratificación el salario familiar mensual promedio. En Panamá y Bogotá se llevó a cabo un muestreo probabilístico en dos etapas.

El cuadro XI.1 muestra las principales características de las mujeres encuestadas. Las mujeres de las muestras en Bogotá y Panamá son un poco más jóvenes, por lo general. En Panamá 37.3% y en Bogotá 35.2% de las mujeres tienen más de 35 años, mientras que la proporción correspondiente para San José es de 41.3%.

La débil proporción de uniones conyugales rotas y el alto porcentaje de matrimonios en Bogotá es un reflejo de la legislación colombiana sobre el divorcio y la ilegitimidad. La proporción de uniones libres en Panamá es tres veces mayor que la de las otras dos ciudades. Por otra parte, la muestra panameña tiene el más alto nivel de instrucción: 53% de las mujeres han estudiado uno o más años de secundaria, contra 32% en San José y 31% en Bogotá.

La proporción de mujeres sin escuela en Bogotá coincide con que es la capital con la más alta proporción de migrantes venidos del campo. La asociación entre nivel de instrucción y procedencia es sugerida por la gran diferencia que existe entre las facilidades escolares de la ciudad, especialmente la capital, y la carencia de las mismas en el campo.

La fecundidad más intensa es la de las mujeres jóvenes de Costa Rica, según aparece en el cuadro XI.2. Pero el resultado final es una fecundidad más alta en Colombia, puesto que la baja de la fecundidad en Costa Rica empieza hacia los 23 años, mientras que en Colombia la tasa sigue subiendo después de los 25 años y permanece prácticamente estable hasta los 33 años. La fecundidad panameña es, generalmente, inferior a la costarricense, fuera del grupo de 20 a 25 años, cuya fecundidad es superior a la de San José en 4% (ver gráfica XI.1).

Los dos índices de fecundidad delineados representan dos fenómenos diferentes: el promedio de nacidos vivos para el grupo de 45-49 años traduce la experiencia reproductiva acumulada desde 1934. Estas son las mujeres entre las cuales no se cuenta ningún migrante en los últimos años, y las que son oriundas del campo han vivido largo tiempo en Bogotá, por donde es lógico pensar que se hayan adaptado a la vida urbana. Por el contrario, la tasa global de fecundidad

CUADRO XI – 1
INDICES DE FECUNDIDAD – BOGOTA, SAN JOSE, PANAMA

A. Tasa anual de fecundidad general			
Grupo de edad	*Bogotá*	*San José*	*Panamá*
15 – 19	0.068	0.102	0.060
20 – 24	0.246	0.258	0.250
25 – 29	0.265	0.242	0.227
30 – 34	0.260	0.169	0.160
35 – 39	0.179	0.136	0.094
40 – 44	0.079	0.049	0.048
45 – 49	0.006	0.013	0.012
B. Promedio de nacidos vivos según la edad de la madre			
Grupo de edad			
15 – 19	0.115	0.463	0.300
20 – 24	1.054	1.846	1.180
25 – 29	2.440	2.913	2.320
30 – 34	3.826	3.699	3.480
35 – 39	4.628	4.284	4.160
40 – 44	4.810	4.597	4.480
45 – 49	4.274	4.667	4.660
C. Tasa global de fecunidad	5.51	4.84	4.26
D. Tasa cruda de reproducción	2.71	2.36	2.50

ha sido calculada a partir de la experiencia de los grupos durante el año de 1963.

C. La descendencia ideal

El ideal de familia es un número preciso que tiene las características cuantitativas del promedio aritmético ponderado, es decir, que representa el comportamiento típico del grupo, aunque no corresponda necesariamente a cada uno de los comportamientos individuales. El empleo del ideal de familia, como término de comparación de los comportamientos individuales, permite deducir la existencia de incentivos o de obstáculos a la acción de las parejas, puesto que los grupos que sobrepasan el comportamiento típico revelan una fuerte motivación hacia los hijos, en tanto que el permanecer consistentemente por debajo del promedio significa todo lo contrario.

En las investigaciones "clásicas" se ha partido de la hipótesis de que la descendencia completa de una familia es el fruto de la decisión y el comportamiento racional de dos individuos. Esta manera de enfocar el problema supone que la mayor parte de las parejas han reflexionado acerca del número de hijos que quisieran tener. Pero, según aparece de la encuesta latinoamericana, la proporción de mujeres que afirman no haber pensado jamás en el número de hijos que ellas desearían tener es considerable. Por otra parte, puede observarse la existencia de un promedio ideal de hijos, bien delimitado o consistente, más alto que el promedio real y que no es el máximo biológico.

CUADRO XI – 2
PROPORCION DE MUJERES DE BOGOTA, SAN JOSE Y PANAMA SEGUN ALGUNAS CARACTERISTICAS GENERALES

Edad	Bogotá %	San José %	Panamá %
20 – 24	23.3	20.6	26.5
25 – 29	22.9	19.9	20.0
30 – 34	18.6	18.2	16.2
35 – 39	15.8	16.9	14.9
40 – 44	10.9	11.9	11.2
45 – 49	8.5	12.5	11.2
Estado civil			
Solteras	19.1	24.7	17.2
Casadas	63.8	55.6	41.1
Viudas	4.5	2.3	1.5
Unión libre	8.5	7.4	26.7
Separadas	4.0	10.0	13.5
Nivel de Instrucción			
Ningún estudio	9.8	2.9	1.4
Primaria incompleta	39.1	42.2	20.4
Primaria completa	20.1	22.6	24.9
Secundaria incompleta	25.1	17.6	33.3
Secundaria completa	3.9	8.2	10.5
Universitaria	2.0	6.5	9.5
	100.0	100.0	100.0
	(2.259)	(2.132)	(2.222)

Podría, pues, pensarse que si la reflexión individual está frecuentemente ausente o no se explicita lo suficiente, el ideal familiar debe tener como fundamento una especie de racionalidad colectiva, un sentimiento generalizado de "lo que conviene" en una sociedad dada. La atención se desplazaría, entonces, de la pareja hacia el grupo social. La variación de la fecundidad sería, por consiguiente, el reflejo de toda una serie de cambios que se relacionan con las modalidades del matrimonio, la educación de los hijos, la autoridad en el hogar y las oscilaciones económicas del país.

Las siete encuestas del CELADE ofrecen un abanico de descendencia ideales (número deseado en el momento de la encuesta) comprendido entre 2.66 y 4.20 hijos. Dos tendencias claras pueden ser analizadas:

a) Promedio superior a los tres hijos: Bogotá, Caracas, Panamá, San José.

b) Promedio inferior a los tres hijos: Buenos Aires, Río de Janeiro.

Las ciudades consideradas en el presente estudio pertenecen al grupo mayoritario caracterizado por un ideal de familia más bien elevado.

En el presente análisis se pregunta hasta qué punto y bajo qué forma el tipo ideal de familia es explícito en el com-

portamiento de los miembros de una sociedad. Los individuos que deciden fundar una familia tienen una idea clara acerca del tamaño de la descendencia deseada? Y si esa idea existe, ¿cuál es su contenido?

La pregunta pertinente fue:

a) ¿Cuál es, según usted, el número de hijos que debe tener una familia?

Se trata de una pregunta general, que no corresponde a las aspiraciones personales sino que pretende obtener una representación colectiva. Los resultados pueden verse en el cuadro XI.3. Para el cálculo del promedio se tomó la categoría *ocho hijos y más* como igual a nueve y no se tuvieron en cuenta las dos categorías indeterminadas *los que vengan* y *yo no sé*. Según el cuadro, el tipo ideal es de cuatro a cinco hijos en Colombia, lo mismo que en Costa Rica, mientras que es de tres a cuatro hijos en Panamá.

A continuación, se pregunta: ¿cuántos hijos quisiera usted tener si estuviera en el comienzo de su vida conyugal? Esta pregunta corresponde al *número deseado en el momento de la encuesta*, ya que aunque la pregunta quiere ser retrospectiva, es imposible suponer que las encuestadas van a admitir una inconsecuencia palmaria. Se denominará, entonces *ideal personal*, por oposición al anterior que será llamado *ideal general*.

La comparación de los dos ideales se muestra en el cuadro XI.3.

El ideal general, precisamente por su carácter de estereotipo, es de gran utilidad para explicar la fecundidad diferencial. El ideal personal constituye un paso intermedio de la investigación. Siempre en el orden imaginario, pero con una connotación más particular, el ideal personal revela más de cerca la actitud de la mujer encuestada acerca de la descendencia.

También puede hacerse el cálculo de la descendencia esperada a partir de la descendencia efectiva, sumándole el número de hijos deseados todavía. Para Bogotá esa cifra es de 4.97 hijos. Superior al ideal general, este número indica cómo la descendencia actual influye mucho en la modificación de las ideales, y, en cierto modo, infla el ideal como puede verse en el cuadro XI.4.

Al considerar distintos factores que pueden hacer variar la descendencia ideal, la explicación más definida proviene del nivel educativo: podría decirse que la descendencia ideal es una función del nivel educativo de las madres.

No podría tampoco descartarse, según se ha visto, el influjo de la descendencia actual para un caso, como el presente, en el cual la pregunta acerca del ideal no se hace en el momento del matrimonio sino en una época posterior.

En cambio, sí puede afirmarse que la edad de la madre no es un factor definitivo de variación, y que el lugar de origen

CUADRO XI – 3
COMPARACION DEL IDEAL GENERAL Y DEL IDEAL PERSONAL

	Ideal general	Ideal personal	Diferencia
Bogotá	4.6 hijos	3.6 hijos	1.0 hijos
San José	4.1 hijos	3.6 hijos	0.5 hijos
Panamá	3.4 hijos		

CUADRO XI – 4
DESCENDENCIA IDEAL (GENERAL) SEGUN LA EDAD, EL NUMERO DE NACIDOS VIVOS, Y EL NIVEL DE INSTRUCCION DE LAS MUJERES
BOGOTA, SAN JOSE, PANAMA

	Edad de las mujeres	Nacidos vivos	Nivel de instrucción		
			Alto	Medio	Bajo
Bogotá		menos de 3	3.66	3.78	4.01
	Menos de 35 años	3 – 4	4.29	4.09	4.25
		5 y más	3.94	4.27	4.38
		Total	3.92	4.03	4.27
		Menos de 3	3.30	4.03	3.92
	35 años y más	3 – 4	3.73	3.87	4.17
		5 y más	4.73	4.75	4.87
		Total	4.21	4.32	4.62
San José		Menos de 3	3.58	3.64	3.84
	Menos de 35 años	3 – 4	3.80	3.67	4.15
		5 y más	3.82	4.27	4.84
		Total	3.68	3.80	4.30
	35 años y más	3 – 4	3.89	4.16	3.24
		5 y más	4.51	4.70	4.86
		Total	4.14	4.33	4.48
Panamá		menos de 3	3.44	3.92	4.10
	Menos de 35 años	3 – 4	3.84	4.18	4.15
		5 y más	4.31	4.42	5.19
		Total	3.67	4.12	4.43
		menos de 3	3.66	3.66	3.72
	35 años y más	5 y más	4.57	4.34	4.70
		Total	1.98	4.09	4.51

(urbano o rural) del marido tampoco es altamente significativo como explicación de la variación de la figura ideal.

También se puede descubrir una cierta relación inversa entre la categoría socio-económica de la pareja, medida por el prestigio social de la profesión, y la descendencia ideal. Aquí, a pesar de la dificultad de medir este prestigio, puede concluírse que a medida que sube el prestigio de la profesión desempeñada por el marido disminuye el tamaño de la descendencia ideal. Otro tanto puede afirmarse acerca de la actividad de la mujer. Es decir, que las mujeres que trabajan fuera de casa y devengan un salario se pronuncian por ideales de familia menos numerosos.

D. Actitudes frente a la anticoncepción

La prevención de los nacimientos no puede darse en una población, sin cambios paralelos en el medio social. Estos cambios, llamados a veces, "desintegración de los valores tradicionales", deben ser lo suficientemente marcados para que favorezcan la aparición de motivaciones en favor de la limitación de los nacimientos.

La proporción de mujeres que rechazan la anticoncepción en una forma absoluta es minoritaria en Colombia, lo mismo que en Costa Rica. Parece, sin embargo, que en Bogotá existe una reserva mayor sobre el tema dado el gran número de respuestas indeterminadas (cuadro XI.5).

Ahora bien, al considerar las razones por las cuales se aprueba el que algunas parejas eviten el tener demasiados hijos, aparece como la principal el que la familia tenga dificultades financieras. En cambio, el que la salud de la madre esté en peligro tiene menos importancia para las mujeres colombianas que para las costarricenses.

Esta actitud acerca de la aprobación de la anticoncepción se estudió en función de la edad, el nivel escolar, la categoría socioprofesional del marido, la descendencia actual y el tradicionalismo de las encuestadas en Bogotá. En el conjunto no se aprecia ninguna tendencia neta a la variación según la edad. La aceptación justificada aumenta con la escolarización, siempre con predominancia de los motivos financieros. El rechazo absoluto disminuye, mientras que la aceptación sin condiciones aumenta, a medida que la escolarización aumenta. Las mujeres sin opinión son más numerosas en los niveles menos escolarizados. La variación según la categoría socioprofesional del marido presenta rasgos semejantes a los de la variación según el nivel escolar. Ello puede atribuírse a la estrecha correlación existente entre las dos variaciones.

Hubiera podido esperarse que la importancia de la descendencia actual habría de ser un argumento en favor de la anticoncepción. Aparentemente este no es el caso. La hipótesis acerca de una relación entre apego a las tradiciones y los puntos de vista sobre la anticoncepción es verificada por los datos recogidos.

Existe, en definitiva, una mayor tendencia a aceptar la anticoncepción que a rechazarla, tanto entre las mujeres costarricenses como entre las colombianas. Esta tendencia favorable se manifiesta, por otra parte, en la aprobación de la información sobre el tema. En Costa Rica se cree que esta información debe provenir, primariamente, del cuerpo médico. En Colombia se admite que el sacerdote puede reemplazar al médico en esta función. En ambos países una fuen-

CUADRO XI – 5
PROPORCION DE LAS MUJERES DE BOGOTA Y SAN JOSE
SEGUN LA RESPUESTA SOBRE APROBACION DE LOS ANTICONCEPTIVOS

Respuesta	Bogotá	San José
En ningún caso	14.6	11.2
Sólo si la salud de la madre está en peligro	11.4	20.2
Si la familia tiene dificultades financieras	50.0	52.6
En cualquier caso	3.8	3.1
Por otras razones	–	4.9
Sin respuesta	20.2	8.0
	100.0	100.0
No. de casos	1.543	1.343

te importante de conocimiento en la materia lo constituyen las amigas de las encuestadas (cuadro XI.6). Esta última información se obtiene para ambos países, al desagregar la categoría OTROS.

Tratándose no ya de aprobación, sino del juicio acerca del uso de anticonceptivos, se cree también que la razón para su uso es el motivo financiero, además de la preocupación por el porvenir de los hijos.

La razón por la que las encuestadas creen que hay mucha gente que no usa anticonceptivos es el motivo religioso. En general, se puede detectar una desconfianza hacia el uso de anticonceptivos más nuevos.

Una verificación de lo anterior se hizo preguntando específicamente sobre las píldoras anovulatorias. En Costa Rica la actitud negativa hacia su uso predomina por un débil margen sobre la actitud positiva. En Colombia se observa el resultado opuesto: hay un margen mínimo de aceptación sobre rechazo (cuadro XI.7).

CUADRO XI – 6
QUIEN DEBE DAR LA INFORMACION ANTICONCEPTIVA FUERA DE LA FAMILIA

Fuente	Bogotá	San José
Médico	70	75
Hospital	1	3
Iglesia	13	4
Cursos	2	4
Libros	3	2
Otros	10	10
Marido	1	2
	100	100
No. de casos	1.066	886

E. La práctica anticonceptiva

El cuadro XI.8 permite conocer cómo se hallan las encuestadas de San José y Bogotá en lo tocante a conocimientos sobre métodos. Hay que notar que, con excepción de las universitarias, las mujeres colombianas están mucho menos informadas sobre los anticonceptivos que las costarricenses. En San José, 48 encuestadas no conocen ningún método, mientras que en Bogotá, la cifra sube a 304.

La correlación entre nivel de educación y conocimiento de los métodos es positiva y fuerte. Las encuestadas más instruídas de Bogotá y San José conocen mejor el método del ritmo. En Colombia el lavado o ducha vaginal es el método más conocido, según se desprende de la encuesta; en Costa Rica, el método más conocido es el condón.

Paradójicamente los métodos más conocidos en Colombia son los menos eficaces. El que la píldora sea tan poco conocida puede deberse a la fecha de la encuesta, 1964, cuando apenas se lanzaba la campaña de información y servicios que haría famosos los profestágenos.

Por lo que se refiere a uso, pueden establecerse diferencias cuantitativas y cualitativas entre los países. San José es

CUADRO XI – 7
¿USARIA USTED PILDORAS ANOVULATORIAS?

Respuesta	Bogotá	San José
Sí	49.7	47.2
No	48.4	52.8
Sin respuesta	1.9	–
	100.0	100.0
No. de casos	(1.497)	(1.158)

CUADRO XI – 8
PROPORCION DE MUJERES QUE CONOCEN O HAN OIDO HABLAR DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN LA DURACION DE SU ESCOLARIZACION
(%)

	BOGOTA				
	Años de educación				
Métodos	0	1–4	5	6–11	12 y más
Ducha o lavado vaginal	38.9	48.2	58.4	74.2	87.0
Esterilización	18.3	29.6	36.4	55.4	74.0
Diafragma	1.0	12.6	21.6	48.6	65.2
Jalea	29.1	35.4	45.6	68.2	91.4
Ritmo	19.9	33.4	52.4	79.2	91.4
Condón	20.6	27.2	42.0	67.3	78.3
Retiro	14.5	27.0	42.3	59.1	91.4
Píldora	2.2	2.2	4.6	11.7	26.2
Otros	2.2	4.0	4.6	5.1	13.2

	SAN JOSE				
	Años de educación				
	0	1–4	5	6–11	12 y más
Ducha o lavado vaginal	69.7	64.3	76.9	82.7	77.1
Esterilización	75.8	71.9	76.9	71.3	71.1
Diafragma	27.3	29.0	46.9	61.3	78.3
Jalea	18.2	14.8	35.9	47.2	57.8
Ritmo	48.5	58.5	76.2	84.8	88.0
Condón	90.9	85.3	89.4	90.9	86.7
Retiro	42.4	59.2	67.8	63.9	66.3
Píldora	–	2.5	4.1	5.6	2.4
Otros métodos	12.1	5.8	8.1	1.8	1.2

la ciudad donde se hace un mayor uso de los anticonceptivos en general, Bogotá donde se les emplea menos, y Panamá ocupa la posición intermedia (cuadro XI.9). Para las diferencias cualitativas, puede establecerse el siguiente esquema ordinal por cada una de las ciudades, tomando únicamente los cuatro métodos más corrientes:

Bogotá:

1. método del ritmo, 2. condón, 3. lavado o ducha vaginal, 4. coito interrumpido o retiro.

San José:

1. condón, 2. método del ritmo, 3. coito interrumpido, 4. ducha o lavado vaginal.

Panamá:

1. condón, 2. otros métodos (principalmente esterilización), 3. ducha o lavado vaginal, 4. diafragma.

Bogotá y San José presentan dos combinaciones diversas de los mismos métodos. Panamá introduce nuevos procedimientos, entre ellos uno bastante radical como es la esterilización femenina.

CUADRO XI – 9
PROPORCION DE MUJERES SEGUN EL METODO ANTICONCEPTIVO EMPLEADO Y SEGUN LA ESCOLARIZACION
BOGOTA, SAN JOSE, PANAMA

	Nivel de escolarización			
	Alto	Medio	Bajo	Total
Bogotá				
Píldora	6.9	1.4	0.7	2.5
Diafragma	6.0	0.6	0.0	1.7
Condón	14.1	8.9	4.5	8.9
Jalea	7.5	4.5	1.5	4.4
Ducha	6.6	7.2	4.2	6.2
Ritmo	14.9	9.9	4.0	9.5
Retiro	3.7	7.1	4.5	5.6
Otros	1.4	0.7	0.7	0.9
Ninguno	38.9	59.7	79.9	60.3
	100.0	100.0	100.0	100.0
No. de mujeres	(384)	(105)	(402)	(1.455)
San José				
Píldora	4.0	1.6	0.8	2.0
Diafragma	9.7	2.8	0.8	4.0
Condón	38.6	33.7	28.4	33.8
Jalea	1.3	0.8	1.2	1.0
Ducha	5.4	6.4	6.2	6.1
Ritmo	15.1	6.5	4.6	8.4
Retiro	2.7	8.6	9.2	7.4
Otros	3.1	3.7	3.7	3.5
Ninguno	19.1	35.9	45.1	33.8
	100.0	100.0	100.0	100.0
No. de mujeres	(398)	(763)	(240)	(1.301)
Panamá				
Píldora	5.1	3.9	2.1	4.3
Diafragma	12.7	3.0	2.1	7.0
Condón	16.2	11.9	8.5	14.2
Jalea	3.8	1.8	1.1	2.6
Ducha	11.0	8.6	9.6	9.6
Ritmo	6.8	4.8	4.3	5.6
Retiro	1.0	2.2	0.0	1.6
Otros	12.0	15.8	12.8	14.0
Ninguno	31.4	48.0	53.6	41.1
	100.0	100.0	100.0	100.0
No. de mujeres	(585)	(722)	(94)	(1.401)

Si se estudian las características de los grupos de usuarios se obtienen las siguientes conclusiones:

a) El condón es el método más utilizado en los tres países, especialmente entre los grupos más escolarizados, lo

cual contrasta con el caso europeo en el cual el método más usado sigue siendo el coito interrumpido.

b) El método del ritmo, seguido por los grupos más escolarizados de San José y Bogotá, es muy poco utilizado en Panamá.

c) El coito interrumpido, practicado especialmente por los grupos menos escolarizados de San José y Bogotá, apenas si se usa en Panamá.

d) El diafragma es utilizado exclusivamente por el grupo más escolarizado en Panamá en forma significativa.

e) La esterilización es un medio empleado bastante en Panamá, especialmente entre los grupos de nivel escolar medio y bajo.

Analizando el caso de Bogotá, no se aprecia ninguna relación entre la práctica religiosa (medida como asistencia a la misa) y el uso de anticonceptivos. Parece que es una cuestión de definición del tipo de práctica religiosa, ya que en San José, cuando se distingue entre asistencia a la misa y recepción de la comunión, se encuentra que el uso de anticonceptivos es menor entre quienes reciben la comunión que entre quienes no la reciben.

El uso de los anticonceptivos comienza raramente antes del primer nacimiento. Según podía esperarse, la proporción de los que emplean anticonceptivos sólo después del cuarto nacimiento es más alta en el nivel escolar más bajo que en el más alto.

Respecto al aborto hay que decir que no se trata de un anticonceptivo, ya que su acción recae sobre el óvulo fecundado o sobre el feto. Aunque se ha ponderado la buena acogida que las encuestas tuvieron por parte de las mujeres, las cifras acerca del aborto siguen siendo sospechosas de subestimación: 27% de las mujeres colombianas han hecho un aborto y 2.5% un aborto provocado, lo que equivale a 110 abortos por 1.000 nacimientos, de los cuales 9 son provocados. En junio 1966, la Encuesta Nacional de Morbilidad daba para Colombia una estimación de 41 abortos provocados por 1.000 nacimientos.

No se puede excluír el recurso al aborto como uno de los métodos empleados en Colombia para prevenir los nacimientos. Parece que su uso no está con todo, muy extendido. El estudio del madresolterismo en la cultura colombiana realizado por Virginia Gutiérrez deja presumir que la presión más fuerte en favor del aborto se ejerce en la clase media donde no existen ni los medios ni los hábitos anticonceptivos, y donde el mecanismo de integración del hijo ilegítimo no tiene el grado de institucionalización que tiene en el sector rural.

F. Las variables intermedias

Entre los resultados de la encuesta hay una serie de opiniones que revelan actitudes y usos que influyen bastante sobre la fecundidad: la mejor edad para casarse se sitúa entre los 21 y los 22 años según se desprende de la opinión de las mujeres encuestadas. A pesar de ello, la edad real es más precoz en San José y mucho más en Bogotá, donde se sitúa alrededor de los 19 años. Una diferencia de uno o dos años puede significar para la fecundidad mucho más de lo que corrientemente se piensa.

La edad para terminar la procreación en Bogotá, como en San José, debe situarse entre los 33 y los 34 años. El análisis según el nivel escolar indica una preferencia por la edad más joven entre las mujeres menos escolarizadas, aunque en la práctica sean éstas quienes en promedio dilatan más el período reproduc-

tivo, tanto por el matrimonio precoz como por los embarazos imprevistos a edades avanzadas.

El nivel de escolaridad deseado para la hija mayor, lo mismo que los planes acerca del hijo mayor son determinados por el nivel obtenido por la madre y la profesión del padre.

Los conocimientos en materia de crecimiento de la población y de la mortalidad infantil, lo mismo que el juicio acerca de las tendencias más convenientes para el país, sugieren, tanto en Bogotá como en San José, que no existe la menor conciencia colectiva del problema ni de las implicaciones de una u otra tendencia demográfica.

G. La ambigüedad básica

El análisis anterior considera la fecundidad no solamente como el producto final de una iniciativa privada, sino además como el resultado de una institución social que impone ciertos límites manifestados por la disparidad entre el ideal general y el ideal personal de familia.

Por otra parte, la comparación de los ideales y de la realidad ha puesto de manifiesto el desfase entre opinión y comportamiento, y una ambigüedad en las formulaciones y opiniones acerca de la prevención de los nacimientos. Esta ambigüedad es un indicador de cambio. El hecho de que los criterios de acción aparezcan borrosos señala la aparición, en esas sociedades, de un enjuiciamiento de los valores recibidos.

Si se clasifican Colombia y Costa Rica según el tamaño de la descendencia ideal hay que colocarlas entre los países que tienen un ideal elevado, en tanto que Panamá puede ser catalogada entre los países con un ideal intermedio. Estos rasgos corresponden bastante bien con lo que se piensa acerca de la anticoncepción y con la forma e intensidad de su uso. Pero las opiniones en Colombia y Costa Rica dejan prever un incremento en la prevención de los nacimientos.

H. Conclusiones

Estas perspectivas de 1964 encuentran su confirmación para San José según se desprende de la información presentada en el cuadro XI.10. Además, se observa para San José un descenso de la tasa específica de fecundidad sobre todo en el grupo de 25 a 35 años, y un aumento del uso de los anticonceptivos: la píldora (cerca del 14%), el método de Ogino, aumento de la esterilización (cerca de 3%) aparición del uso del dispositivo intrauterino, disminución en el empleo del coito interrumpido.

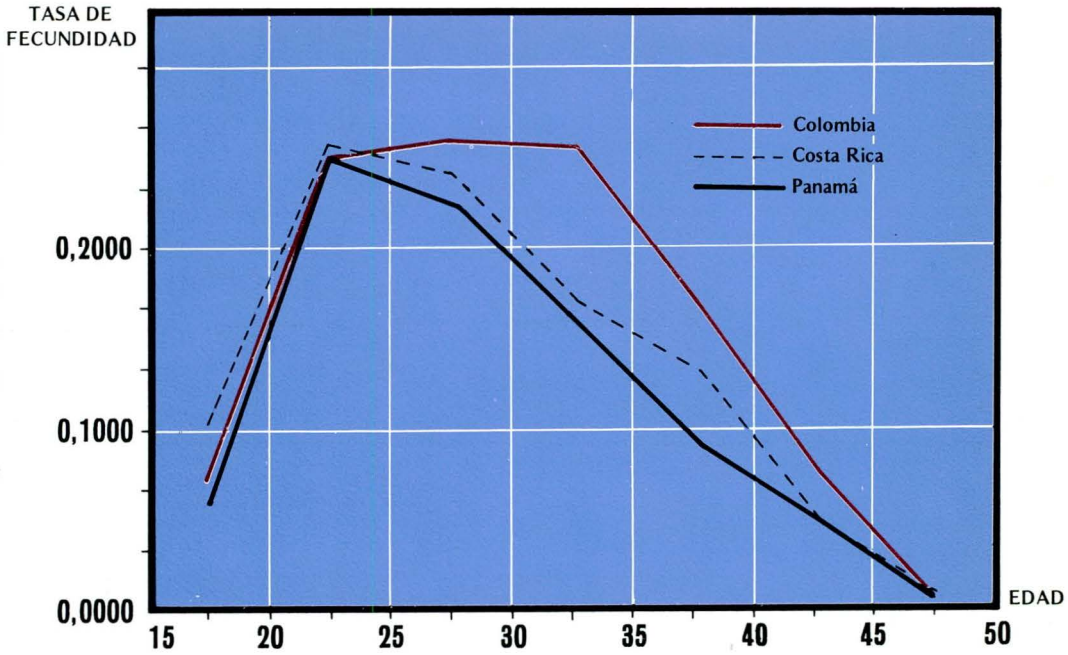
Para Bogotá no existen indicadores demográficos que permitan una comparación similar, sin embargo hay ciertos indicios de que un cambio ha tenido lugar. (Cuadro XI.11).

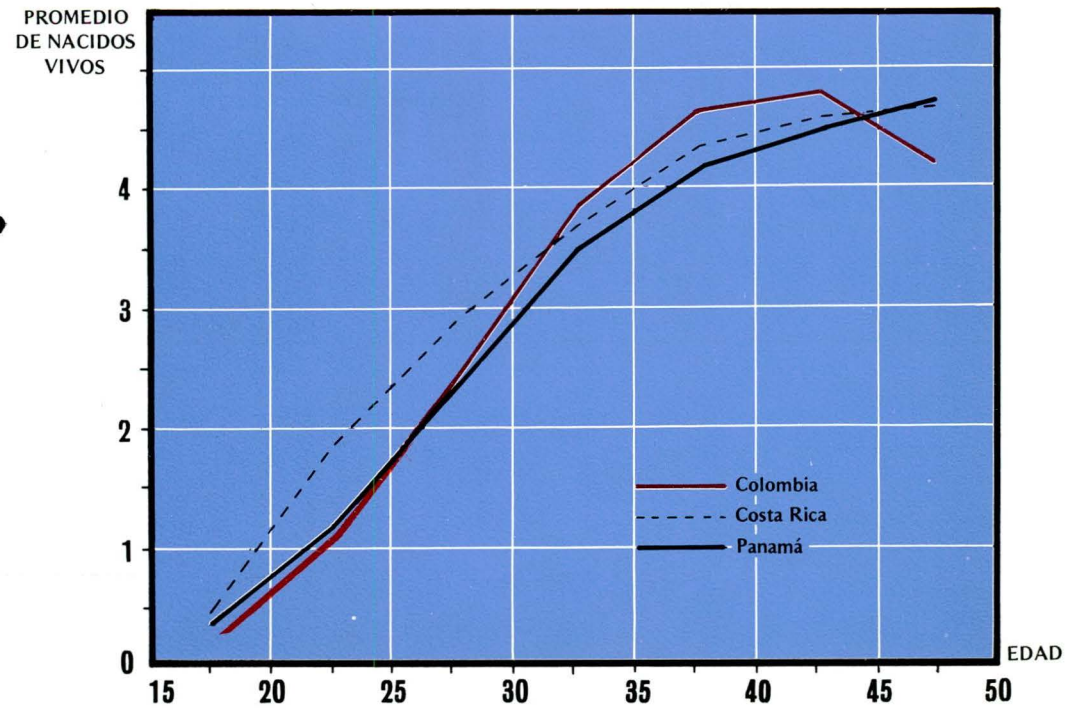
De la misma fuente se puede concluír que la fecundidad sí ha descendido en Bogotá; una idea aproximada de ese descenso podría obtenerse de los datos comparativos que se presentan en el cuadro XI.12.

Se confirman estos resultados cuando se piensa que el uso de los anticonceptivos también ha variado notablemente: el mayor incremento en el uso se registra para la píldora anovulatoria con un cambio de 21% entre 1964 y 1969, el siguiente incremento en orden descendente se resgistra para el coito interrumpido: 14%, el tercero para el dispositivo intrauterino con 11%. En realidad, el caso es muy semejante al de San José, puesto que en 1964 en Bogotá ninguna de las encuestadas ha usado el dispositivo, mientras que para 1969 hay un 11.9% que lo

GRAFICA XI – 1

TASA DE FECUNDIDAD SEGUN LA EDAD DE LA MADRE





PROMEDIO DE NACIDOS VIVOS SEGUN LA EDAD DE LA MADRE

ha usado y un 8% que lo está usando en el momento de la encuesta.

CUADRO XI – 10
DESCENSO DE LA FECUNDIDAD EN SAN JOSE (COSTA RICA)

	1964	1968
Tasa bruta de natalidad	0.429	0.358
Tasa de fecundidad general	0.205	0.168
Tasa global de fecundidad	6.66	5.43

La evidencia estudiada lleva a concluír la importancia de un factor extrínseco como es la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el descenso de la natalidad. Con todo, la eficiencia de esos métodos aparece bastante condicionada por el nivel educativo de los usuarios. El proceso de cambio social manifestado por el descenso de la fecundidad no puede esperarse solamente del adelanto de la tecnología médica sino que exige además el adelanto del sistema educativo.

CUADRO XI – 11
BOGOTA: INDICADORES DEMOGRAFICOS (1964 y 1969)

	1964	1969
Porcentaje de mujeres que conocen al menos un método anticonceptivo	82	97
Porcentaje que no desean más hijos	67	73
Porcentaje favorable a la planificación familiar	68	76
Porcentaje que ha discutido sobre el tamaño de la familia con el marido	43	62
Porcentaje que ha usado alguna vez un método anticonceptivo	38	65
Porcentaje que está usando algún método	27	37

Fuente: Simmons A. y Cardona R., *Family Planning in Colombia*, Changes in Attitude and Acceptance, 1964-1967, IDRC, 1973.

CUADRO XI – 12
BOGOTA: TASA ESPECIFICA DE FECUNDIDAD POR EDAD Y PROMEDIO DE NACIMIENTOS VIVOS POR MUJER

	1960 – 64	1965 – 69
Tasa específica de fecundidad por edad:		
Mujeres de 15 a 39 años	171	132
Mujeres de 20 a 39 años	224	166
Promedio de nacimientos vivos por mujer:		
Mujeres de 15 a 39 años	2.075	1.886
Mujeres de 20 a 39 años	2.997	2.569

Fuente: Simmons A. y Cardona R., *Family Planning in Colombia*, 1973.