



cedem

Centro de Estudios Demográficos
Universidad de La Habana

LA FECUNDIDAD CUBANA A PARTIR DE 1990. LAS PERSPECTIVAS SOCIALES E INDIVIDUALES

Investigación presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias
Económicas

Autora: Dra. Grisell Rodríguez Gómez

INTRODUCCIÓN

Dentro de los estudios de población, las indagaciones en torno a la reproducción están siendo ampliamente debatidas en la actualidad en el escenario internacional. Aún cuando la mortalidad siempre fue objeto de atención prioritaria por parte de la Demografía, durante al menos los últimos cincuenta años, la fecundidad ha ido ocupando un lugar relevante en términos de la atención que ha venido recibiendo de los estudiosos de las poblaciones humanas, y ello se debe a que se ha identificado como el determinante fundamental de los cambios tanto del monto total de la población, como de su estructura de edades. Es así entonces que resulta imprescindible indagar de manera amplia en esta variable y en los comportamientos reproductivos a ella asociados.

El tratamiento de la fecundidad como variable demográfica se ha ido ampliando y diversificando. Aún cuando los esquemas clásicos mantienen toda su validez, se están complejizando los supuestos y conceptos a ella asociados. (Figuroa, J.G. 1997, p.11) Se pretende entonces entenderla como una de las resultantes de una sexualidad vivida plenamente, en el ejercicio de todos los derechos, a partir de los postulados de la Conferencia Mundial de Población del Cairo, en 1994, donde se explicita a la Salud Reproductiva como la “integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, de una manera que sea positivamente enriquecedora de la personalidad, la comunicación y el amor” (Conferencia Mundial de Población El Cairo, En Rodríguez, G. 2001).

A partir de la enunciación del concepto de salud sexual y reproductiva se comienzan a “pensar las relaciones entre reproducción y salud, y se avanza más allá de las fronteras del esquema demográfico *ortodoxo*, restringido al ámbito de la fecundidad y su eventual control,...hay un interés marcado por incorporar las tres dimensiones de la salud: biológica, psicológica y social” (García, R. 2003 p. 15). Y es que además de la necesidad de ampliar y diversificar las indagaciones sobre reproducción en todas las regiones, resulta de particular importancia comprender la evolución, en términos reproductivos, de aquellos países con una fecundidad mantenida en niveles bien bajos, y como consecuencia, poblaciones envejecidas y a las puertas de un eventual decrecimiento.

Está siendo preciso, además de caracterizar y explicar el comportamiento de la fecundidad, particularizar en los comportamientos a ella asociados, que se concretan en las decisiones que a nivel individual son tomadas en torno a la reproducción. De este modo, el quehacer demográfico se ha diversificado y renovado.

Específicamente en Cuba, aún cuando se han realizado varias investigaciones dentro de la Salud sexual y reproductiva y hacia la descripción del comportamiento de la fecundidad en los últimos años, los resultados encontrados están anotando la necesidad de continuar indagando al respecto.

Los niveles de la fecundidad cubana están situados por debajo del reemplazo desde el año 1978, y aunque han tenido posteriores oscilaciones nunca han superado este límite. A lo largo de casi tres décadas en esta situación, los comportamientos reproductivos cubanos se han caracterizado por un mayor número de nacimientos y embarazos entre las madres más jóvenes, elevado uso del aborto en todas las edades y formación temprana de las uniones, pero a la par se destaca la homogeneidad de sus niveles, es decir escasas diferencias en dichos comportamientos entre mujeres con distintos niveles educacionales, zonas de residencias y ocupaciones, se resaltan además como los determinantes directos sobre la fecundidad cubana: la anticoncepción y el aborto provocado.

Se precisan comprender, no solo los niveles de la variable en los últimos años y la estructura etaria que está caracterizando el panorama de la fecundidad en el país, sino también las peculiaridades que encierra este comportamiento, desde el estudio de sus determinantes próximos. Una manera de acercarse a dicha comprensión es identificar los momentos decisionales que condicionan desde lo individual las elecciones reproductivas y en última instancia el nacimiento de nuevos niños. Por supuesto, en el entorno de la situación de crisis económica por la que atravesó el país en la década de los 90s. Se trata entonces de determinar la peculiaridad del evento no solo en su amplia expresión, sino incorporando las particularidades que esconde desde las decisiones individuales. La construcción personal y estrategias reproductivas en período de crisis económica, permitirán profundizar en la explicación de los elementos que a nivel macro sea posible encontrar.

Resulta asimismo singular valorarlo desde las perspectivas tanto del hombre como de la mujer y del proceso mismo de la toma de decisión con relación a su reproducción.

Apreciarlo de este modo posibilitaría que, aunque la variable fecundidad está estrechamente relacionada con la mujer por las posibilidades y seguridad de la medición que ella aporta como portadora del futuro niño, se valora también la participación del hombre en las estrategias y decisiones en este nivel micro, que contribuirán a explicar el proceso de toma de decisión.

En estas circunstancias, se está abocado a la visualización de un marco teórico metodológico novedoso para abordar el estudio de la fecundidad, en general, y en Cuba, en particular. Este debe partir de la utilización de técnicas cualitativas fusionadas a las cuantitativas tradicionales que utiliza la Demografía y de la trascendencia del enfoque teórico clásico de la Transición Demográfica. Pero se necesita ir más allá, pues ya se conocen las insuficiencias propias de ese marco teórico para explicar toda la gama de situaciones particulares que muchas veces escapan a las explicaciones que ofrece de los cambios demográficos, sobre todo asociados a las poblaciones que han hecho su transición en épocas más recientes y a la rapidez con que, en numerosos casos, se ha producido el proceso.

Luego, es imprescindible retomar lo que ya se conoce sobre los cambios y determinantes de la fecundidad de la población cubana, reposicionarlos en la perspectiva histórica más reciente y abordarlos desde los nuevos paradigmas teóricos que recientemente han ido adquiriendo notable importancia en los estudios de la población y desde el plano de las decisiones individuales y de pareja que, en última instancia, constituyen el nivel micro desde el que se construyen las tendencias generales de esta variable. Así, la pregunta general de investigación que se intentará responder será: **¿Cuáles son el nivel, el patrón y los factores condicionantes de la fecundidad cubana en el período entre 1990 y 2004?**

Para responder esta interrogante se precisa partir del análisis de su comportamiento y determinantes a nivel social en interrelación con el nivel individual, contextualizando la coyuntura socioeconómica del país en este período, por lo que es necesario transitar por las siguientes preguntas específicas:

- ¿Qué variaciones poseen el nivel y el patrón de la fecundidad en el período entre 1990 y 2004? En este caso, se evaluará la persistencia o no del patrón y nivel de la fecundidad observado en períodos anteriores.

- ¿Cómo es el aporte a la fecundidad de los distintos grupos de edades a lo largo del período? La intención es documentar cuáles posibles transformaciones se han registrado con respecto a la contribución que los diferentes grupos en edades reproductivas están haciendo a la variable
- ¿Cuál es la incidencia del aborto, la anticoncepción y la nupcialidad, determinantes próximos fundamentales del nivel de la fecundidad en la población cubana, sobre el comportamiento reproductivo en dicho período?
- ¿Qué caracteriza el comportamiento individual con relación a los determinantes próximos fundamentales de la fecundidad en interrelación con los indicadores y evolución de dichos determinantes?
- ¿Cómo actúa la coyuntura socio-económica que caracteriza los últimos quince años en el país, sobre el proceso de evolución de la fecundidad?

El Objetivo General de la investigación es entonces: **Determinar el patrón y nivel de la fecundidad en el período 1990-2004 y la evolución de los determinantes próximos respecto a la actuación individual y social en el contexto socio-económico de la etapa.**

Luego, los objetivos específicos serían:

- Determinar el nivel de la fecundidad de la población cubana y su estructura, entre 1990 y 2004, especificando el comportamiento de ambos con relación a períodos anteriores y dentro del mismo período.
- Señalar los rasgos fundamentales de la evolución de los patrones de fecundidad por edad en el período, delimitando el aporte de los distintos grupos y sub-grupos delineados por ciertas características sociales y económicas.
- Caracterizar la evolución e incidencia de los principales determinantes próximos de la fecundidad –anticoncepción, aborto y nupcialidad- durante el período.
- Explicar el comportamiento individual con relación a los determinantes próximos de la fecundidad y su incidencia y vínculo con la evolución de sus indicadores.
- Delimitar la incidencia de la coyuntura socioeconómica del país en la etapa sobre la variable fecundidad y su evolución.

La hipótesis general a confirmar sería:

Se constatan variaciones en el patrón y nivel de la fecundidad, relacionadas con la adaptación de los comportamientos reproductivos individuales frente a la coyuntura socioeconómica del país en los últimos quince años y con las actitudes individuales ante los determinantes próximos.

Las hipótesis específicas se referirían a que:

1. El nivel de la Fecundidad cubana, entre 1990 y 2004, ha continuado un proceso oscilatorio de descenso alrededor de valores muy bajos (por debajo del reemplazo), con momentos de descenso más agudo y de ligero incremento. Con relación a la estructura se producen variaciones, mostrándose un proceso paulatino con tendencia a la dilatación de su cúspide y algunas variaciones con relación a años anteriores y al interior del propio período.
2. Durante el período, siguen siendo importante el aporte de las mujeres de 20 a 24 años y de 25 a 29 años, sin embargo se aprecia que ganan en importancia los nacimientos de madres mayores de 30 años y comienzan a perder importancia los nacimientos de madres adolescentes.
3. La anticoncepción, el aborto y la nupcialidad continúan siendo los determinantes próximos fundamentales de la fecundidad cubana en este orden. Ellos han tenido un rol esencial en los cambios de dicha variable en el período en estudio.
4. Los comportamientos de los individuos frente a la anticoncepción, aborto o formación de parejas, están condicionando la evolución de estos indicadores a nivel social. Dichas actuaciones individuales están estrechamente relacionadas con los proyectos individuales de vida, que estarán mediando las trayectorias reproductivas.
5. La coyuntura socioeconómica del país, en la década de los 90s, parece haber tenido incidencia sobre el nivel y patrón de la fecundidad en el período, en relación a momentos de contracción y de ligero incremento de la fecundidad y modificaciones en el patrón, como resultado de postergaciones.

Para dar respuesta y cumplimiento a los objetivos trazados, el trabajo está estructurado con una introducción que incluye el diseño de la investigación, un apartado metodológico que explica las características relativas a los datos y metodologías empleadas y tres capítulos, además de conclusiones y recomendaciones.

El Capítulo I, denominado: *Un marco teórico para el estudio de la fecundidad cubana*, se dedica a la discusión y ubicación de la fecundidad cubana dentro de las teorías demográficas, no solo a partir de sus niveles e indicadores, sino además desde la expresión del comportamiento reproductivo al interior de la sociedad. El segundo capítulo: *Características de la fecundidad cubana entre 1990 y el 2004*, se refiere a la descripción del nivel y estructura de la variable en los últimos quince años, particularizando en el aporte de algunos grupos de edades. En tanto, el tercer y último capítulo: *Los determinantes de la fecundidad desde el nivel individual*, analiza la incidencia de la anticoncepción, aborto y nupcialidad sobre la fecundidad cubana en el período, pero no solo a partir de la información global con que se cuenta, sino también desde las posturas decisionales de los individuos ante dichos determinantes que concluyen en la decisión de que nazca un nuevo niño. A lo largo de todo el trabajo, pero especialmente en los dos últimos capítulos, se estará conjugando la información cuantitativa proveniente de las estadísticas continuas y encuestas, con la cualitativa recogida en entrevistas y grupos focales.

Esta investigación, además de mostrar el estado del comportamiento reproductivo de la población en los últimos años, en el marco de presupuestos teóricos que ayuden a su comprensión y puntualizando la incidencia de la coyuntura económica de los 90s sobre dicho comportamiento, presenta la posibilidad de la convergencia de quehaceres metodológicos para comprender a la población. Los resultados que se encuentren al final del camino estarán marcando la senda para la continuación del devenir teórico metodológico en materia de fecundidad. Este camino debería estar estrechamente vinculado al ejercicio de “repensar el discurso demográfico a la luz de los nuevos elementos que surgen del debate contemporáneo en las ciencias sociales.” (Canales, A. y Lerner, S. 2003, p.17)

ASPECTOS METODOLÓGICOS

El estudio de la variable fecundidad ha estado determinado históricamente, desde la demografía clásica, a partir de indicadores específicos que han permitido una cuantificación más o menos precisa del comportamiento reproductivo de las poblaciones.

En el caso cubano, la información cuantitativa relativa a los determinantes y otros calificadores de la variable fecundidad, no ha podido continuarse sistemáticamente desde la última encuesta de fecundidad cubana en el año 1987, (Comité Estatal de Estadísticas, 1987) aunque si se posee información a partir de las estadísticas continuas y algunas encuestas específicas realizadas por diversos organismos. En tanto, desde el punto de vista cualitativo se ha indagado en la explicación de los comportamientos en torno a la reproducción.

En esta investigación se fusionan ambas metodologías en la búsqueda de describir y explicar desde el nivel individual, el comportamiento y actitud ante la reproducción de la población. De este modo, se complementa entre si toda la información con la que se cuenta para encontrar desde la interpretación y el análisis, las motivaciones y determinantes que más que describir el alcance de los comportamientos demográficos, los expliquen exhaustivamente.

Desde el objetivo de la investigación, se muestra con claridad la necesidad de apelar a recursos metodológicos de indagación que trasciendan lo netamente descriptivo y que apunten hacia la explicación de los acontecimientos. Se necesita acudir a enfoques que favorezcan la recogida y tratamiento de un cuerpo de información cualitativa, partiendo de la necesidad de una perspectiva desde la cual sea posible una comprensión más amplia, completa y global del universo a estudiar.

Dentro de la investigación resulta novedoso, entonces, en términos de los análisis demográficos, la fusión de la metodología cuantitativa con la cualitativa, para explicar no solamente los indicadores, sino además para explorar desde el nivel individual los elementos que condicionan el comportamiento de los individuos ante su reproducción.

A modo de paréntesis, vale resaltar la diferencia entre la recogida e interpretación de la información con ambas metodologías. Los datos que se obtienen a partir de la aplicación de una metodología cuantitativa son representativos del universo del cual se ha seleccionado la muestra. En tanto, la información recogida mediante técnicas cualitativas,

tiene la intención de establecer hipótesis sobre elementos descriptivos y explicativos del fenómeno en estudio. De este modo, se logra conocer no sólo sobre cuántos experimentan el fenómeno, sino la descripción y explicación del mismo. (Maklouf, C. 1997)

Para el cumplimiento de los objetivos trazados en la investigación, se han utilizado técnicas de indagación cuantitativa y cualitativa.

Las fuentes de información cuantitativa utilizadas fueron:

- la información estadística existente en las bases de datos de los certificados de nacimientos entre los años 1990 y el 2004, que produce la Oficina Nacional de Estadísticas.
- la información publicada en anuarios demográficos, estadísticos y de salud, por parte de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE)
- el Informe del país, del Censo Nacional de Población y Viviendas, 2002.
- la base de datos de la Encuesta Nacional de Migraciones Internas 1995. (ENMI)
- encuestas e información continua de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) y el Ministerio de Salud Pública (MINSAP).

Con esta información se caracterizó la fecundidad cubana en el período en estudio (1990-2004), atendiendo a su nivel y estructura, particularizando el comportamiento de determinados grupos de edades, además de permitir caracterizar la evolución de los principales determinantes próximos de la fecundidad –anticoncepción, aborto y nupcialidad- durante el período.

En tanto, para explicar el comportamiento individual con relación a los determinantes próximos de la fecundidad y su incidencia y vínculo con la evolución de los indicadores, así como para encontrar elementos explicativos de su nivel y patrón en el período, se utilizaron las técnicas:

- entrevistas individuales en profundidad
- grupos focales
- observación no participante.

Tanto las entrevistas como los grupos focales se realizan siguiendo un guión flexible de preguntas relacionadas con el tema y objetivo de la investigación. Las entrevistas propiamente, tienen la ventaja de ser una técnica que se “centra en el punto de vista de los actores involucrados, en sus propias explicaciones, en sus propias maneras de

ver, de nombrar y de atribuir sentido a la realidad que los rodea.” (Calero, J.L. y Santana, F. 2006, p.2) A la par, por ser flexibles y dinámicas, se constituyen en una narración conversacional, creada conjuntamente por el entrevistador y el entrevistado. (Mella, O. 1998)

En el caso de los grupos focales, siempre tienen presentes a un moderador o conductor que guía las intervenciones y el debate que se produce al interior del mismo (Ibañez, J. 1990). El objetivo es encontrar las respuestas no solamente desde los individuos por separado sino las que se produzcan desde el intercambio entre los participantes. Se realizaron además observaciones no participantes, para la temática aborto, en instituciones de salud, lo cual contribuye a complementar la información que se recogió con las otras dos técnicas.

Fueron entrevistadas 51 personas, de ellas, 41 mujeres y 10 hombres. Estas fueron realizadas en centros de salud, educacionales y laborales de la capital del país. Paralelamente se realizaron cuatro grupos focales: dos con personal médico vinculado a los temas de la reproducción y dos con jóvenes adolescentes de los dos sexos, que cursan la enseñanza media.

Esta muestra fue seleccionada esencialmente atendiendo a los criterios nivel educacional y edad, de modo que estuvieran representados los diversos grupos de edades y niveles educacionales existentes en el país. Así, se captaron mujeres desde los 13 hasta los 42 años y con niveles educacionales que fluctúan desde secundaria hasta universitario. El criterio utilizado para dicha selección fue que estuviesen presentes los diferentes segmentos desde el punto de vista sociodemográfico que pueden aportar elementos interesantes para el objeto de estudio en cuestión, así como el criterio de saturación de la información, referido al momento en que la información expresada por los participantes deja de aportar elementos novedosos al objetivo de la investigación.

Se utilizó el análisis de contenido como técnica para estudiar y analizar la información recogida.

Los 51 entrevistados se caracterizaron por:

- Estar distribuidos uniformemente en los diferentes grupos de edades en edad reproductiva, así, hubo 16 adolescentes (con menos de 20 años), 15 entre 20 y 29 años,

que son edades muy activas en lo sexual y reproductivo y 20 personas con más de 30 años.

- Sus grados de escolaridad fueron: 6 con nivel universitario, 28 con doce grado y técnico medio, 14 con noveno grado terminado y 3 con menos de noveno grado.
- En tanto, sus empleos se relacionan con dichos niveles, así, 11 son técnicos o profesionales, 20 desempeñan diversos tipos de oficios, 9 son amas de casas y 11 se encuentran estudiando.
- De ellos, 23 se declaran solteros, 18 estaban unidos y 10 casados.

En tanto, en los grupos focales realizados participaron, en cada uno de ellos, 12 adolescentes, con edades entre 13 y 15 años. Los grupos de profesionales de la salud, contaron con 8 y 12 participantes cada uno; la mayoría poseían nivel universitario o técnicos en salud y en los cuatro casos los grupos eran mixtos en lo relativo al sexo.

La información fue analizada con el apoyo de los softwares SPSS y N-VIVO para procesar datos cuantitativos y cualitativos respectivamente. Todas las entrevistas y grupos fueron previamente grabados y transcritos.

CAPÍTULO I.

UN MARCO TEÓRICO PARA EL ESTUDIO DE LA FECUNDIDAD CUBANA.

I. 1 Dos transiciones demográficas sucesivas en Cuba.

I.1.1 Las teorías de la transición demográfica

El interés por estudiar y comprender los procesos de entradas y salidas de efectivos a las poblaciones, considerando sus niveles de movilidad y reproducción, ha llevado a los demógrafos a debates en torno a las teorías que están explicando muchos de estos fenómenos. Los postulados teóricos al interior de la Demografía han estado acompañados del devenir de los procesos demográficos en la misma medida en que ellos comienzan a ser estudiados. La fecundidad, la mortalidad y las migraciones, de manera independiente han sido y están siendo explicadas de manera indistinta desde sus factores condicionantes hasta las delimitaciones de tendencias en sus comportamientos.

A partir de la evolución de las poblaciones y su interrelación con el desarrollo económico, algunos científicos¹ describen los procesos de tránsito en las variables demográficas –mortalidad, fecundidad y migraciones-, delimitando etapas que explican cambios al interior de las mismas. Dichas teorías se desarrollan desde las experiencias históricas en el contexto europeo, definiéndose estados de descenso de los indicadores fecundidad y mortalidad y estableciendo vínculos con el desarrollo económico y social. A la par, han posibilitado anticipar el futuro demográfico de las regiones que se encuentran en las fases tempranas de la transición.

Los primeros enunciados sobre dicho tema fueron realizados por el francés Adolphe Laundry en 1909 y 1934, quien estudia los cambios globales en la reproducción de la población identificando tres ‘regímenes’ o estados de la población: el primitivo, el intermedio y el moderno. Establece entonces que es la productividad del trabajo, el factor económico que define dichos regímenes.

¹ A. Laundry escribe inicialmente sobre toda la evolución demográfica elaborando la teoría de la Revolución Demográfica, paralelamente, sin conocer su obra, W. S. Thompson analizó lo que él llamó Evolución Demográfica, determinando un proceso evolutivo de tres etapas, y unos pocos años después F. Notestein enuncia la Teoría de la Transición Demográfica para apuntar las disminuciones de la mortalidad inicialmente y luego de manera más lenta la fecundidad, determinando que las tasas de crecimiento inicialmente aumenten y luego comiencen a disminuir.

Inicialmente el régimen primitivo está caracterizado por una fecundidad solo restringida por un máximo fisiológico. Ella, en combinación con la elevada mortalidad son las responsables de un lento crecimiento de la población. Se logra, en consecuencia, un máximo posible de población, es decir el número de pobladores siempre tendrá un límite, puesto que en estas condiciones la capacidad de crecimiento es muy baja. El régimen intermedio, por su parte, no está bien definido, sin embargo, según Laundry los factores económicos actúan a través de la nupcialidad. De este modo, el aplazamiento del matrimonio o el celibato afectan la reproducción y por ende el crecimiento de la población manteniéndola en niveles por debajo del 'máximo'. En el régimen moderno van perdiendo importancia los factores económicos en su acción directa y comienza a actuar la planificación consciente de la familia en la disminución de la fecundidad y por consiguiente en el crecimiento de la población. A este proceso Laundry lo denomina Revolución Demográfica.

W. S. Thompson, por su parte y paralelamente en el tiempo, desarrolló una teoría partiendo de las experiencias de estas regiones. Agrupó así, las naciones en tres de acuerdo a sus niveles de mortalidad y fecundidad, distinguió entonces a los países en tres fases: primeramente aquellos con un rápido descenso de las tasas de mortalidad y fecundidad y por ende un descenso acelerado de las tasas de crecimiento, en segundo lugar los países en los que van descendiendo los niveles de mortalidad y fecundidad por grupos sociales y en los que las tasas de mortalidad descienden tan o más rápido que las de natalidad, produciendo un crecimiento estable o ligeramente ascendente y en tercer lugar, los países en los que ambos indicadores están menos controlados y no sujetos a limitaciones. A cada uno de estos estados los denominó en correspondencia: estacionario, de crecimiento efectivo y de crecimiento potencial. Esta descripción responde al nombre de Evolución Demográfica.

En relación con esta evolución, Blacker (1947), identifica cinco estados de evolución demográfica desde un nivel alto, de estado estacionario caracterizado por altas tasas de mortalidad y natalidad hasta un quinto estado: de descenso, en el que se evidencia baja mortalidad y natalidad, y las muertes exceden los nacimientos.

Con anterioridad, en el año 1945, Frank Notestein, también a partir de la experiencia europea, estableció un vínculo entre el proceso de modernización y los indicadores demográficos, definiendo tres estados en su Teoría de la Transición Demográfica. Parte del supuesto de que se produce inicialmente el descenso de la mortalidad mientras que la fecundidad responde más lentamente a dicha modernización. Finalmente sí comienza dicho descenso, producto de la regulación consciente del tamaño de la descendencia y por la interrelación de factores como la urbanización y la modificación de aspiraciones y proyectos de vida de los individuos. Este proceso transicional ocurre del siguiente modo:

- a) Poblaciones con transición completa: caracterizadas por tasas de fecundidad descendientes, ubicadas en el nivel del reemplazo o por debajo de él.
- b) Poblaciones en plena transición: disminuye la mortalidad, pero el descenso de la fecundidad es más lento, por lo que aún se mantiene un nivel de crecimiento elevado de la población.
- c) Poblaciones en transición incipiente: altos niveles de fecundidad que aún no comienzan a disminuir y con altas tasas de mortalidad que están iniciando el descenso.

El devenir histórico ha condicionado una disminución en el período que le ha tomado a cada región el tránsito de una a otra etapa de la transición. Mientras que a Europa por ejemplo, disminuir la mortalidad le llevó casi medio siglo, América Latina muchos años después lo logró de manera más rápida, condicionado lógicamente por la transferencia de los adelantos e innovaciones en la medicina y en la tecnología en general, de conocimientos que fueron importados luego de llevar algún tiempo consolidados, a la par de la difusión de patrones reproductivos.

El mundo en desarrollo está mostrando una amplia variedad de modalidades de transición demográfica de acuerdo a la situación en cada país en particular. En el año 1989, investigadores de las Naciones Unidas idean un esquema secuencial de combinaciones de niveles de esperanza de vida y tasas de fecundidad a lo largo del proceso transicional, identificando los factores que están influyendo en cada momento en los cambios de las conductas reproductivas de las poblaciones. Así, señalan factores incidentes en el aumento y disminución de hijos en cuatro etapas transicionales. (Naciones Unidas, 1989)

A partir de dichas teorías y sus contribuciones posteriores, se han venido describiendo los procesos de cambios en estos indicadores en las diferentes regiones.

La teoría transicional, por su parte, ha recibido diversas críticas referidas a la no directa determinación entre desarrollo económico y social con los cambios en dichas variables y provoca interrogantes en torno a cuáles son las condiciones bajo las que muchas regiones están alcanzando en ausencia de un desarrollo económico y social estable, bajas tasas de mortalidad y natalidad y un ritmo de crecimiento cada vez más moderado.

Otra crítica sobre dicha teoría está referida a que en su esencia “posee un carácter positivista dado que parte de las manifestaciones externas de los cambios en la reproducción... sin ofrecer una explicación cualitativa más profunda de estos cambios” (Hernández, R. 1986, p.10)

Una tercera crítica que se le ha formulado consiste en señalar que la teoría en si misma sólo compone la explicación de los cambios en los niveles de la fecundidad y la mortalidad, y en consecuencia el paso de una etapa a la siguiente, a partir sólo de la experiencia empírica de los países considerados desarrollados en el momento de haber sido enunciada y, por consiguiente, no recoge la gran diversidad de situaciones particulares alrededor de las poblaciones que iniciaron y completaron el proceso después de su aparición como modelo teórico explicativo, como tampoco toma en cuenta dentro de su explicación teórica a la variable migración.

De la misma manera, deja un vacío en cuanto al umbral de desarrollo que es necesario alcanzar para que de comienzo un proceso de transición demográfica, así como tampoco ofrece mucha luz en cuanto al tempo de todo el proceso de transición y a la conexión entre los fenómenos económicos y los cambios entre las etapas.

Estas críticas son válidas toda vez que no se pierda de vista el momento y condicionamiento histórico concreto en que es desarrollada dicha teoría, desde la perspectiva del comportamiento que vienen describiendo las poblaciones objeto de estudio. Pero, por otra parte, es imprescindible tomar en cuenta el grado de desarrollo de la ciencia en general y la determinación de la corriente positivista de pensamiento sobre las diferentes disciplinas en ese momento.

Durante algo más de medio siglo, ha sido esta la teoría que ha conducido la explicación de los cambios en las variables demográficas en diversas regiones del mundo y ha ido ganando en la diversidad de elementos explicativos de los cambios demográficos que se han ido sucediendo, incluyendo el abordaje de las particularidades propias de las poblaciones que están aún en plena transición demográfica. Paralelamente, el propio desarrollo de la Demografía unido a su interrelación con otras ciencias, condicionó la aparición de otras explicaciones teóricas que contribuyeron a profundizar el conocimiento sobre los factores que actúan en las propias trayectorias demográficas.

Sin embargo, pasada la segunda mitad del siglo XX, los demógrafos se encontraron de cara a una nueva situación: un grupo de países del continente europeo ya han alcanzado bajos niveles en las variables mortalidad y fecundidad, han estabilizado los valores de dichos indicadores y están mostrando otros elementos de carácter cualitativo que acompañan la evolución y comportamiento de sus poblaciones. Surge entonces la pregunta: ¿Bajo qué postulados teóricos han de ser entendidos estos procesos demográficos? ¿Es suficiente lo enunciado en la teoría de la Transición Demográfica? ¿Qué pasará en el resto de los países y regiones que se encuentran en los umbrales del fin de su transición demográfica?

En estas circunstancias los investigadores europeos Dirk J. van de Kaa y R. Lesthaeghe iniciaron algunas consideraciones teóricas tomando en cuenta, al igual que sus antecesores, las situaciones concretas por las que transitaban en este momento las regiones europeas e industrializadas y enunciaron una continuidad de la primera transición demográfica: “El nuevo estado en la historia demográfica europea podría llamarse: *‘Segunda Transición Demográfica’*” (van de Kaa, D. J. 1987, p. 4)

A partir de la década de los 80s del pasado siglo, se comienzan a proponer ideas que confluyen hacia la delimitación de postulados -desde la empiria hasta algunos niveles de generalización- que conforman la llamada ‘Teoría de la Segunda Transición demográfica’. Esta se refiere a la descripción e interpretación de los comportamientos de las variables demográficas en el contexto de las sociedades industrializadas de hoy, que culminaron su transición demográfica.

Se parte del hecho de que la situación demográfica actual en las regiones europeas está estrechamente vinculada con el funcionamiento de la individualidad en estas rápidamente cambiantes sociedades. Como consecuencia, casi todos los estudiosos de esta particularidad, coinciden en que, las características demográficas encontradas en estas regiones son reflejo de un profundo cambio en las normas y actitudes de las sociedades y de los individuos. Los atributos más importantes de esta segunda transición son que las tasas de fecundidad se mantienen excepcionalmente bajas, la individualidad pasa a tener un muy importante rol, destacándose la autorrealización por encima de la preocupación por atenerse a patrones y normas de conducta tradicionales. (Coleman, D. 2005)

Aún cuando se mantiene, al igual que en la primera transición demográfica, un estrecho vínculo con el contexto socioeconómico, como condicionante esencial de los niveles en las variables demográficas, se aprecia una diferencia esencial con relación a esta: se trasciende en el análisis desde un enfoque centrado en los valores cuantitativos de las variables fecundidad y mortalidad hacia la incorporación de los elementos cualitativos que las describen.

Adicionalmente, la variable migración asume un importante rol en condiciones en las que la fecundidad se mantiene sostenida en niveles inferiores al reemplazo. Se prevé a esta variable como la encargada de equilibrar el desbalance que se produce en la estructura por edades de la población.

En resumen, la segunda transición demográfica se está refiriendo a explicar que aquellas sociedades en las cuales se ha concluido la primera transición y se han alcanzado, por ende, niveles muy bajos de las variables mortalidad y fecundidad, sostenidos en el tiempo, se encuentran ante un proceso en el cual ya no se continuarán modificando sustancialmente estas variables en lo referido a sus niveles. Se comenzará a prestar atención en mayor grado a características asociadas a la cualidad que acompaña a dichas variables, entiéndase como tal modificaciones en patrones y normas de comportamiento con respecto a la sexualidad, a la maternidad, a la formación de parejas, etc. que estarán incidiendo en indicadores de las variables.

A partir de observaciones realizadas por investigadores en los países industrializados entre 1965 y 1995, se enunció una visión general de la *secuencia demográfica de la*

segunda transición. De este modo se apuntan elementos que en *orden progresivo* han ido apareciendo y que describen el tránsito hacia una segunda transición. (van de Kaa, D.J. 2001)

1. En un momento inicial de la Segunda Transición Demográfica, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) desciende, debido a una reducción de la fecundidad en las edades mayores. Posteriormente, se acentúa su descenso, debido a que desciende la fecundidad de las mujeres más jóvenes, estabilizándose en niveles bajos. Finalmente, esta tasa se incrementa ligeramente cuando las mujeres posponen el inicio de su fecundidad.
2. La tasa de fecundidad de orden alto desciende y se incrementan las tasas de fecundidad del primer orden en las edades más avanzadas. La fecundidad por cohortes aparece estable por debajo del nivel de reemplazo.
3. En una fase inicial de la segunda transición, ha sido constatada una cierta declinación de la edad al primer matrimonio, la que posteriormente se incrementa. Aumentan los niveles de los divorcios y separaciones. Se reemplaza el matrimonio largamente pospuesto por la cohabitación premarital, la que se acepta en mayor grado socialmente y es vista cada vez más como una alternativa al matrimonio además de ser preferida al status de divorcio o viudez.
4. Aumentan los nacimientos fuera del matrimonio y aumenta también la edad del hombre al primer hijo. Los matrimonios son muchas veces pospuestos hasta el primer embarazo.
5. No todos los hijos pospuestos nacen y aumenta significativamente el número de mujeres que no desean tener hijos.
6. Se aprecia una posposición de la maternidad en el marco de las uniones consensuales, dando así lugar a un descenso de la fecundidad en las mujeres jóvenes, lo que condicionará una reducción adicional de la Tasa Global de Fecundidad.
7. Se legaliza el aborto y la esterilización lo que incide en que se disminuya la fecundidad no deseada.

Muchos de estos elementos están condicionando que aparezcan variaciones en la secuencia de eventos en la formación de la familia. En consecuencia, pareciera no existir un claro orden de sucesión de los acontecimientos vitales adultez-matrimonio-nacimiento de hijos. Se están consolidando patrones en los que la unión consensual antecede al

matrimonio, el nacimiento de los hijos se produce en ocasiones fuera del matrimonio en condiciones de soltería o en uniones, el divorcio condiciona la formación de nuevas uniones y el nacimiento de nuevos hijos, y el modelo de la familia varía en correspondencia. Paralelamente han sido identificados algunos aspectos relativos a los diferenciales de la mortalidad, así como de manera significativa a la importancia que reviste la migración internacional.

Desde el punto de vista de los valores cuantitativos de los indicadores demográficos, se presenta alguna sistematización atendiendo a la experiencia en las regiones industrializadas y los países europeos en general. Así, el inicio de esta segunda transición podría ser ubicado cuando la tasa bruta de mortalidad comienza a aumentar como consecuencia de una estructura por edades más envejecida, en tanto la tasa bruta de natalidad continúa su descenso o se estabiliza en valores bajos, también como consecuencia de la menor cantidad de mujeres en las edades reproductivas. Como resultado, la tasa de crecimiento natural continúa su descenso también. Ello permitiría afirmar que la segunda transición se gesta en las etapas finales de la primera, compartiendo ambas, rasgos comunes.

De manera peculiar se aprecia en estas regiones industrializadas un saldo migratorio positivo al ser regiones atractivas a la inmigración desde zonas y países subdesarrollados. Así, se produce la coexistencia de patrones reproductivos de diverso signo toda vez que el proceso de adaptación de los migrantes al nuevo contexto no es inmediato y conlleva una duración en el tiempo durante la cual estos migrantes conservan niveles de fecundidad característicos de sus lugares de origen. Sin embargo, en su proceso adaptativo asumen paulatinamente los comportamientos de estos lugares de destino, de ahí que su incidencia en la fecundidad del país de destino sea leve y no prolongada en el tiempo.

En otros estudios, (van de Kaa, D. J. 1987)² se identifican además algunas etapas en este proceso transicional, también desde la experiencia encontrada en Europa a fines de los

² En un inicio en el año 1985 se están refiriendo a las regiones europeas en su artículo: “Segunda transición demográfica en Europa”, más adelante en el año 2002, se refieren a los países industrializados en el artículo: “La idea de la segunda Transición demográfica en los países industrializados”, sin embargo aún no se ha enunciado que ocurre o ha estado ocurriendo en países no industrializados que han alcanzado esos niveles (por ejemplo Cuba u otras regiones del Caribe).

80s. De este modo, se determina un primer grupo de países en los cuales se podría acotar una segunda transición demográfica muy avanzada y que presentan como característica general una tasa bruta de natalidad entre 10 y 12 por mil habitantes, una tasa de crecimiento natural menor o igual a 0.4% y alrededor del 40% de los hijos se tienen fuera del matrimonio. El segundo grupo se cataloga como en segunda transición lenta y son los que muestran una tasa bruta de natalidad de entre 12 y 16 nacimientos por mil habitantes y una tasa de crecimiento natural mayor a 0.4%, en tanto el Tercer grupo resulta muy peculiar pues en estos países la tasa bruta de natalidad es de alrededor de 14 nacimientos por cada mil habitantes, sin embargo, “se denotan la persistencia de comportamientos tradicionales en las normas y estructuras sociales en torno a la reproducción y sexualidad” (van de Kaa, D. J. 1987, p. 11)

Es obvio que unido a estos indicadores de carácter cuantitativo que muestran países con una primera transición completa y con valores en los indicadores demográficos, sostenidos en el tiempo, en estos contextos se han encontrado otros patrones de comportamiento de carácter cualitativo que serán delimitados más adelante, pero que a grandes rasgos se están refiriendo a cambios en la manera de conformar las parejas y las familias y tener los hijos.

Las revisiones bibliográficas al respecto no acuñan una relación entre estas llamadas etapas y los aspectos de cambio anteriormente señalados. De cierto modo, se presentan como un proceso continuo con características que aparecen en mayor o menor grado en las diferentes sociedades.

Esta llamada segunda transición demográfica, pone su énfasis de manera significativa en cambios relativos al comportamiento de los individuos frente a su reproducción, luego de sostenidos valores en los indicadores y del tránsito de las variables mortalidad y fecundidad hacia niveles bajos. La principal característica demográfica en esta etapa es su efecto sobre las estructuras por edades, al elevarse la proporción de personas en edades avanzadas, encontrándose las sociedades ante un acentuado envejecimiento de la población al que hacerle frente.

Lo más significativo de este proceso transicional desde las diferentes aproximaciones teóricas es asumirlo como un continuo, en el cual la última etapa de la

transición demográfica sienta el precedente para que dichas sociedades postransicionales, una vez alcanzados determinados patrones de comportamiento, propicien, dentro de su propio desarrollo social, que aparezcan o se profundicen particularidades en sus actitudes ante la reproducción, la formación de familias, entre otras.

Al igual que ocurrió históricamente con la transición de las variables mortalidad y fecundidad, que no se produjo simultáneamente en el tiempo en las diferentes sociedades, poseyendo en cada región y país sus propias peculiaridades, estará ocurriendo en la actualidad con la llamada segunda transición. Esta depende, en mucho mayor grado, de los patrones sociales y culturales de cada región y las sistematizaciones hasta ahora realizadas son, al igual que a principios del pasado siglo, a partir de la experiencia de los contextos europeos industrializados.

Resulta significativo que una vez que comienza a disminuir la fecundidad y se logran bajos niveles, por debajo del reemplazo, en los cuales se mantiene la variable de manera prolongada, no es posible esperar un aumento significativo que retorne su nivel al reemplazo, independientemente de la puesta en práctica de políticas o estrategias pronatalistas, aun cuando ello se haya logrado excepcional y coyunturalmente en algunas situaciones específicas. Sin embargo, en el caso de la mortalidad si se ha verificado el deterioro de los indicadores y su retroceso en contextos específicos, generalmente asociados a situaciones de crisis económica en las que se ha visto muy afectado el nivel de vida de la población. Aunque en ocasiones, determinadas políticas y estrategias pronatalistas logren algunas elevaciones en indicadores de la fecundidad, este no resulta sostenido en el tiempo.

I.1.2 El proceso transicional cubano hasta la actualidad.

La transición demográfica en Cuba, ha sido ampliamente debatida en las investigaciones realizadas al respecto. Sus etapas han sido ubicadas coherentemente con los distintos momentos del desarrollo económico y social del país, así como con las circunstancias históricas de la nación. En este sentido, aún cuando no hay siempre concordancia al respecto, las etapas de dicha transición demográfica cubana quedan situadas del siguiente modo:

Primera Etapa: Entre 1900 y 1934 aproximadamente (Hernández, R. 1986), mientras que García, R.(1995) la define hasta mediados de la década de 1940.

Segunda y última Etapa: Entre fines de la década del 30 (Hernández, R.1986) ó del 40 (García, R. 1995) hasta mediados de la década de 1970, año "...que se supone marca el fin de la revolución demográfica cubana, la cual se ha llevado a cabo en el marco de profundas transformaciones económicas, políticas y sociales..." (Hernández, R. 1986, p.200)

Por otra parte Mundigo y Landstreet, en 1983 (Segura, T. y Erviti, B. 2000) atendiendo a los niveles de la natalidad específicamente, identifican con relación al caso de Cuba, cinco etapas:

- a) 1900- 1930: Inicia el proceso de disminución de la tasa bruta de natalidad.
- b) 1930- 1950: Disminución más lenta de la tasa bruta de natalidad.
- c) 1950- 1959: La disminución de la tasa bruta de natalidad se acelera.
- d) 1960- 1965: Aumento de la tasa bruta de natalidad.
- e) 1966- 1980: Reinicio de la disminución de la tasa bruta de natalidad.

En tanto, según la clasificación de Naciones Unidas en el año 1989, (que relaciona Esperanza de vida y Tasa Global de Fecundidad con factores de la conducta reproductiva), Cuba se ubica en una cuarta y última etapa de transición en la que el nivel de Esperanza de vida sobrepasa los 65 años mientras que la Tasa Global de Fecundidad desciende por debajo de un umbral de entre 2 y 3 hijos por mujer. Esto tenía lugar durante el quinquenio 1980–1985. Son identificados como influyentes en la conducta reproductiva factores como la baja mortalidad infantil, el cambio en la condición de la mujer, una actitud más favorable a la planificación familiar y la disminución en las tasas de nupcialidad. (UNICEF, CEDEM, ONE, MINSAP, FNUAP, 1995)

Como es apreciable, hay bastante consenso entre los demógrafos sobre las etapas transicionales de la población cubana, y sobre su conclusión, aún cuando en casos diferentes son clasificadas con criterios diversos, se coincide en asegurar que Cuba está más allá del final de esta primera transición, y que para fines de los 80s, se ha concluido este proceso.

Existen, por otra parte, algunas discrepancias en lo que se refiere a la transición de cada una de las variables, puntualizando en el caso de la mortalidad, el estado de la

transición epidemiológica y, en el caso de la fecundidad, algunas referencias a desarticulaciones aún presentes en el comportamiento reproductivo de los cubanos.

Al respecto, se han realizado otras aseveraciones que afirman que “de acuerdo con el marco de referencia conceptual comúnmente aceptado, puede decirse que en la actualidad, Cuba ha completado ya su transición demográfica.” (UNICEF, CEDEM, ONE, MINSAP, FNUAP, 1995, p. 10) y continúa “...el curso seguido por la transición cubana, sobre todo cuando se analiza desde una perspectiva continua, presenta un rico conjunto de experiencias de diverso signo, tanto por sus importantes logros generales como por algunas desarticulaciones particulares...”.(UNICEF, CEDEM, ONE, MINSAP, FNUAP, 1995, p. 15)

En esta situación valdría la pena preguntarse si es posible ubicar en Cuba una segunda transición demográfica, o clasificar a la población cubana en un estado postransicional. El descenso sostenido de la variable fecundidad por debajo del reemplazo por más de tres décadas, unido a otros elementos de carácter cualitativo dentro del comportamiento reproductivo de la población cubana, así como las características de su estructura etaria en la actualidad, así lo avalan.

La realidad sociodemográfica cubana actual, no es similar a la de otros contextos; posee particularidades y rasgos cuya explicación comienza a rebasar los marcos teóricos de la teoría de la transición demográfica, encontrando sustento cognoscitivo en el esquema analítico de la segunda transición, complementándose ambas teorías como un cuerpo continuo de análisis que permite mayor claridad a la hora de comprender la evolución secular de la población cubana.

Así entonces, y según las etapas definidas con anterioridad que clasifica a los países en los que se identifican los rasgos de la segunda transición, Cuba muestra niveles en sus indicadores demográficos que permiten ubicarla en una fase *Avanzada* de la Segunda Transición Demográfica. Así, para el año 2004, la tasa bruta de natalidad del país fue de 11.3 nacimientos por cada mil habitantes, la tasa de crecimiento natural se situó en 0.41% y poco menos del 75% de los nacimientos tuvieron lugar fuera del matrimonio, es decir, de madres en condiciones de unión consensual (70.5%), de soltería (5.2%) y divorciadas (0.1%).

La mayor distinción del caso cubano con relación al contexto europeo que sirvió de referente empírico a la teoría de la segunda transición demográfica lo constituye el hecho de que Cuba, contrariamente a los países europeos, muestra un persistente e histórico saldo migratorio negativo que la convierte en un país emisor de población cuando los autores de la teoría habían constatado lo contrario en aquellos contextos.

Podría adelantarse, como parte de la explicación, que ello estaría determinado, entre otros factores, por ser la transición demográfica cubana un caso particular y aleccionador en tanto se produce en condiciones de subdesarrollo económico, hecho que la distingue igualmente de los países europeos y que la acerca más a las poblaciones que menos han avanzado en ese proceso y que son las que nutren las corrientes migratorias que se dirigen hacia Europa. Los gráficos 1 y 2 muestran tanto el comportamiento de indicadores demográficos que puede ser descrito teóricamente en un contexto de segunda transición y el comportamiento real observado de esos indicadores en la población cubana entre 1900 y 2004. Véanse las evidentes semejanzas entre ambos casos.

El modelo teórico está señalando el inicio de una segunda transición demográfica cuando se aprecia una aceleración del descenso del crecimiento natural, un aumento sostenido de la tasa bruta de mortalidad, condicionado por los niveles de envejecimiento de la población y una tasa bruta de natalidad que se estabiliza y oscila alrededor de 10 nacimientos por cada mil habitantes. Por su parte, el saldo migratorio comienza a incrementarse y a tomar valores positivos.

El gráfico 2 está mostrando los niveles de dichos indicadores para Cuba, pudiéndose acotar, tal como han afirmado otros investigadores, el inicio y conclusión de la Transición demográfica cubana, para la segunda mitad de la década de los 80s. Entre fines de dicha década e inicios de los 90s, se podría acotar el inicio de una segunda transición en el país. Es aquí donde se puede ubicar una tasa bruta de mortalidad con un comportamiento oscilante tendiendo a un ligero incremento, la tasa bruta de natalidad oscilando con una tendencia marcada a la reducción, desde algo más de 17 por mil hasta 11.3 en el 2004 y la tasa de crecimiento natural mostrando un descenso notable desde 10.8 por mil hasta 4.1 por mil para el 2004. Obviamente, la estructura por edades de la población mucho más envejecida está siendo un elemento importante a tomar en cuenta en el análisis.

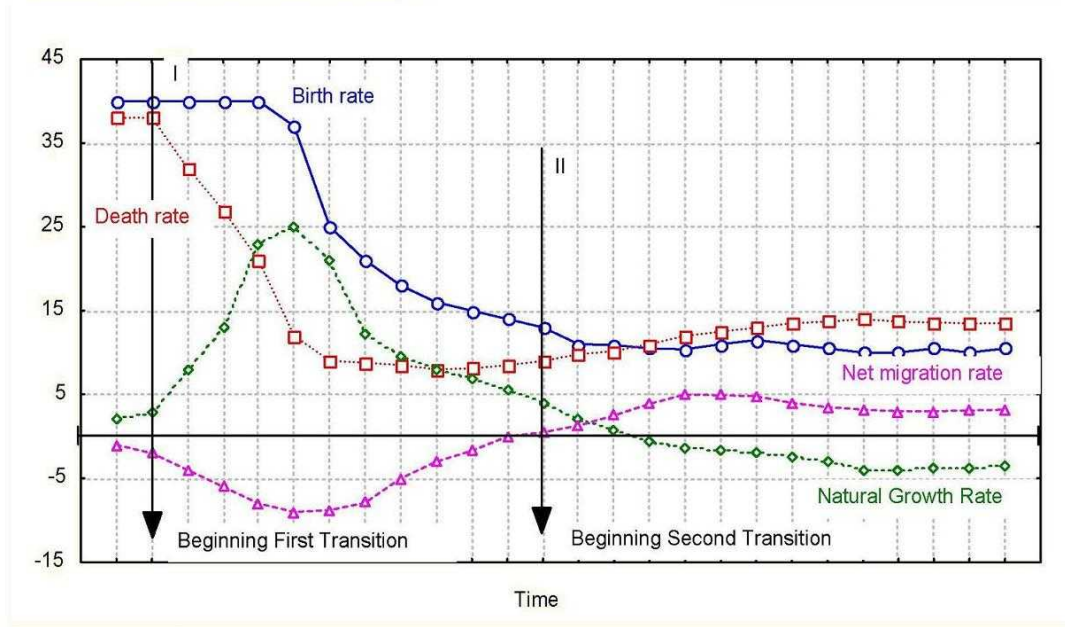
Resultan peculiares los espacios temporales en los que este proceso tuvo lugar, toda vez que mientras que Europa necesitó de varios siglos para registrar estos cambios, Cuba lo ha hecho en apenas 100 años. Ello se debe a que Europa necesitó alcanzar un umbral de desarrollo imprescindible para iniciar y avanzar en su transición, mientras que Cuba como el resto de las poblaciones que hicieron su transición en períodos más recientes se benefició de la transferencia de tecnología, conocimiento e información, pero a la par de avances sociales y voluntades políticas que coadyuvaron a la conformación de patrones reproductivos disociados de los niveles de desarrollo.

En el contexto de Latinoamérica, aún cuando es posible ubicar en algunos países bajos niveles de fecundidad, entre los que se destacan Argentina, Uruguay, Costa Rica y Chile, su comportamiento reproductivo no ha descendido por debajo del reemplazo. Sin embargo, en el Caribe los procesos transicionales de Trinidad y Tobago y de Barbados se pueden clasificar como acelerados, ubicándose en valores inferiores al nivel de reemplazo. La realidad reproductiva europea, por su parte, si está poniendo de manifiesto valores muy bajos, sostenidos durante más de 35 años en muchos de los países. Se destacan las regiones ex socialistas, en las que aún cuando se deprimieron las condiciones de vida y los indicadores de mortalidad y salud en general, continuó disminuyendo la fecundidad. En estas circunstancias se ubica Cuba en el contexto internacional con peculiaridades de su transición que le asemejan y a su vez diferencian de unos y otros países. (Anexo 8).

Es indiscutible que la minuciosidad de este análisis, precisa partir de muchos otros indicadores cuanti y cualitativos, en su mayoría asociados a la Fecundidad cubana y su proceso de transición el cual se acotará en lo que sigue. “De hecho, el descenso de la fecundidad marca el inicio, el avance sostenido de la transición y completa su curso, cuando se alcanzan los niveles de reemplazamiento de la población” (UNICEF, CEDEM, ONE, MINSAP, FNUAP, 1995, p. 11)

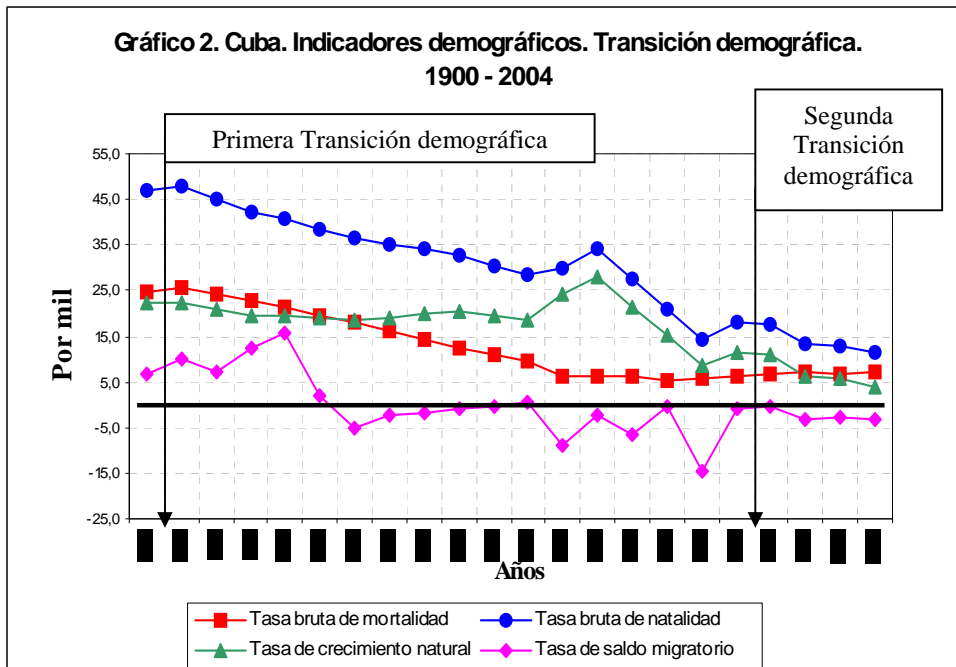
Gráfico 1. Modelo de Primera y Segunda Transición demográfica a partir de los países europeos³

Model of First and Second Demographic Transitions



Source: Van de Kaa (1999)

Gráfico 2. Cuba. Indicadores demográficos. Transición demográfica. 1900 - 2004



Fuente: Rodríguez Gómez, G. A partir de ONE, Anuarios Demográficos. Años seleccionados.

³ En inglés en el original

I.1.3 La transición de la fecundidad cubana.

El proceso transicional de la fecundidad cubana ha estado delimitado y muy relacionado con el devenir socio histórico y económico de la nación.

A finales del Siglo XIX y principios del XX, la natalidad era ligeramente superior a los 30 nacimientos por cada mil habitantes (32.8), mientras que en otras regiones de América Latina era más alta y la causa esencial es, entre otros factores, la ola independentista y el estado de guerra en que se encontraba el país, además de las deterioradas condiciones de vida -provocadas por la propia guerra-, que propician una contracción de la fecundidad. Obviamente en esta etapa aún no se disponía de información confiable, razón por la cual los estimados que se realizaron pueden contener sesgos.

Ya con el inicio del período neocolonial, y la culminación de las guerras de liberación, se vuelven a recuperar los niveles que tenía la fecundidad antes de la guerra, llegando a alcanzar según estimaciones realizadas, valores de 6.0 hijos por mujer (TGF) y de 47.6 nacidos vivos por cada mil habitantes (TBN), los valores más altos obtenidos en este período (Catasús, S. et al, 1975), y durante la década 1910-1919 ya se registra el primer y definitivo descenso de la fecundidad, pues pasa la TGF de 6.05 a 5.92 hijos por mujer. (UNICEF, CEDEM, ONE, MINSAP, FNUAP, 1995, Cuadro 1.1 p.106).

Sin embargo, la presencia de algunos factores externos jugó un rol esencial en este período destacándose la importante oleada inmigratoria proveniente de Europa que ingresó al país en la primera mitad del Siglo XX. Es muy posible que, como parte de su proceso de adaptación, contrajeran su fecundidad y esta conducta a su vez se convirtiera en referente normativo para el resto de la población. (UNICEF, CEDEM, ONE, MINSAP, FNUAP, 1995)

En los tres primeros decenios del siglo pasado comenzó a vislumbrarse el inicio de un proceso de modernización en el país, promovido por la neocolonización de Estados Unidos sobre la isla, y aunque como contrapartida aumentaban las disparidades regionales y de clases, si fue evidente una mejoría de las condiciones higiénico-sanitarias y de los niveles educacionales en la sociedad. Esto, aunque tuvo un impacto más evidente sobre la mortalidad, también la elevación educacional de la mujer de cierto modo posee una impronta sobre la variable fecundidad. Continúa entonces un proceso de descenso que se

mantiene constante con ligeras oscilaciones, pero variando solo entre 1953 y 1958 de 3.51 hijos por mujer a 3.67 hijos por mujer. (Álvarez, L. 1982).

Las transformaciones más profundas se produjeron tras el triunfo de la Revolución en el año 1959, sobre todo en el sentido de la homogeneización de los niveles de fecundidad en las diferentes regiones del país y entre los distintos sectores y clases sociales.

Inicialmente se produjo un aumento importante de la fecundidad que se extendió por algo más de un quinquenio, como producto del “boom demográfico”, iniciado a fines de los 50s, en lo que influyó de manera importante el impacto del cambio social que representó el triunfo de la Revolución cubana en el año 1959, pero estos valores volvieron a recuperar su tendencia para fines de los 60s. (UNICEF, CEDEM, ONE, MINSAP, FNUAP, 1995, Anexo. Cuadro I.1, p.106). En ese entonces, aún cuando no hubo una explícita intención, en términos de políticas de población, las medidas tomadas que beneficiaban a la mujer y a la familia influyeron en la disminución de la fecundidad: la elevación del nivel cultural y educacional de las mujeres posibilitó que se incrementara su participación tanto en la vida cultural como en la laboral, la homogenización en la incorporación social de las mujeres de las zonas urbanas y las rurales, así como una creciente urbanización y concentración de la población (Álvarez, L.1982) fueron otras de las acciones que contribuyeron.

Aún cuando en el país, no se trazó una política explícita de población, si se vislumbra la ejecución de políticas sociales avanzadas. Así, desde el punto de vista de la salud, desde el año 1968 se ejecutó un programa nacional de atención a la mujer, adoptando medidas tales como la dispensarización de todas las embarazadas, la promoción del parto institucional y creación de hogares maternos en zonas rurales y de difícil acceso, unido a una mejor y mayor preparación del personal médico, así como a una amplia cobertura de asistencia médica (García, R. 1996). Estos elementos incidieron en la disminución de la mortalidad infantil, lo cual fue un elemento muy favorable para la reducción de la fecundidad. Algunos investigadores⁴ han señalado dicha relación: “el control de ciertas enfermedades de tipo exógeno, el mejoramiento higiénico-sanitario-ambiental, la mejor alimentación, etc., conducen al incremento de la capacidad de supervivencia de la población, por lo que ya no será necesario tener un elevado número de hijos para aumentar

⁴ Albizu-Campos, J.C. (2003), Becker, G.S. (1976), Caldwell, J.C. (1976), De Tray, D.N. (1974), Rosenzweig, M.R. and Schultz, T.P. (1985).

la probabilidad de que algunos sobrevivan...” (Albizu-Campos, J. C. 2003, p. 29). Es decir que, una vez que las posibilidades de que mueran los niños en edades tempranas, disminuyen y la seguridad de que estos sobrevivirán es mayor, entonces se comienzan a tener menor número de hijos.

Unido a lo anterior, se restableció y amplió el suministro de anticonceptivos de uso más frecuente, a la par que se fueron introduciendo paulatinamente otros procedimientos. (Álvarez, L. 1982)

Desde la mitad de los años 60s, se comenzó a poner en práctica una política dirigida a despenalizar el aborto realizado en instituciones de salud, en las condiciones médico sanitarias requeridas, instaurándose su acceso gratuito y penalizándose solamente su realización fuera de estas circunstancias. (UNICEF, CEDEM, ONE, MINSAP, FNUAP, 1995). Este fue un elemento que incidió, no solo en la disminución de la mortalidad materna, sino también a la larga (luego del impacto del “boom demográfico”) en el descenso de la fecundidad cubana. Obviamente esta “intencionalidad política” posee un trasfondo en términos de planificación económica, una evidente reorganización en los presupuestos que privilegió un desarrollo social de manera absolutamente volitiva.

En materia económica no se experimentó un crecimiento significativo en los primeros años de la Revolución (inferior al 2% entre 1961 y 1965), sin embargo, este comenzó a aumentar discretamente hasta lograrse en el quinquenio 1970-1975 un crecimiento económico igual al 10% (García, R. 1996). Así, en términos de presupuesto, en estos años fueron en crecimiento los montos de recursos destinados por el país a la salud y a la educación (Cuadro 1), esto sustenta el conjunto de medidas ya referidas y acciones concretas de amplia repercusión social que fueron tomadas en esta época y que tuvieron una incidencia indirecta sobre la fecundidad. En tanto, hubo una disminución asociada a los años de dificultades económicas en el país, que como se evidencia más adelante aumenta de manera sustancial en los años 2000 y 2004, tanto en educación como en salud, como respaldo a los programas sociales que está desarrollando el país en dicho período.

Cuadro 1. Cuba. Presupuesto dedicado a la educación y la salud. Años seleccionados (1960 – 2004) (a precios corrientes).

AÑOS	GASTOS EN EDUCACIÓN		GASTOS EN SALUD	
	Total (en millones de pesos)	Per cápita (pesos)	Total (en millones de pesos)	Per cápita (pesos)
1960	83,7	11,8	51,3	7,3
1965	260,4	32,9	148,9	18,8
1970	351,1	40,8	216,4	25,2
1975	808,5	86,2	304,2	32,5
1980	1 340,8	138,3	440,2	45,4
1985	1 696,8	167,3	860,1	84,8
1990	1 619,5	151,9	1 045,1	97,7
1995	1 358,7	124,1	1 222,0	111,1
2000	2094,6	187,9	1683,8	151,1
2004	3601,0	320,4	2089,1	185,8

Fuente: N. Kolesnikov: Cuba, educación popular y preparación de los cuadros nacionales 1959-1982, Moscú, 1983. CEE, Anuario estadístico de Cuba 1982, CEE, Anuario estadístico de Cuba 1985. MINSAP, Anuario Estadístico (años seleccionados). MINSAP, 1999, Anuario Estadístico 1998, Ministerio de Salud Pública. La Habana. Tabla g1.a. ONE, Anuario Estadístico de Cuba, 2005. Togores, V. Enfoque social del desempeño de la economía cubana en 1996. En: CEEC, La Economía cubana en 1996: resultados, problemas y perspectivas. 1997.

El período de 1972 a 1979 marcó el inicio de un descenso de la fecundidad, que llegó a ubicarse por debajo del nivel de reemplazo en el año 1978, en el que la tasa bruta de reproducción por primera vez llegó a ser de solo 0.96 hijas por mujer. Esta disminución de la fecundidad se vio acelerada por las transformaciones socioeconómicas que generaron los programas sociales puestos en práctica paulatinamente desde el triunfo revolucionario. Es importante señalar que la característica fundamental de la fecundidad cubana en este momento es la homogeneización de sus niveles en los distintos territorios, eliminándose o disminuyendo las diferencias territoriales que existían en el pasado. (Farnós, A. 1985)

Paralelamente se ha producido un proceso de rejuvenecimiento, siendo interesante la reducción de la fecundidad en el grupo de mujeres mayores de 30 años, pasando a tener un peso importante las más jóvenes. (Farnós, A. 1985)

Esta transición de la fecundidad tuvo la particularidad de ser acelerada y homogénea como resultado de la acción de los factores sociales, los cuales estuvieron dirigidos hacia todos los grupos y sectores de la población. De este modo, en un breve lapso de tiempo, con la intención política de disminuir la desigualdad, se incide a su vez sobre las diferencias

entre los grupos sociales y esencialmente sobre las disparidades campo-ciudad. En este proceso la mujer jugó un rol esencial elevando su nivel educacional e incorporándose masivamente a la actividad económica.

Ya en la década de los 80s, los determinantes próximos que están incidiendo de manera directa sobre la fecundidad en Cuba son la anticoncepción y el aborto. En este sentido, dentro de este proceso, aún persisten determinadas *desarticulaciones*⁵, que se vinculan a los altos niveles de fecundidad en edades jóvenes, al indiscriminado uso del aborto y a la temprana nupcialidad entre otros.

Estos elementos dan cuenta de la conclusión de la transición de la fecundidad cubana, aun cuando persistan algunos comportamientos que se puedan considerar desarticulados. Su presencia es consecuencia de la peculiaridad y características distintas de su propio proceso transicional enmarcado en los patrones sociales y culturales de la sociedad cubana.

Una vez aseverado esto, se impone vincular algunos de los elementos o indicadores que según los teóricos de la segunda transición, pueden estar acotando un tránsito hacia esta etapa siguiente en el devenir demográfico con su presencia en el escenario demográfico cubano. Vale destacar como ya había sido señalado, que en materia de estudios sociales, es imposible y errado, intentar traspolar de manera lineal lo sucedido en diferentes sociedades. De este modo, estos indicadores dentro de una teoría en pleno desarrollo, son resultado de las observaciones y estudios de los contextos europeos. Siendo así, solo se intentará apuntar algunos momentos de encuentro entre la realidad cubana y los postulados teóricos:

1. La Tasa Global de Fecundidad descende, debido a una reducción de la fecundidad en las edades mayores. Posteriormente, se acentúa su descenso, debido a que descende la fecundidad de las mujeres más jóvenes, estabilizándose en niveles bajos. Finalmente, esta tasa se incrementa ligeramente cuando las mujeres posponen el inicio de su fecundidad.

En Cuba, “entre el quinquenio 1965–1970 y 1985–1990, las mujeres menores de 30 años, aumentaron en 14 puntos su ponderación en la distribución relativa de la fecundidad,

⁵ Con este término se designan determinados comportamientos que no han quedado articulados en el proceso general de homogenización característico de la última etapa de la transición de la fecundidad cubana (embarazo no deseado, aborto, nupcialidad y divorcialidad precoces) (UNICEF, CEDEM, ONE, MINSAP, FNUAP, 1995)

pasando del 68% al 82% de la fecundidad total. Una vez que la fecundidad parece consolidada por debajo del nivel de reemplazo, se produce un nuevo cambio. Entre 1981 y 1992 se eleva la contribución de las mujeres entre 25 y 34 años... pero se mantiene una estructura joven” (UNICEF, CEDEM, ONE, MINSAP, FNUAP, 1995, p.41). Lo que ocurre en el caso cubano es que la fecundidad adolescente descendió más lentamente que los niveles de la fecundidad en el resto de las edades. Ya entre 1995 y el 2004, la contribución del grupo de edades de 25 a 34 años fue de 44.7%, mientras que en el período anterior era de 38%.

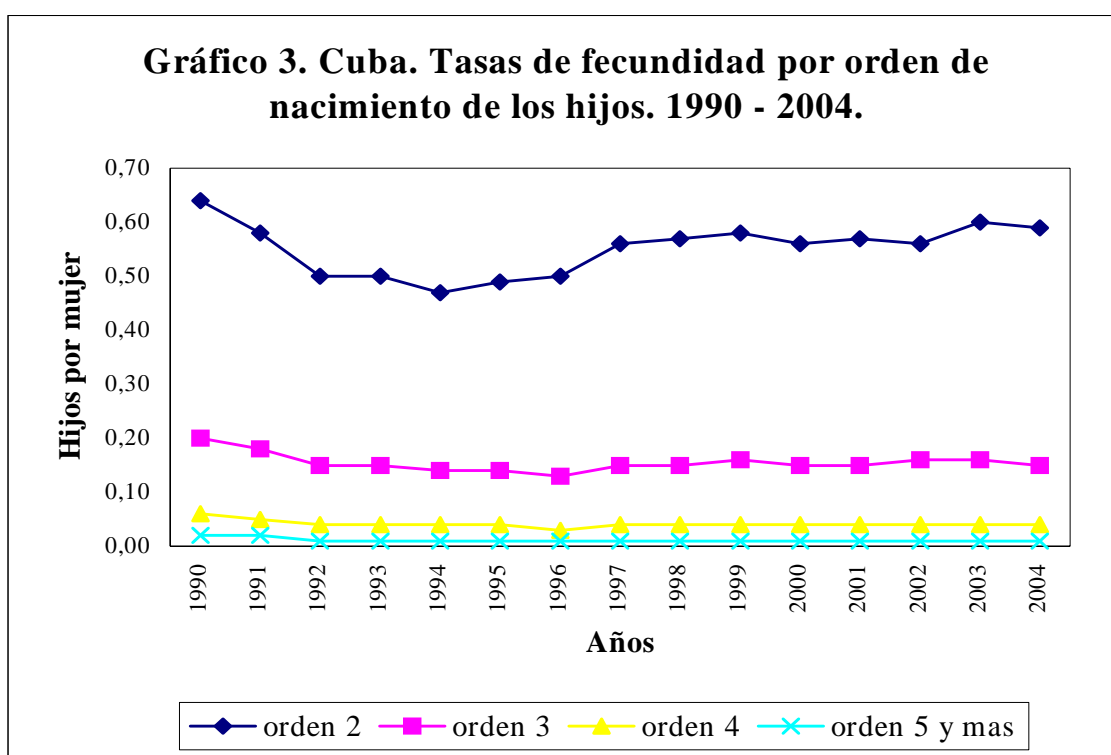
Por su parte la declinación de la fecundidad fue de 1.95 hijos por mujer, en 1978, a 1.54 en el año 2004, mostrando en el período una tendencia a un descenso muy lento con ligeras oscilaciones coyunturales año tras año en el período.

Este indicador en la población cubana permanece por debajo del reemplazo desde 1978, solo con ligeras oscilaciones. En los últimos quince años ha mostrado tendencias hacia el descenso y la estabilidad pero siempre inferiores a dicho nivel de reemplazo. No se observa aún el incremento ligero de la TGF como efecto de la posposición de la fecundidad, aunque en algunos años puntuales esto podría presumirse, sin embargo, dicho efecto está estrechamente vinculado a la situación socioeconómica del país en la etapa.

En los años 1997 y 1998 hubo un aumento de la fecundidad después de haber descendido de manera pronunciada en el año 1996. Esta situación puntual no podría acotarse como un rasgo de segunda transición demográfica, toda vez que se produce en medio de una etapa coyuntural desde el punto de vista económico y social y más bien se podría considerar como una respuesta a esta situación. Es decir, que aún no es posible acotar en el comportamiento demográfico de la población cubana dicho ligero incremento de esta Tasa Global de Fecundidad como consecuencia de la posposición.

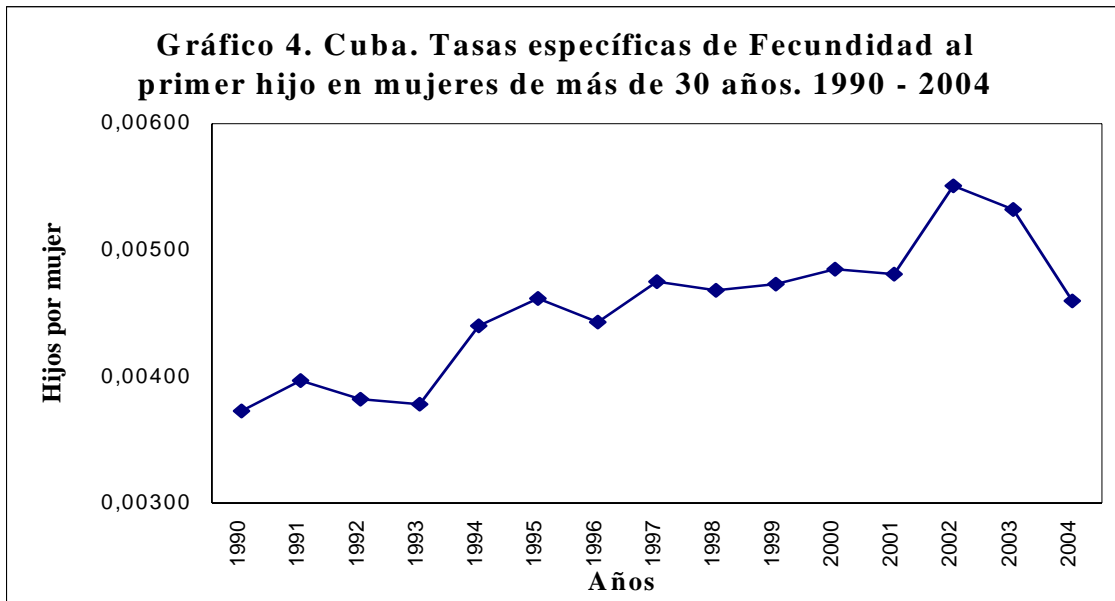
2. La tasa de fecundidad de orden alto desciende y se incrementan las tasas de fecundidad del primer orden en las edades más avanzadas. La fecundidad por cohortes aparece estable por debajo del nivel de reemplazo.

En Cuba, las tasas de fecundidad a partir del orden 3, en el transcurso de los últimos quince años, han mostrado un comportamiento estable y con valores mínimos. En el caso de las tasas de orden 4 y 5 los valores son muy cercanos a 0. En tanto, las tasas de orden 2 aunque con valores bajos están mostrando un comportamiento tendiente al ligero incremento a partir de 1994. Este caso, puede estar siendo el resultado de un completamiento de la fecundidad, luego de haber sido pospuesta por algunas mujeres. Sin embargo, vale destacar que las tasas poseen valores muy bajos. (Gráfico 3)



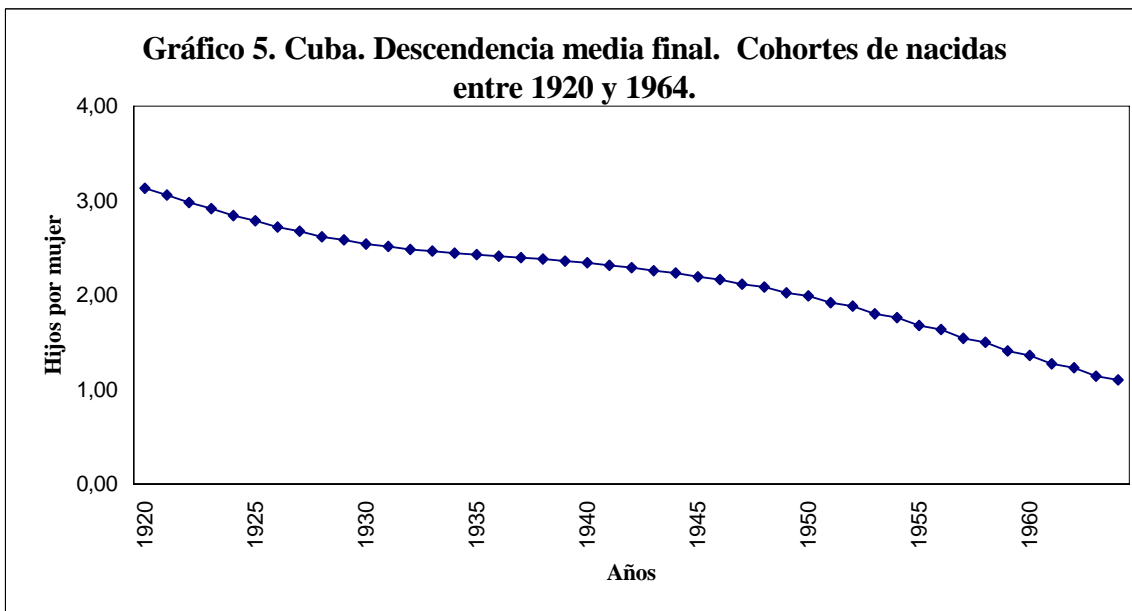
Fuente: Rodríguez Gómez, G. A partir de ONE, Anuarios Demográficos. Años seleccionados y ONE, Bases de Datos de Certificados de Nacimientos. 1990 – 2004.

Aún cuando se discutirán a lo largo de la investigación las causas de la posposición de la fecundidad entre las mujeres cubanas, toda vez que están jugando un rol importante los determinantes próximos y las condiciones socioculturales del contexto cubano, se puede apreciar que han aumentado en los últimos quince años las tasas de fecundidad de primer orden entre las mujeres mayores de 30 años. (Gráfico 4). A partir del año 2002 se vuelve a notar un descenso, pero sin alcanzar los valores bajos del inicio del período.



Fuente: Rodríguez Gómez, G. A partir de ONE, Anuarios Demográficos. Años seleccionados y ONE, Bases de Datos de Certificados de Nacimientos. 1990 – 2004.

El análisis de la descendencia media final, evidencia también que se ha sostenido el comportamiento por debajo del reemplazo, de las mujeres cubanas. Si se toman en cuenta las cohortes de nacidas entre 1920 y 1964, que en su mayoría han concluido su ciclo reproductivo, se aprecia que el número de hijos que como promedio tuvieron estas mujeres descendiende de manera persistente. (Gráfico 5)



Fuente: Rodríguez Gómez, G. A partir de cálculos realizados con información de ONE, Anuarios Demográficos. Años seleccionados.

3. Desciende inicialmente la edad media al primer matrimonio para luego incrementarse paulatinamente. Aumentan los niveles de los divorcios y separaciones. Se reemplaza el matrimonio largamente pospuesto por la cohabitación premarital, la que se acepta en mayor grado socialmente y es vista cada vez más como una alternativa al matrimonio además de ser preferida al status de divorcio o viudez.

La edad media al primer matrimonio o unión en Cuba desde mediados del siglo pasado, ha mantenido valores relativamente bajos, se nota un ligero descenso durante las décadas de los 70s y los 80s, para incrementarse ligeramente en el año 1990 a 20.56 años. La edad media de la fecundidad en este mismo año 1995 (22.9 años) muestra una separación de dos años entre ambos indicadores. Es decir, existe alguna dilatación en el tiempo entre el matrimonio o unión y el nacimiento de los hijos. Por su parte, el comportamiento de las tasas de nupcialidad también tiende a la disminución, aún cuando está obviamente afectada por la variación en la estructura por edades de la población, se puede notar un descenso de la Tasa Bruta de Nupcialidad entre los años 1981 y 2002. (Cuadro 2). En tanto, la divorcialidad si bien ha estado incrementándose se nota una tendencia a la estabilidad en dicho indicador.

Cuadro 2. Cuba. Edad media al primer matrimonio o unión de las mujeres Años seleccionados.

Años	Edad media al Primer matrimonio o unión	Tasa Bruta de Nupcialidad (por mil)	Tasa de divorcialidad (por mil habitantes)
1960	-	9.2	0.6***
1970	19.5	13.5	2.9
1981	19.7	7.5	2.9
1990	18.4*	9.6	3.5
1995	20.56	6.4	3.7
2000	-	5.1	3.4
2002	21.55**	5.1	3.2

* Se refiere al año 1987 (Encuesta Nacional de Fecundidad)**Calculada por la autora***Se está refiriendo al año 1961.

Fuente: Catasús, S. (1991) "La nupcialidad cubana en el siglo XX" CEDEM. Universidad de La Habana. Catasús, S. (2005) "La nupcialidad en Cuba. Características y evolución en el contexto de la conclusión de la transición demográfica. XXV Conferencia Internacional de la IUSSP. Julio 2005" y UNICEF, CEDEM, ONE, MINSAP, FNUAP, Cuba. Transición de la fecundidad. Cambio Social y conducta reproductiva, 1995. Anuario Demográfico de Cuba, 2004.

Según la información proveniente de censos y encuestas, todo parecería indicar que el estado conyugal de las cubanas ha venido experimentando un cambio, si bien las personas renuncian a estar solas a medida que avanzan los años, también se destaca una diferencia entre las mujeres cubanas que en el transcurso de los años se declaran en unión consensual, con relación a aquellas que están casadas (Cuadro 3). La proporción de estas últimas ha disminuido ligeramente, en tanto las unidas y divorciadas han aumentado.

Con relación a los más jóvenes "...resulta destacable el peso de la consensualidad en las menores de 20 años, entre las que –como grupo- presentan una relación de 167.2 unidas por cada cien casadas...Estas altas proporciones también se manifiestan entre los adolescentes varones de similar grupo etario, con un indicador promedio de 189.2 unidos por cada 100 casados." (Catasús, S. 2005, p. 11). El patrón conyugal en la población cubana está mostrando un comportamiento coherente con la tendencia que se venía presentando por algo más de cinco décadas y en correspondencia sigue existiendo una separación entre la edad media al primer matrimonio o unión y la edad media de la fecundidad. Ello no significa que las madres estén teniendo sus hijos solteras, sino que lo hacen acompañadas pero en su mayoría no en uniones legalizadas.

Cuadro 3. Cuba. Estructura por situación conyugal de la población femenina. Años censales. (Porcentaje)

Situación Conyugal	1953	1970	1981	2002
Soltera	37.2	28.2	22.0	18.5
Casada	35.4	39.6	38.3	35.3
Unida	19.5	21.2	20.9	25.4
Divorciada	0.8	4.4	6.9	9.0
Separada	-	-	4.9	3.9
Viuda	7.0	6.5	7.0	7.9

Fuente: Catasús, S. "La nupcialidad en Cuba. Características y evolución en el contexto de la conclusión de la transición demográfica." XXV Conferencia Internacional de la IUSSP. Julio 2005 y cálculos de la autora a partir de datos del Censo de Población y Viviendas 2002, Informe Nacional.

4. *Aumentan los nacimientos fuera del matrimonio y aumenta también la edad del hombre al primer hijo. Los matrimonios son muchas veces pospuestos hasta el primer embarazo.*

La fecundidad en unión consensual es una característica de la población cubana en las décadas previas a 1960, sobre todo en las zonas rurales del país, sin embargo como se nota a partir de 1970, la proporción de unidas ha ido aumentando de manera significativa. A pesar de que la información previa a 1960 puede poseer problemas de declaración y que muchas de las personas en unión se declaraban solteras, sigue siendo relevante que alrededor de la quinta parte de la población, ya en aquellos años, se declarase unida.

Así, en los últimos quince años, el 62% de los nacimientos han sido de madres unidas, constituyendo prácticamente el doble de las casadas, las cuales representan un 33%. Sin embargo, es mínima la proporción de mujeres que tienen sus hijos solteras, a saber un porcentaje de alrededor del 5%.

Este comportamiento se inserta en la tradición de formación de las familias cubanas históricamente, la tendencia, sobre todo en las zonas rurales, era a unirse más que casarse por motivos de índole económico. Es decir, que “la unión consensual en Cuba tiene raíces históricas que la fortalecen en el contexto de las tendencias actuales y por ello representa un modo de apertura a la reproducción, aceptado por una gran parte de la población.” (Gran, M. 2005, p. 25)

Las indagaciones en torno a la fecundidad masculina son relativamente recientes en Cuba, no hay amplia información al respecto y la mayoría se centra en la actitud del hombre ante la salud sexual y reproductiva más que en esta medición, por ende no existe información acerca de la edad media del hombre al primer hijo. Este sigue siendo un elemento a estudiar en el futuro. No obstante, las investigaciones consultadas al respecto, si exponen como resultado interesante problemas con la declaración real de los hijos tenidos por los hombres y situaciones de prejuicios y conductas machistas ante la sexualidad. (Álvarez, L; León, E.M; de Armas, T; Calero, J.L. 2004).

La relación entre primer embarazo y matrimonio en Cuba no ha sido ampliamente abordada, no obstante, si se ha demostrado que hay una separación entre matrimonio o unión y el embarazo. Las entrevistas realizadas en esta investigación acotan en algunos casos, entre las razones para transitar desde una unión consensual a un matrimonio, el embarazo como situación concreta. Ante estos casos algunas mujeres refieren sentir más seguridad para el futuro de sus hijos si se encuentran casadas en el momento en que ellos

nacen. Esto será ampliado con más detalles en el capítulo 3. Sin embargo no se puede afirmar aún este como un comportamiento generalizado entre la población cubana.

5. *Se aprecia una posposición de la maternidad en el marco de las uniones consensuales, dando así lugar a un descenso de la fecundidad en las mujeres jóvenes, lo que condicionará una reducción adicional de la TGF.*

En el país hay una peculiaridad en cuanto a la tradición de consensualidad. La mujer cubana como ya se anotó con anterioridad tiene sus hijos en uniones, y aunque esta situación conyugal, es más frecuente en las edades jóvenes, sigue siendo importante en las edades adultas de la vida. Sin embargo algunos cálculos realizados referidos a la posposición atendiendo a la situación conyugal (Cuadro 10, Capítulo II), indican que atendiendo a la situación conyugal son las mujeres unidas las que están posponiendo en mayor medida.

6. *Se legaliza el aborto y la esterilización lo que incide en que se disminuya la fecundidad no deseada.*

La legalización del aborto y la esterilización en el país desde hace alrededor de 40 años, así como los programas de amplio acceso a la anticoncepción para regular la fecundidad, han condicionado que en el país en general se muestren bajos niveles de fecundidad no deseada. El país muestra valores inferiores a 0,5 hijos no deseados por mujer. Comparativamente con el resto de América Latina los valores son muy bajos, y comparativamente son mucho menores en zonas urbanas y en mujeres de más de 7 grados de instrucción. (UNICEF, CEDEM, ONE, MINSAP, FNUAP, 1995)

7. *No todos los hijos pospuestos nacen y aumentan significativamente las mujeres que no desean tener hijos.*

Estos elementos no están presentes en el contexto cubano. Aún no es posible medir si los hijos pospuestos en todos los casos nacen y es un elemento también a ser indagado en el futuro. Sin embargo, en las entrevistas realizadas en esta investigación cuyos resultados serán presentados en detalle en el capítulo 3, se pudo notar que el ideal de hijos cero no fue

encontrado entre las mujeres entrevistadas. Por lo general es este un comportamiento también presente en otros contextos, aún cuando en el contexto europeo es mucho más frecuente la presencia de mujeres que no desean tener hijos.

Todos estos aspectos mostrados hasta aquí, están poniendo de manifiesto que el proceso acelerado y homogéneo de la transición cubana y las propias características de la sociedad apuntan hacia comportamientos reproductivos y de formación familiar que inciden en la estructura y nivel de la fecundidad así como en la formación de parejas.

Las transformaciones en el panorama reproductivo de la población cubana están estrechamente vinculados a la individualidad, en su interacción con su entorno psicosocial. De este modo, para comprenderlos, es preciso además de comprender el lugar de la fecundidad cubana en un entorno global y su proceso transicional, construir el sistema de interrelaciones dentro de la propia sociedad que estarán propiciando determinado comportamiento reproductivo.

I. 2 Un modelo psicosocial para interpretar la fecundidad cubana.

Las variables demográficas son el reflejo a nivel social de la actuación de las poblaciones. Una vez que es evidente la necesidad de profundizar en su estudio, el camino para hacerlo a través de la comprensión de las actuaciones individuales se convierte en una alternativa de análisis. Una comprensión por ende, de la fecundidad y sus determinantes, precisa tomar en cuenta las interacciones que se producen al interior de la realidad social. Es decir, se ha de valorar la relación entre el individuo y la sociedad, y el rol de dicha interacción en las decisiones de los individuos.

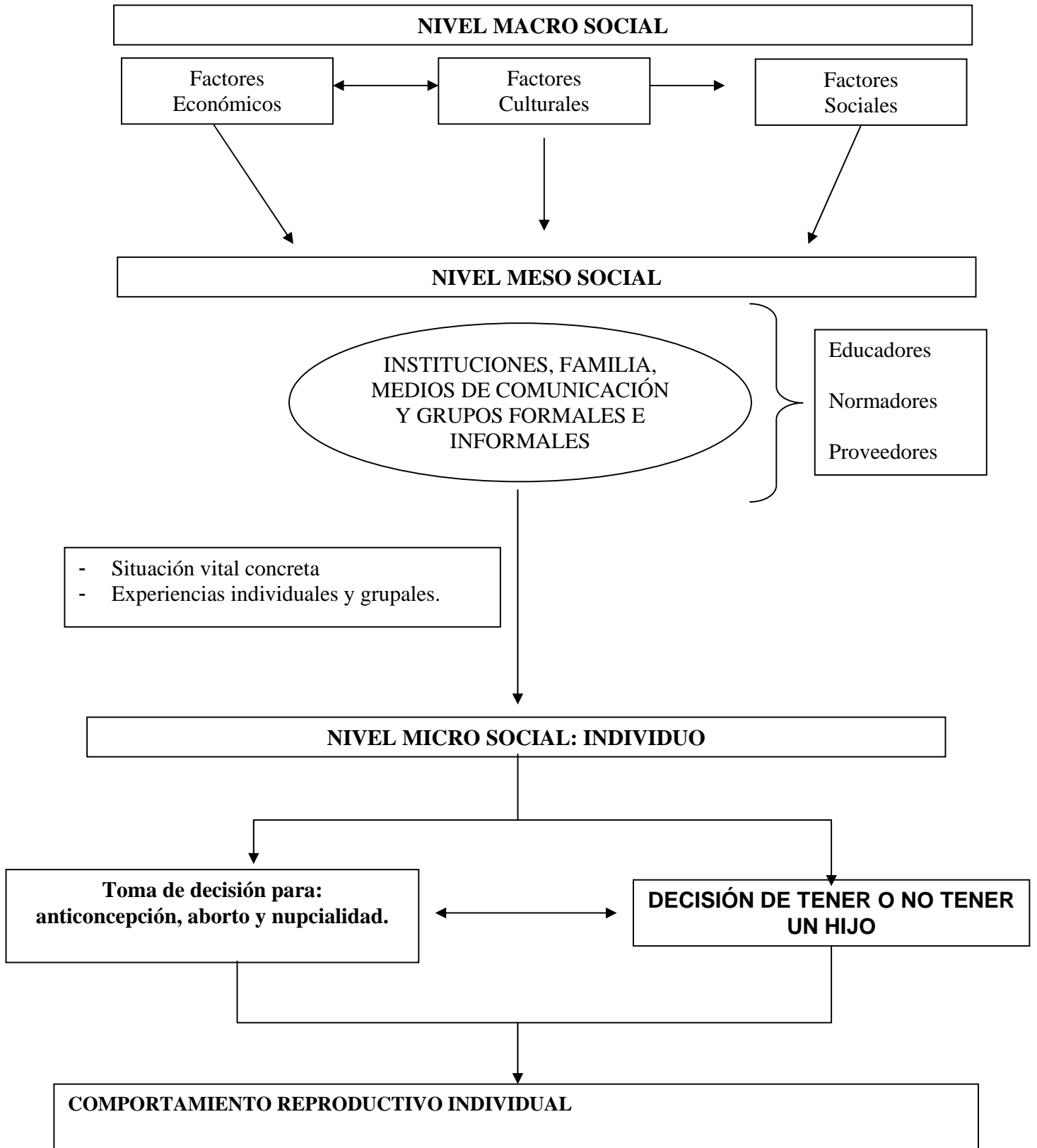
Un enfoque de este tipo podría partir de la delimitación de tres niveles en el entramado social. Entiéndase como tales, un nivel Macro Social, en el que se ubicaría a la Sociedad y un nivel Micro Social que le correspondería al Individuo. Entre estos dos extremos, estará mediando un nivel intermedio que podría denominarse instancia Meso Social y que a través de ella llegará la incidencia de lo social al individuo y su comportamiento. El rol de estos niveles intermedios es justamente actuar como canalizadores de la incidencia de lo social sobre el hombre.

Esta aproximación esquemática permitiría ubicar en cada uno de estos tres niveles, los factores y determinantes que podrían explicar las decisiones asociadas al comportamiento reproductivo de las personas. Es preciso señalar que esta esquematización deviene en un recorte metodológico de la realidad que es mucho más amplia y rica y con mayor número de interrelaciones que implican al resto de las variables demográficas.

Partiendo desde el nivel Macro Social, en él es preciso ubicar los factores de orden económico, social y cultural en una sociedad, entendiendo como tal, desde el sistema socioeconómico imperante hasta las particularidades del entramado sociocultural. Obviamente esta construcción cultural está delimitada por patrones y normas socialmente aceptados históricamente.

Este punto de inicio, estará determinando la manera en que funcionarán las instituciones formales de una sociedad, que devendrán en educadoras, normadoras y también proveedoras de servicios a sus ciudadanos. Es imprescindible en estos tiempos, interrelacionar las propias instituciones con los mecanismos de difusión a ellas vinculados.

ESQUEMA 1



La información, en tanto comunicación, resulta un eslabón esencial en la cadena de influencias sobre las conductas y decisiones individuales. De hecho, estará llegando al individuo aún cuando este no lo busque.

Existen algunas teorías que han insistido en el rol de la difusión y la interacción social sobre el descenso de la fecundidad en regiones poco desarrolladas. (Bongaarts, J. y Watkins, S. 1996). En este caso, con toda veracidad se ha trascendido de los propios medios de difusión oficiales, asociados a instituciones, subrayando el rol de las redes informales de comunicaciones tanto horizontales como verticales. Esta es otra información que recibe e intercambia el individuo, en sus grupos formales e informales de pertenencia y que también estará influyendo sobre las decisiones individuales.

Así, son evaluadas dentro de la interacción social tres categorías:

1. *la información y las ideas.*
2. *la evaluación*
3. *la influencia social.*

En este sentido, la información que se transmite por los diferentes canales unido a las ideas que se manejan socialmente sobre la reproducción humana, estarán legitimando e ilegitimando conductas reproductivas e incidirán de modo directo sobre los niveles de la fecundidad. Por otra parte la evaluación que se haga de dicha información e ideas, estará aportando una interpretación de las mismas, y será entonces relevante la fuente evaluadora y el significado del contexto y las circunstancias concretas en que son evaluadas. Finalmente la influencia social se refiere al efecto que sobre el comportamiento tienen las percepciones individuales y los puntos de vista de los otros, estableciéndose los cánones de aprobación y desaprobación social y los canales para dicha interacción. (Bongaarts, J. y Watkins, S. 1996).

En el nivel meso social se está normando y regulando el funcionamiento social, oficial e informal, asociado a la reproducción. En tanto, resultan bien importantes sus funciones como proveedoras de servicios, entiéndase servicios de salud, de asistencia y a la par son estas instituciones las responsables de proporcionar educación.

Entre estas agrupaciones a las que se integra el individuo, se destaca la familia de pertenencia, cuyas normas y valores son transmitidos a sus miembros y la que en general funciona como un fuerte referente comportamental para él. Ahora, esta familia no es ni por

mucho estática y se estará modificando en la misma medida en que recibe las influencias del nivel macro social.

Por último en esta escala se encuentra el individuo, que resulta, como eslabón final, el tomador de las decisiones, pero siempre lo hará a partir de su situación vital concreta. Es decir, de su nivel educacional, inserción en el mercado laboral, situación económica, proyectos de vida etc. A la par, se estarán integrando de igual modo, las experiencias personales y las transmitidas por los diferentes grupos a los que él pertenece. Esta situación del individuo va a delimitar su actitud ante la información, quien se moverá entre los extremos de recepción acrítica y pasiva hasta la búsqueda activa y crítica de aquella información relevante.

Finalmente, esto determinará la interrelación del individuo con los llamados determinantes próximos de la fecundidad que tienen su origen en las variables intermedias de la fecundidad enunciadas por K. Davis y J. Blake (1967). En esta teoría, se divide el proceso reproductivo en 3 etapas: el coito, la concepción y la gestación y el parto. Se identifican en correspondencia once variables intermedias entre el proceso biológico y los factores económicos, sociales y culturales. En su esquema señalan:

- I. Factores que afectan la exposición al coito (variables del coito)
- II. Factores que afectan el riesgo de concebir (variables de la concepción)
- III. Factores que afectan la gestación y el éxito del parto (variables de la gestación)

Estas son, a saber “...las variables intermedias a través de las cuales debe actuar cualquier factor social que influya sobre el nivel de la fecundidad” (Davis, K. y Blake, J., 1967, p.157)

En este desarrollo teórico los autores ponen de relieve este conjunto de factores a través de los cuales llega siempre la influencia de lo social sobre el individuo. De hecho, ellos se interesan por diferenciar las regiones “subdesarrolladas” de las “urbano-industriales”, clarificando que diferentes combinaciones de estas variables pueden arrojar niveles similares de fecundidad.

La intención en el esquema anteriormente propuesto se refiere a comprender algunos elementos que desde lo social están incidiendo en la actuación de los determinantes que inexorablemente definirán la fecundidad. Ahora, la proposición parte en este caso de decidir que estos factores sociales condicionan la variable intermedia solo a través de la

actuación concreta del individuo y por ello este tomará sus decisiones con relación a la anticoncepción, el aborto o la nupcialidad. La intención es complementar el esquema ya propuesto por Davis y Blake, ampliándolo hacia las interrelaciones entre lo social y lo individual.

Posteriormente Bongaarts (1982) elabora un modelo donde relaciona y operacionaliza de manera empírica a dichas variables intermedias. De esta forma, señala a la anticoncepción, la práctica del aborto inducido, la infertilidad por lactancia post parto y la nupcialidad o uniones como “determinantes próximos de la fecundidad”, porque ejercen su efecto directamente sobre la fecundidad sin interferencia posterior de otros factores.

I.2.1 La toma de decisión

Los acercamientos teóricos a la toma de decisión como proceso sociopsicológico son disímiles, desde los modelos trazados, con orígenes en los paradigmas enunciados por Thomas Kuhn, en 1962 en los que propone como operaba un paradigma en la vida de las personas y por las diversas utilidades que en estos términos poseen dentro de las terapias psicológicas. También ha sido ampliamente desarrollado el campo de la toma de decisiones en el área empresarial, entrenando a las personas para lograr eficiencia y agilidad en el área laboral.

Desde la perspectiva individual en la vida cotidiana, las personas necesitan estar tomando decisiones en diferentes momentos de su vida, las que poseen mayor o menor relevancia en cada circunstancia. Sin embargo, siempre en cada una de ellas, se estarán vinculando sus experiencias, características individuales, los grupos a los que pertenece y su situación concreta en ese instante.

Específicamente, las decisiones en el ámbito reproductivo estarán condicionadas desde estas perspectivas, y podrían delimitarse como la fusión entre ideas y vivencias personales en esta área con los patrones socioculturales y la situación vital concreta que atraviesa el sujeto en cada momento de su vida. Obviamente se están poniendo en juego aspectos de carácter netamente cognitivo como la evaluación de la realidad, de los propios recursos, la formulación de objetivos, valoración de consecuencias, etc., con otros de origen emocional dentro de los que se encuentran los deseos, necesidades, motivaciones, etc.

Todo el esquema hasta aquí discutido, permite ubicar el entramado económico, social y psicológico que está mediando la toma de una decisión reproductiva por parte del individuo. Solo restaría determinar cómo indagar en la búsqueda de estos elementos.

I. 3 Un enfoque metodológico para estudiar la fecundidad cubana.

Durante muchos años ha sido tradicional el estudio de la fecundidad y sus comportamientos, asociados al cálculo de los indicadores demográficos clásicos, obteniendo datos cuantitativos para la realización de análisis muy apegados a la matemática, la estadística y otras ciencias afines. Esta información aportó durante décadas los elementos necesarios para comprender la dinámica de la población y sus comportamientos asociados, sobre todo en la medida en que estaban respondiendo a las teorías que explicaban dichos cambios.

Sin lugar a dudas, la realidad sociodemográfica del mundo ha cambiado, y en ese mismo sentido han ido variando las aproximaciones teóricas que describen e interpretan dicha movilidad. Así, asociadas a la fecundidad, no han sido suficientes los abordajes a ella dentro de la teoría de la transición demográfica, como tampoco aquellas que describen el comportamiento reproductivo asociado a elementos de corte estrictamente económico como la teoría microeconómica de la fecundidad. En consonancia con dichos cambios se han comenzado a desarrollar otras teorías que acompañan la evolución de las poblaciones. Así, se describen la teoría de las interacciones sociales (Bongaarts, J. y Watkins, S. 1996) incorporando el rol de las redes sociales para la difusión y diseminación de comportamientos, así como los enunciados de la llamada segunda transición demográfica.

En tanto, se ha venido incorporando paulatinamente el enfoque multidisciplinario a los estudios de la población, acercándose a los estudios demográficos sociólogos, psicólogos, antropólogos, etnógrafos, etc. Cada uno de estos profesionales traen consigo un arsenal de presupuestos teóricos, tal es el caso, dentro de la Sociología, de los enunciados en torno a la Sociología de la Reproducción (MacInnes, J. y Pérez Días, J. 1999) o la Sociología de la Población (Gérard, H. y Piché, V. 1995). Un enfoque de esta índole condiciona una necesaria validación epistemológica, que ha de considerar que “los propios

diseños de investigación y las estrategias metodológicas para abordar el mundo social deben ser revisadas a la luz de las nuevas realidades” (González, H. 2000, p. 301).

Estas nuevas aproximaciones teóricas, así como enfoques dentro de la Demografía resultado de las propias transformaciones de la población, vienen acompañadas de la incorporación de nuevas formas de indagación de la realidad, ahí se inicia la introducción de la metodología cualitativa a los estudios de población.

Dicha incorporación no significa que la metodología cuantitativa y las técnicas demográficas específicas no se hayan desarrollado a la par de los desafíos que impone la población en los últimos tiempos. En realidad, todo este arsenal de métodos y técnicas se ha desarrollado sustancialmente con la inclusión de nuevas técnicas específicas y otros métodos de interpretación de los datos de población.

Es decir, que resulta imprescindible, lejos del debate que trata de apreciar las diferencias entre las fuentes de datos y las metodologías de análisis cualitativas y cuantitativas, comprender los dos enfoques dentro de los estudios de población como un continuo que permite complementar el análisis demográfico tradicional.

Este proceso de apertura y cambios al interior de los estudios demográficos tuvo un momento significativo en la Conferencia Internacional de Población del Cairo en el año 1994. Se introdujo la concepción de Salud Reproductiva, refiriéndose al “completo estado de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor y sus funciones y procesos.” (En Álvarez, L. y Rodríguez, A. 2004, p. 12). Aunque no fue aprobado en dicho congreso, en muchas conferencias posteriores hubo consenso en lo relativo a la incorporación a este concepto de los aspectos vinculados a la sexualidad humana, así en muchas regiones se comienza a operacionalizar el concepto hacia la *Salud sexual y reproductiva*.

A partir de las indagaciones vinculadas a la Salud sexual y reproductiva, se están ampliando los horizontes de los Estudios de Población dirigiéndose, además de a la descripción del comportamiento de sus indicadores, a profundizar en los aspectos psicosociales que los fundamentan y explican. En estas circunstancias, ¿qué ventajas le puede ofrecer a los estudios de población el empleo de la metodología cualitativa?

Ante todo, vale destacar que las técnicas asociadas a este tipo de metodología ofrecen a los estudios de población indagar en la comprensión de los fenómenos desde lo

individual, de modo que posibilita la obtención de información a un nivel menos agregado. Paralelamente, dichas técnicas tienen la peculiaridad de poder aportar información amplia y detallada sobre los comportamientos de las personas, y así profundizar en descripciones e interpretaciones de los mismos. Permite encontrar, además, la explicación de las variables asociadas a factores socioculturales, coyunturales y particulares. Así, desde lo particular es posible ampliar y esclarecer las regularidades más generales. Finalmente brindan la posibilidad de establecer hipótesis diversas acerca de la explicación de los fenómenos de la población en estudio.

Por supuesto que esta incorporación posibilita la fusión de estrategias metodológicas de corte cuantitativo y cualitativo, pero no de manera ecléctica ni sumergida dentro de cada ciencia, sino desde la delimitación de problemáticas de investigación para cuya solución se precise acudir a esos enfoques. De ese mismo modo, se ha de realizar una adecuada selección de técnicas que aporten datos precisos en correspondencia con el objeto de indagación.

En el caso de Cuba, el nivel alcanzado en la actualidad por la variable fecundidad, así como su comportamiento en las últimas décadas, pasando por las peculiaridades en sus determinantes próximos –anticoncepción, aborto, nupcialidad-, precisan que las próximas investigaciones en torno a esta variable, acudan a enfoques metodológicos cuantitativos. Además de ser preciso que, desde las técnicas de análisis clásico, se indague sobre las regularidades del nivel agregado o macro social, delimitando los comportamientos según los diferenciales de la fecundidad, es imprescindible encontrar argumentaciones que expliquen el nivel de los indicadores, que permitan profundizar en la búsqueda de explicaciones y formulación de hipótesis sobre los factores o elementos que condicionan dichos comportamientos. Un acercamiento a ello desde lo individual, sería una manera de hacerlo.

De este modo, la complementación posibilitará una comprensión más amplia del comportamiento reproductivo de la población cubana.

I.3.1 La coyuntura económica de los 90s.

Este abordaje metodológico requiere tomar en cuenta la coyuntura económica por la que atravesó el país en esta década. Se produjeron profundas transformaciones internas provocadas por condiciones de crisis económica con importantes implicaciones en el nivel y calidad de vida de la población.

A inicios de la década "...la desaparición de los mercados internacionales del país provoca un fuerte deterioro de los términos de intercambio comercial, además de una reducción en el monto del intercambio, lo que fue de gran repercusión para la economía, pues en el marco económico singular que había sido el campo socialista hasta el final de los años ochenta, se concentraba el 80% de todo el consumo externo de la isla y para el que se intentó con urgencia una reubicación geográfica, aunque en condiciones menos favorables" (Albizu-Campos, J. C. 2004, p.190)

Las implicaciones se refieren a un colapso del sector externo de la economía, representado en reducciones de las importaciones en un alto porcentaje. Algo similar le ocurre a las exportaciones, las que resulta preciso reubicar en nuevos mercados con la consabida pérdida de capital. La pertenencia al Consejo de Ayuda Mutua Económica (CAME) del campo socialista, le proveía amplias ventajas a los productos nacionales, que no se veían precisados a competir en otros entornos. Del mismo modo facilitaba la adquisición de productos de estos países a precios asequibles y con condiciones de pago ventajosas.

El impacto en el sector interno como consecuencia, no se hizo esperar. Así, se evidenció un descenso en el producto interno bruto a partir de 1990 y hasta 1994, la tasa de crecimiento anual del PIB, estuvo disminuyendo desde 0,7% en el 1989 hasta un -14,9% en el 1993 (Pérez, O. 2004). En el año 94 comienza una ligera recuperación al interior de la crisis. "En el segundo semestre de 1993 se tomaron tres medidas importantes que aumentaron el incremento de la elasticidad del consumo de la población y la elevación del ingreso del Estado. Estas fueron: la despenalización de la tenencia y utilización privada de dólares... la autorización del trabajo por cuenta propia... y por último, ...se crearon las llamadas Unidades Básicas de Producción Cooperativa ...que se implementó sobre la base de la distribución de la tierra, en arrendamiento, de granjas agrícolas estatales a campesinos

privados para su explotación en la producción de alimentos, medida que fue acompañada de la autorización de un mercado agropecuario, con precios fijados por los productores”. (Albizu-Campos, J. C. 2004, p. 205)

Aún cuando la voluntad política dirigida a mantener los logros alcanzados estuvo sostenida por una planificación del presupuesto de estado, se revelaron efectos sociales que devinieron en una importante disminución del salario real sobre todo en los primeros años de la crisis, un decrecimiento del consumo privado, surgimiento de niveles de vida divorciados de los resultados del trabajo, entre otras repercusiones (Togores, V. 1999)

“La vida cotidiana de la población se tornó muy difícil: a las carencias alimentarias, fundamentalmente en lo referido a proteínas y grasas, se unieron los cortes prolongados y sistemáticos del servicio eléctrico, la escasez de transporte, las deficiencias en cantidad y calidad de ropa y calzado, el déficit de medicamentos, el cierre de empresas y fábricas, la reubicación de personal, la falta de recreación, etc.” (Chávez, E. 2000, p. 5)

Obviamente, esta situación incidió en todas las facetas de la vida del ciudadano común y por ende en su comportamiento reproductivo, puesto que aún cuando los indicadores demográficos sustentan cierta inercia en sus comportamientos, mucho más cuando poseen niveles tan bajos, se dejan impactar por situaciones críticas o extremas. Por ende, el comportamiento de la fecundidad cubana en cuanto a su estructura y nivel en este período, no puede ser abordado separado de la coyuntura económica del país en estos años. Si por una parte los patrones sociales de comportamiento tienen arraigos culturales, por otro lado, el individuo no puede escaparse ni aislarse de su cotidianidad.

La precisión de la relación entre tendencias y comportamientos demográficos y situaciones económicas coyunturales resulta difícil y encierra varios problemas en su definición. “Uno de esos problemas es el relacionado con la temporalidad de los eventos. De las cuestiones más polémicas en ese sentido se refiere al período de tiempo que se debe esperar para que una crisis económica haga efecto sobre los eventos socio-demográficos... una alternativa sería estudiar los años de rezago, es decir, en cuantos años de diferencia entre el indicador económico y la variable demográfica estudiada se da el mayor efecto. El segundo problema, y no menos importante, es cómo reconocer ese impacto. Existe la cuestión en cuanto a lo que se debe esperar frente a una crisis: una relación inversa y directa o una diversidad de impactos, que pueden ser mediados por políticas sociales

compensatorias, programas, condiciones políticas, entre otros... para observar esa mediación, se recomienda incorporar en el análisis, las condiciones institucionales, políticas y de organización social.” (Romero, D. y Szwarcwald, C. 2000, p. 4)

Adicionalmente, es imprescindible tomar en cuenta en condiciones de crisis, que la movilidad de los indicadores se reflejará de manera diferenciada en grupos sociales y atendiendo a los niveles educacionales y culturales de su población. En tanto será diversa en relación con el patrón demográfico que esté presente en el momento de la crisis en cada país o región.

En la situación demográfica cubana a inicios de los 90s, con niveles elevados de esperanza de vida al nacer, bajos valores en la mortalidad infantil, y una fecundidad ubicada por debajo del reemplazo, el impacto de una crisis económica sobre dichos indicadores resulta particular, además de que estuvo mediado por una voluntad política de sostenimiento de gastos sociales a través de la intervención del estado en dichos servicios. Pero es obvio que hay también una importante mediación de los niveles de escolaridad de la población y la educación en materia sexual y reproductiva.

En la variable mortalidad, este período de coyuntura tuvo una impronta en una reducción de de la esperanza de vida al nacer, que estuvo dado por un incremento de la mortalidad que involucró a todas las edades con excepción de los menores de un año. (Albizu-Campos, 2000).

Por su parte, en el comportamiento reproductivo de la población cubana la crisis de los 90s, pudo ser impactada desde la disponibilidad objetiva de métodos anticonceptivos y de recursos para la realización de abortos, por ejemplo, mientras que desde la perspectiva subjetiva puede destacarse las valoraciones referidas al costo de los hijos y su relación con la situación de importantes carencias y detrimento de las condiciones de vida. En el desarrollo del capítulo 2 se precisarán algunas particularidades referidas a dicho impacto en términos de ubicación temporal y características.

Consideraciones generales para abordar la fecundidad cubana a partir de 1990

Los aspectos expuestos a lo largo de este capítulo están condicionando que la fecundidad cubana en los 90s y principios del siglo actual debe ser abordada tomando en cuenta que:

- Desde el punto de vista de la dinámica demográfica, Cuba se encuentra en una fase postransicional, y entre fines de los 80s e inicios de los 90s, dio inicio a su segunda transición demográfica. Siendo así, es preciso continuar la descripción de su evolución a través de los postulados de esta llamada *segunda transición demográfica*, a partir de la cual se identifica el comportamiento de las variables clásicas pero además de describirlas cuantitativamente, se incorpora el análisis de la cualidad de los comportamientos individuales que las condicionan. Este segundo proceso transicional es imprescindible identificarlo como un continuo del primero, con particularidades asociadas al país en cuestión.
- El tomar como referencia estos postulados no significa que se aísle a Cuba de su entorno socioeconómico y geográfico, por lo que las características de sus comportamientos estarán estrechamente relacionadas con los patrones socioculturales del país y de Latinoamérica y el Caribe, a la par que se producirán en condiciones de subdesarrollo económico. Esto marcará y diferenciará la realidad cubana en la etapa postransicional de los contextos europeos industrializados.
- El proceso de transición de la fecundidad cubana, ubica sus inicios en las primeras décadas del pasado siglo y lo concluye a finales de los 80s, momento en que comienza un período postransicional y se están evidenciando características que permiten ubicar en Cuba características de una segunda transición demográfica. Es posible identificar alguna paridad en la secuencia de eventos que fueron encontrados en el contexto europeo como condicionantes de una segunda transición, pero con muchísimas particularidades del entorno cubano.
- Estos eventos a final de la secuencia se refieren a que la Tasa Global de Fecundidad luego de alcanzar valores por debajo del reemplazo se ha mantenido hasta la actualidad con un comportamiento estable en el último quinquenio, variando la contribución de los diferentes grupos de edades. Se aprecia un aumento de las tasas de fecundidad de primer orden entre las mujeres mayores de 30 años, asimismo, a medida que se rejuvenecen las cohortes disminuye su descendencia media final, se eleva ligeramente

la edad media al primer matrimonio y se mantiene una separación entre esta y el nacimiento del primer hijo. Finalmente, continúa siendo la unión consensual una opción importante en la formación de parejas en el país.

- En un estudio de la fecundidad al interior de la sociedad, se debe partir de un esquema de las interacciones que se producen desde la relación Individuo–Sociedad, que estarán incidiendo en las decisiones que son tomadas, en última instancia, al nivel individual; es decir, una conformación de lo psicosocial en esta relación, con la expresión de una dependencia e incidencia desde lo social sobre el individuo.
- En esta relación, se ubicarían los factores económicos, sociales y culturales en un nivel macro, la familia, las instituciones y los grupos sociales de pertenencia en un nivel intermedio o meso y al individuo con sus tomas de decisiones resultantes en el nivel micro. En el nivel intermedio, juega un rol esencial la teoría sobre la interacción social, en lo relativo a la difusión y apropiación de información e ideas.
- Las decisiones sobre su reproducción son finalmente tomadas por el individuo en su decisión a tener o no tener un hijo, al asumir determinadas posturas ante la anticoncepción, el aborto y la nupcialidad como resultado de un proceso en el que se interrelacionan elementos de carácter cognitivo con otros emocionales, vinculándose su situación concreta en el momento, con su historia individual.
- La indagación sobre la fecundidad cubana y sus características está precisando la diversidad metodológica, la fusión de enfoques cuantitativos y cualitativos con vistas a encontrar argumentaciones que expliquen el nivel de los indicadores macros, y que conlleven a la comprensión más amplia del comportamiento reproductivo de la población cubana.
- Finalmente, no es posible comprender la fecundidad cubana de los últimos quince años pasando por alto la coyuntura económica que caracterizó al país en dicho período. Por ende, resulta imprescindible tomar en cuenta el contexto económico y comprender, dentro del patrón demográfico cubano y las particularidades de su población, la incidencia de la crisis en el comportamiento reproductivo cubano en términos de la temporalidad entre la crisis y la variación en la variable, así como en lo referido a las peculiaridades de dicho impacto.

CAPÍTULO II.

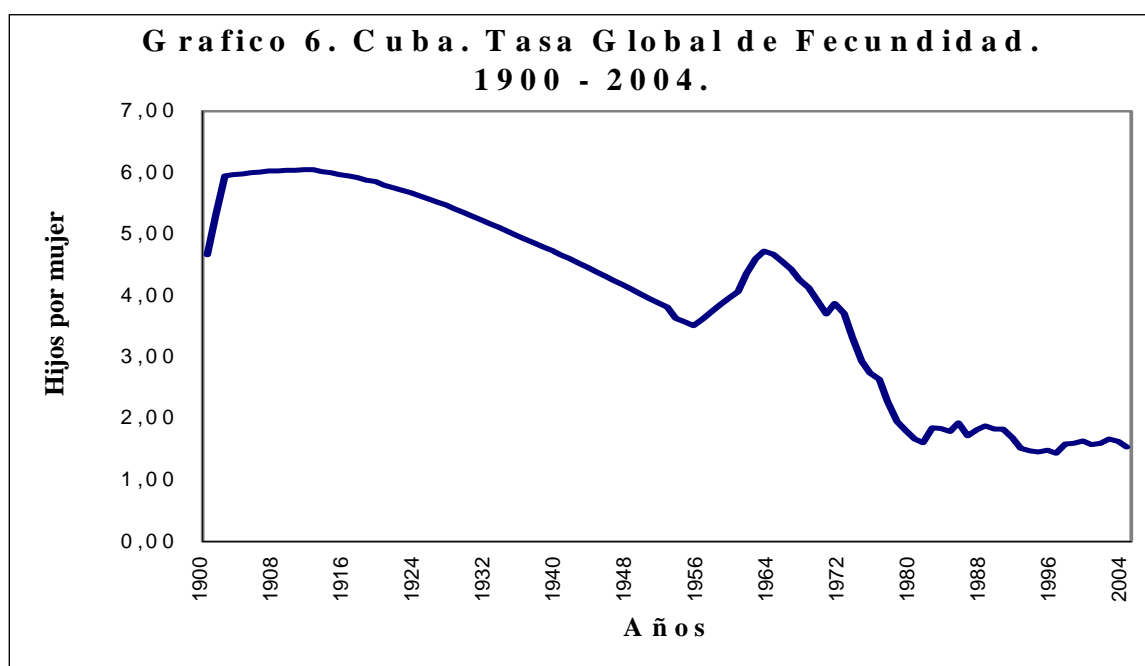
CARACTERÍSTICAS DE LA FECUNDIDAD CUBANA ENTRE 1990 Y 2004.

II. 1 Descripción de la fecundidad de 1990 a 2004.

II.1.1 El nivel de la fecundidad

El comportamiento de la Fecundidad cubana durante el siglo XX e inicios del XXI, ha transitado hacia un proceso de descenso, marcado por algunas oscilaciones, destacándose solo de manera significativa el repunte que se produjo entre fines de los 50s y mediados de los 60s, denominado como boom de nacimientos. (Gráfico 6)

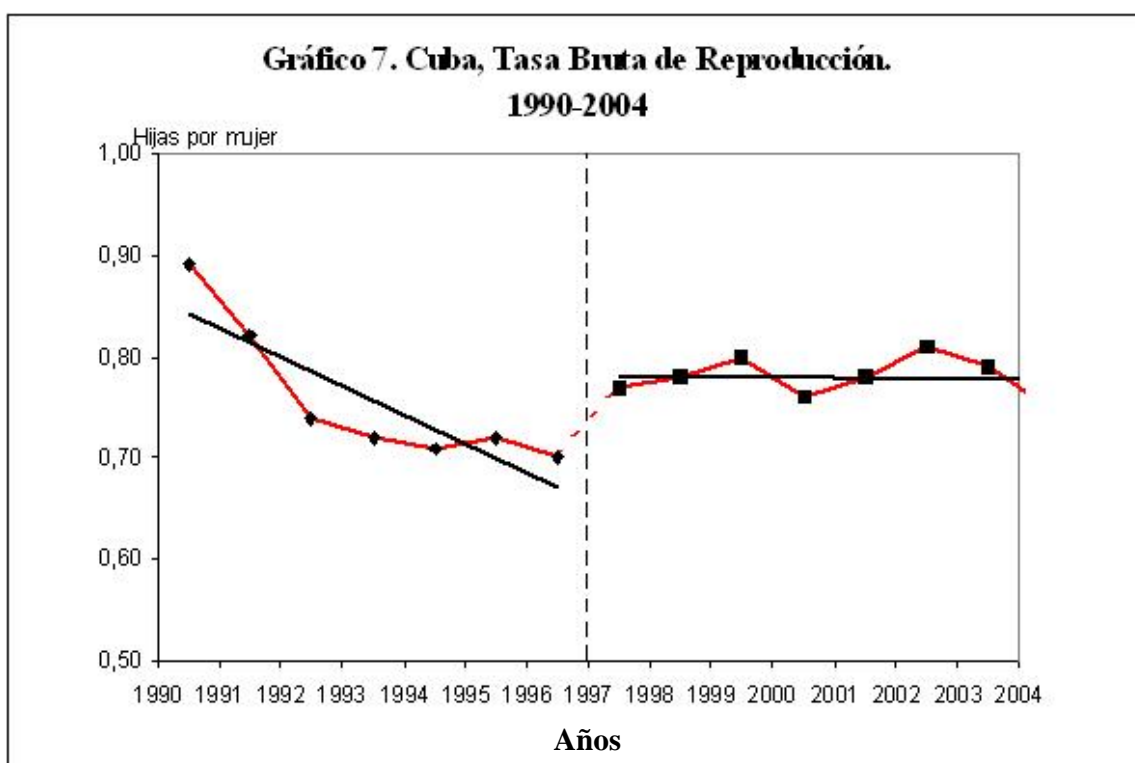
Específicamente el período que se inicia en 1990, como ya se mencionó, está acompañado de un contexto peculiar desde el punto de vista socioeconómico, que sitúa al país en condiciones de coyuntura económica con impactos sociales en cuanto a nivel y calidad de vida de la población, aún cuando se protegieron los principales servicios en los sectores de educación y salud.



Fuente: Albizu-Campos, J.C. 2000 Actualizado por la autora a partir de ONE, Anuarios Demográficos. Años seleccionados.

A pesar de ello, la tendencia general que venía mostrando la fecundidad desde fines de los 70s se mantuvo en un proceso oscilatorio descendente.

Detallando los niveles de la fecundidad en el período 1990-2004 (Gráfico 7), a partir del indicador Tasa Bruta de Reproducción (TBR), es posible comprobar que los niveles por debajo del reemplazo se mantuvieron en el período con ligeras oscilaciones que serán explicadas en lo que sigue.



Fuente: Rodríguez Gómez, G. A partir de ONE, Anuarios Demográficos. 1990-2004.

Así, en el año 1993, los indicadores económicos alcanzaron sus niveles más críticos: la tasa de crecimiento anual del PIB, llegó a su sima: -14.9% (Pérez, O. 2004). Esta situación condicionó una abrupta reducción de los bienes y servicios, se produce además un incremento de los índices de precios lo que provoca que disminuya el salario real, siendo el período entre 1990 y 1993 en el que este disminuye de manera más abrupta. Es además en este año donde se contrae de manera más fuerte el ya deprimido programa de construcción de viviendas. (Togores, V. 1999). Las condiciones de vida de los cubanos, en resumen, se vieron fuertemente laceradas.

Como contrapartida, el Estado continuó en su política de mantener las gratuidades en los servicios sociales de mayor relevancia, destacándose la salud pública, sector en el que, aunque con carencias, se continuó brindando atención. De este modo, se mantuvieron las consultas de interrupciones de embarazos y las de regulación menstrual, a la par que, aunque con algunas dificultades, se mantuvo la disponibilidad anticonceptiva (Gran, M. 2005). Paralelamente se mantuvo la atención y seguimiento a las embarazadas durante el tiempo de gestación y al recién nacido.

El análisis detallado de los indicadores de la fecundidad en el período, no debe escapar de la peculiaridad de que las oscilaciones y ligeros cambios que se encuentren siempre se estarán produciendo en condiciones de muy baja fecundidad, por debajo del reemplazo.

El intervalo entre 1990 y 1993, es en el que disminuye de manera más abrupta la fecundidad en la etapa, pasando de 0.89 hijas por mujer a 0.72. En los años predecesores y a partir de 1978, en que se ubica la fecundidad cubana por debajo del reemplazo, no se había experimentado un descenso tan pronunciado en solo un trienio (Cuadro 4). De cierto modo, aparece como un impacto más o menos directo de la situación de crisis económica sobre la variable fecundidad.

De las variables demográficas, es la fecundidad la que tiende a mantener una inercia en su comportamiento cuando determinadas coyunturas socioeconómicas impactan. En estas circunstancias, ¿es de esperar que los años 90s hayan condicionado en los cubanos reformulaciones en las decisiones de tener hijos? Al parecer, este proceso de descenso entre 1990 y 1993, muestra un primer impacto en la variable muy cercano a la crisis y consecuente deterioro de condiciones de vida. Ello, al contrastar con unos años 80s de “bonanza económica y social”, incidió de manera directa en la decisión de los cubanos de tener hijos.

Por su parte, en esta primera etapa, aumentó la prevalencia del uso de anticonceptivos, pasando de un 61% en 1990 a 70% en 1993. De modo similar aumenta en este período el uso de la regulación menstrual, con ligeras oscilaciones pero tendiente al incremento y, por su parte, disminuyen ligeramente las tasas de aborto (Gran, M. 2005). Es decir, está aumentando la intención de las mujeres de interrumpir embarazos y también de prevenirlos en la etapa.

Se podría delimitar entonces un segundo momento, en el que el reajuste de los proyectos de vida, continúa incidiendo en el comportamiento reproductivo y en el indicador demográfico, y así es el año 1996 en el que se evidencia un menor nivel de la variable fecundidad. Es posible, que aún cuando para este año ya se comenzaba a vislumbrar un efecto recuperatorio de la crítica situación de crisis, se haya mantenido en el tiempo el impacto de las condiciones de vida de la población sobre su comportamiento reproductivo, y ya se hayan trazado proyectos en función de esto. A pesar de que la prevalencia de uso de anticonceptivos aumenta a 73%, se destaca el valor más alto en todo el período de recurrencia a la regulación menstrual en la misma medida en que aumenta ligeramente la tasa de aborto. Este comportamiento de los indicadores de las interrupciones, tendió al descenso y no volvió a alcanzar los elevados valores de este año 1996 con posterioridad.

Cuadro 4. Cuba. Tasas de aborto, tasas de regulación menstrual, Tasa bruta de reproducción y Producto Interno Bruto. 1990 - 2004

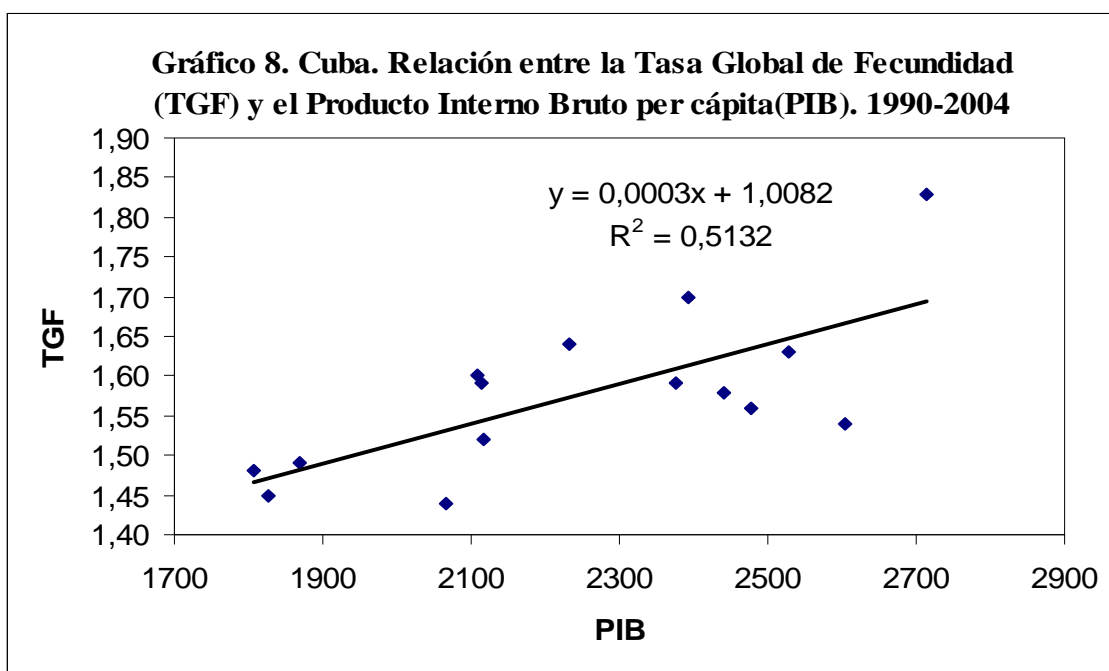
AÑOS	Tasas de aborto (por mil mujeres de 12 a 49 años)	Tasas de regulación menstrual (por mil mujeres de 12 a 49 años)	Tasa Bruta de Reproducción (hijas por mujer)	Producto Interno Bruto per cápita (a precios constantes de 1997) (pesos)
1990	45.6	27.3	0.89	2714
1991	38.3	34.4	0.82	2394
1992	33.8	37.4	0.74	2116
1993	26.6	33.2	0.72	1808
1994	27.4	35.0	0.71	1828
1995	25.6	37.8	0.72	1869
1996	25.9	39.0	0.70	2067
1997	24.8	34.4	0.77	2113
1998	22.8	34.0	0.78	2107
1999	24.3	35.8	0.80	2232
2000	23.0	35.9	0.76	2376
2001	21.2	38.7	0.78	2441
2002	21.5	36.8	0.81	2477
2003	-	-	0.79	2529
2004	-	-	0.75	2603

Fuente: Gran, M. Tesis doctoral, 2005, ONE, Anuarios Demográficos. Años seleccionados. Pérez, O. E. (2006) "Situación actual de la economía cubana y sus retos futuros"

Una manera de medir la relación entre la situación económica y este comportamiento reproductivo de la población es contraponiendo la TGF con el Producto

Interno Bruto (Gráfico 8). Este ejercicio muestra un claro paralelismo en el comportamiento de ambos indicadores. Así se comprueba que el descenso de este último indicador estuvo acompañado de una disminución en el indicador fecundidad y particularmente entre los años 1997 y 1999 tienen comportamientos bastante similares hacia la recuperación.

Dicho impacto de la crisis, sin embargo, fue coyuntural, y no provocó una impronta sobre la tendencia de la variable, según se puede apreciar, si bien entre los años 90 y 96 el comportamiento fue hacia el descenso, a partir de 1997 y hasta el 2004, es decir durante 8 años, se ha mantenido con tendencia a la estabilidad, sin llegar a alcanzar los valores previos al 1990. (Gráfico 7)



Fuente: Rodríguez Gómez, G., a partir de Pérez, O. E. (2006) "Situación actual de la economía cubana y sus retos futuros" y Anuarios Demográficos. 1990-2004.

Previo al inicio de la crisis en el quinquenio 1985-1989, el valor de la TBR se encontraba entre 0.82 y 0.89 hijas por mujer en un proceso francamente oscilatorio. En los años en que se inicia y continúa la recuperación después de 1996, se puede apreciar que se elevan ligeramente los valores del indicador reproductivo, pero moviéndose alrededor de cifras algo inferiores.

Esto podría estar teniendo dos interpretaciones: por una parte la crisis impactó de modo que dicho indicador tendió a disminuir y mantenerse constante con posterioridad a 1996, o por otra parte la tendencia que venía mostrando el indicador se está recuperando paulatina y muy lentamente.

De cualquier modo, son particularmente interesantes estas dos tendencias claras en el comportamiento de la fecundidad con posterioridad al año 1990, un primer momento se está refiriendo a un descenso algo pronunciado con relación a la década anterior, y que parece ser la expresión a nivel del indicador demográfico de la crisis económica de la etapa.

Este descenso se produce hasta el año 1996, y a partir de aquí es posible definir un segundo momento en la curva de la fecundidad al verificarse una ruptura y comenzar un proceso de recuperación o leve ascenso que hasta el 2004 muestra valores oscilatorios pero con una clara tendencia a la estabilidad en el indicador.

El momento del cambio en el año 1997 está estrechamente vinculado con la recuperación en términos económicos que para esa fecha estaba vivenciando la población cubana (Cuadro 4), a la par es también posible que el fenómeno que acompañó este proceso haya sido una postergación más que una renuncia a tener hijos. Sin embargo, resulta interesante que este comportamiento se ha mantenido con tendencia a la estabilidad en los últimos 7 años.

En las entrevistas realizadas a mujeres sexualmente activas en esta etapa, los criterios difieren:

¿Cómo tú consideras que influyó la crisis económica en tu decisión de tener otro hijo?

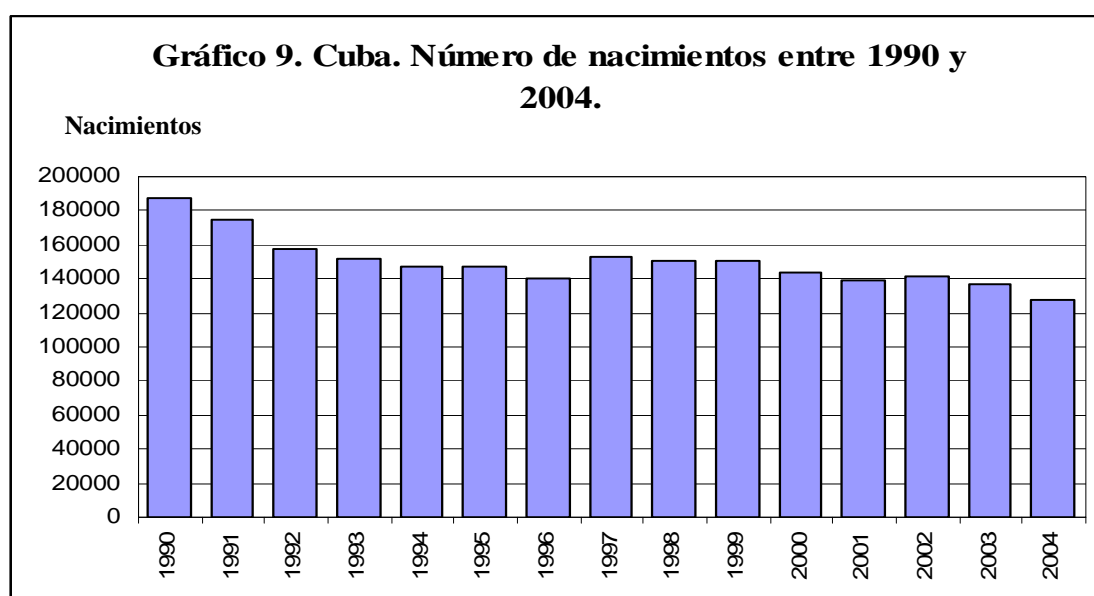
En ese momento no pensé en eso, yo no los tuve porque no quise, por lo que te conté que no quería pasar por lo del parto de nuevo y todo eso. (Mujer oficinista, 42 años)

¿Cómo tú crees, que influyó esta situación económica de los 90s en la decisión de la gente de tener hijos?

Realmente yo me traumaticé, porque yo escuchaba el comentario de que todo se iba a desaparecer, que no iba a haber nada y no lo creía pero cuando la situación se empezó a poner bien difícil yo me vi muy mal, y estaba sola con la niña y ahí es cuando salgo embarazada de la relación esta que te dije y me dije que no, que no podía parir con esta situación. (Mujer profesional, 44 años)

Como se puede notar, hay criterios diversos, es obvio que la situación provocó un impacto en la población y ya sea a través de la anticoncepción o usando el aborto se contrajo el proceso reproductivo y tal vez se postergó.

Por su parte, el número absoluto de nacimientos durante la etapa, está mostrando también un proceso oscilatorio, al igual que ha estado ocurriendo con las tasas de fecundidad, pero que guardan cierta relación con el proceso de envejecimiento de la población cubana, y por ende un número menor de población en edad reproductiva (Gráfico 8). Mientras que a principios de los 90s, estaban teniendo sus hijos, las mujeres nacidas durante el boom demográfico, ya a fines de esta década, empiezan a convertirse en madres,



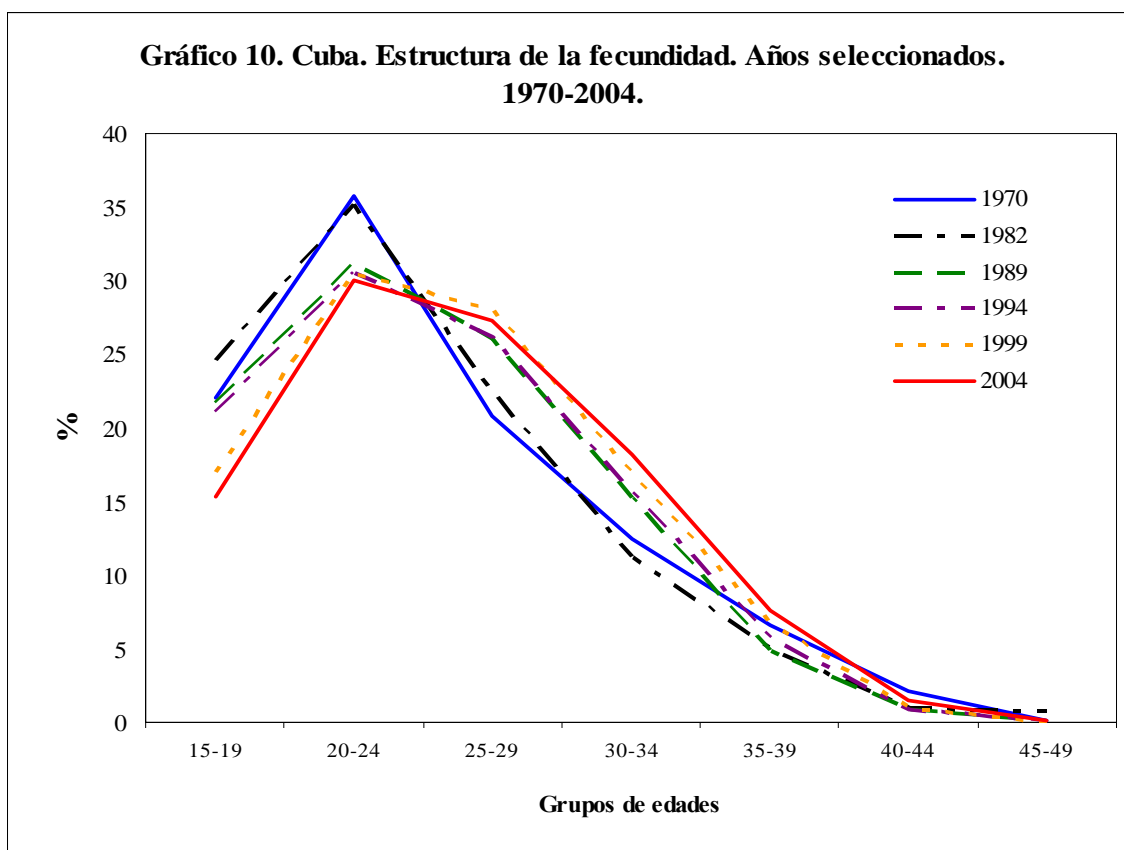
aquellas nacidas en situación de fecundidad por debajo del reemplazo.

Fuente: Rodríguez Gómez, G. A partir de ONE, Base de datos de certificados de nacimientos 1990-2004.

II.1.2 El calendario de la fecundidad

El patrón de la fecundidad ha sido de algún modo impactado en este período, pero para comprenderlo se ha de partir de analizar su comportamiento, previo a 1990. En la década del 70 se visualizó una cúspide temprana, destacándose valores elevados de nacimientos de madres menores de 20 años. Este mismo comportamiento aunque en niveles inferiores se mantiene en los 80s, y ya para el año 1989 se comienza a notar una ligera

tendencia a la dilatación que se acentúa para 1999 y se mantiene en el 2004. (Gráfico 10), aunque es válido resaltar que continúa siendo el grupo de 20 a 24 años en el que se evidencian las tasas mayores.



Fuente: Rodríguez Gómez, G. A partir de ONE, Anuarios Demográficos. Años seleccionados y ONE, Base de datos de Certificado de nacimientos 1990-2004.

Ahora: ¿qué particularidades posee este proceso de cambio entre los años 1990 y 2004? Resulta preciso ante todo, anotar que, la tendencia a la dilatación está conducida por el grupo de 20 a 29 años, el cual muestra en el tiempo un comportamiento relativamente estable, en el que se destaca la importancia que ganan las mujeres de 25 a 29 años, y mientras que desciende la fecundidad de las adolescentes, aumenta la de las mujeres adultas mayores de 30 años produciéndose un traslado entre grupos de edad. (Gráfico 10)

Sin embargo, si se analiza atendiendo a períodos trianuales (Cuadro 5), se puede notar que la presencia del grupo de 20 a 24 años en la fecundidad cubana disminuye a mitad del período, es decir, entre los años 93-95 y 96-98 y luego tiende a estabilizarse. En

tanto, el grupo de 25 a 29 años aumenta ligeramente a partir de 1996 y son las mujeres de 30 a 44 años en las que se nota un aumento discreto de su presencia pero que se incrementa de manera sostenida a lo largo del período.

Se puede apreciar que entre los años 1996 y 2004, el grupo de 20 a 24 años ha mantenido valores constantes en sus tasas, mientras que el grupo de 25 a 29 ha mostrado un incremento con oscilaciones, pero los grupos de mujeres mayores de 30 años han mantenido un crecimiento sostenido en sus tasas, excepto el de mujeres mayores de 45 años.

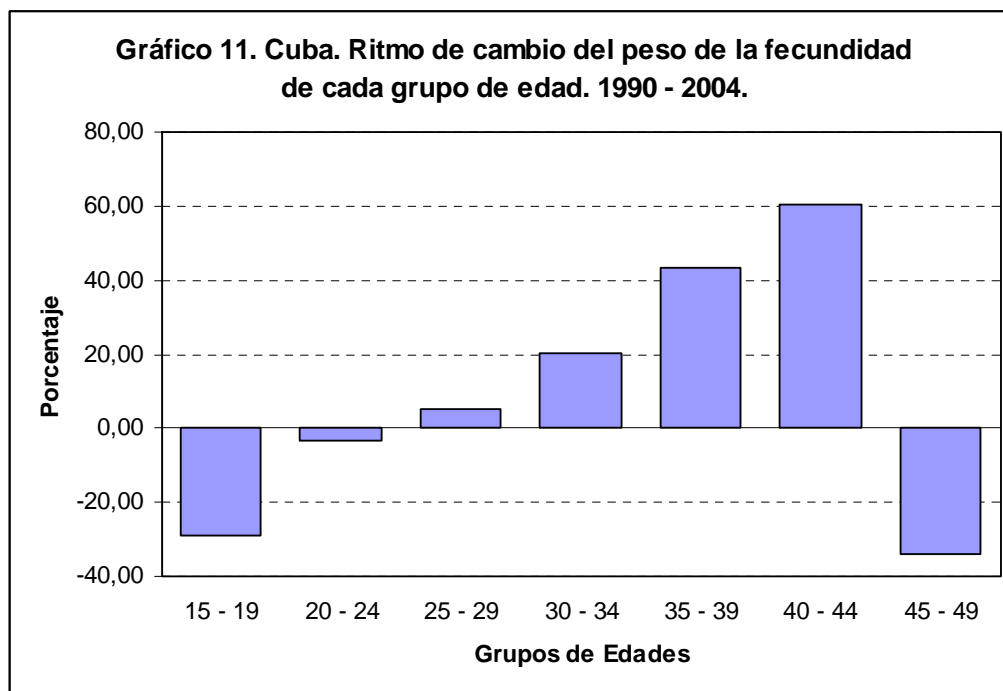
Es muy posible que dicho comportamiento del grupo mayor de 30 años haya sido inicialmente postergatorio, dadas las difíciles condiciones de vida de los primeros años de la crisis, y que posteriormente se haya combinado con efectos difusivos y demostrativos a partir de la interacción social. De este modo, sin perder importancia la fecundidad del grupo de 20 a 24, paulatinamente ha ido ganando en importancia la fecundidad a partir de los grupos mayores de 25 años.

Cuadro 5. Cuba. Estructura de las tasas de fecundidad trianuales 1990 – 2004. (%)

Edades	90/92	93/95	96/98	99/2001	2002/2004
15- 19	21.02	20.57	18.11	15.91	14.97
20- 24	31.43	31.08	30.47	30.59	30.35
25- 29	26.56	26.44	27.45	28.35	27.97
30- 34	14.92	15.33	16.72	17.10	17.94
35- 39	5.11	5.60	6.27	6.87	7.32
40- 44	0.85	0.83	0.85	1.11	1.37
45 y más	0.11	0.16	0.13	0.08	0.07
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Rodríguez Gómez, G. Cálculos a partir de ONE, Anuarios demográficos. 1990-2004.

En correspondencia, una valoración del incremento de la fecundidad Por su parte, entre los años 1990 y 2004 el grupo que en mayor grado ha incidido negativamente en la fecundidad cubana ha sido el de 15 a 19 años, (Gráfico 11) mientras que el grupo de 20 a 24 años muestra igualmente un ligero decrecimiento. Sin embargo, ya a partir del grupo de mujeres mayores de 25 años 29 muestran también un crecimiento negativo. En tanto, el aporte en términos positivos a la fecundidad cubana comienza en el grupo de 35 a 39 años.



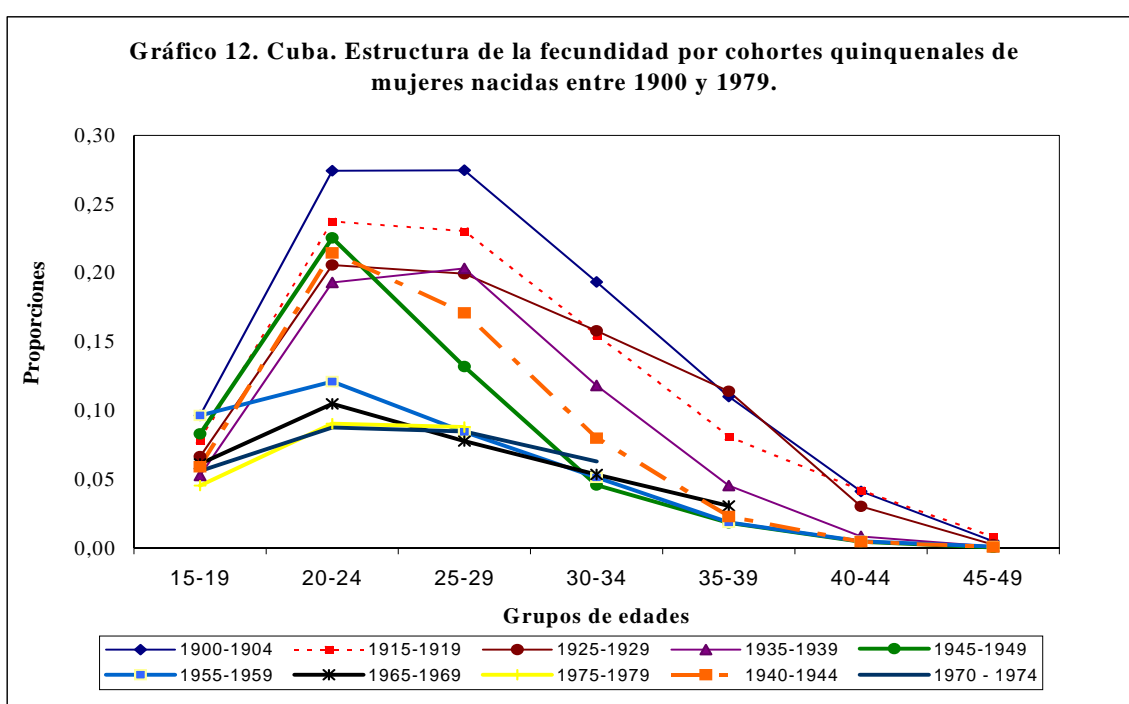
Fuente: Rodríguez Gómez, G. A partir de ONE, Bases de datos de Certificados de nacimientos 1990-2004.

Ha sido muy discutida la irreversibilidad o no de este cambio en la estructura, así como las causantes del mismo. Ante todo, es importante comprobar qué ha estado pasando con la estructura de la fecundidad, desde una perspectiva longitudinal, de modo que se verifique el comportamiento de las diferentes cohortes. (Gráfico 12)

Este comportamiento de la estructura según cohortes, por año de nacimiento de las mujeres, está mostrando que las cohortes más jóvenes, de nacidas a partir de 1970 hasta 1979, muestran un comportamiento dilatado, mientras que las cohortes de nacidas con anterioridad si han tenido un comportamiento de estructura más joven.

Esto significa que a medida que se rejuvenecen las cohortes, se están teniendo los hijos en las edades entre 20 y 29 años, mientras que en las anteriores cohortes era más concentrada en las edades entre 20 y 24 años. Con esta tendencia y al ser las cohortes más jóvenes las que continuarán siendo protagonistas de los procesos reproductivos, es posible que se mantenga la tendencia a la dilatación, sin embargo es muy difícil predecir esto de manera absoluta, pues del mismo modo como se apreciará en el próximo capítulo, las edades ideales de la fecundidad según declaran las mujeres entrevistadas, continúan estando entre 20 y 29 e incluso entre 20 y 24 años. Sin embargo se encontró alguna separación entre

estos ideales y el comportamiento real. Paralelamente, y en correspondencia con las teorías de la difusión y el rol del efecto demostrativo, en la medida en que sea mayor de manera absoluta el contingente de mujeres mayores de 30 años con una fecundidad que se ha ido incrementando en el transcurso del tiempo, existirá también un número mayor de mujeres en condiciones de demostrar una fecundidad exitosa en estas edades, sobre todo tomando en cuenta que los canales horizontales de interacción se convierten en las sociedades actuales en vías de diseminación de normas referativas muy importantes.



Fuente: Rodríguez Gómez, G. A partir de ONE, Anuarios demográficos. Años seleccionados.

En este abordaje del patrón de la fecundidad, resulta útil acudir a herramientas de análisis que contribuyan a la explicación del comportamiento reproductivo de las poblaciones. Han sido frecuentes en los últimos años las investigaciones alrededor del llamado efecto *tempo-quantum* y su incidencia en la fecundidad de los países por debajo del reemplazo. (Feeney y Bongaarts 1998 en Lesthaeghe, R. y Willems, P. 1999, Ortega, J.A. 2002, Ortega, J.A. 2004). “El *tempo* y el *quantum* de la fecundidad son vistas como las dos dimensiones primarias del comportamiento reproductivo: se refieren al número promedio

de hijos nacidos y el tiempo en que ocurren estos nacimientos...”⁶ (Kohler, H.-P., Billari, F., and Ortega, J. A. 2002, p. 60) en este tiempo influyen la edad de la maternidad y el ritmo con que se producen dichos nacimientos.

Específicamente el modelo desarrollado por Bongaarts y Feeney en 1998 (Anexo 2), basado en el orden de nacimientos en períodos específicos permite cuantificar el efecto que ha tenido la posposición de los nacimientos sobre la Tasa Global de Fecundidad en el pasado (efecto *tempo*).

Para el análisis que se viene realizando para Cuba en los últimos quince años, resulta útil la medición de este efecto *tempo*, utilizando dicho método. Así, valorando tres períodos en este tiempo 1990-1995, 1995-2000, y 2000-2004 (Cuadro 6), es posible comprobar que en los dos primeros períodos analizados, a medida que aumenta el orden de los nacimientos, aumenta el número de años promedio anual de posposición de los mismos, hasta el orden 3 de los nacimientos, pues los de orden 4, aunque también son aplazados lo son en menor grado. Se aprecia que el período en que más se pospone es el de 1995 al 2000, en correspondencia con los años en que la incidencia de la crisis económica condicionó este comportamiento en la población.

Cuadro 6. Cuba. Edad media de la fecundidad y años promedio anuales de posposición de la fecundidad según orden del nacimiento. Períodos 1990-1995, 1995-2000 y 2000-2004.

Años	Edad media de la fecundidad (años vividos)			
	Orden 1	Orden 2	Orden 3	Orden 4+
1990	22.582	26.870	28.879	31.772
1995	22.951	27.729	29.676	31.932
2000	23.451	28.331	30.565	32.697
2004	23.541	28.246	30.767	32.805
Períodos	Años promedio anuales de posposición de la fecundidad			
	Orden 1	Orden 2	Orden 3	Orden 4+
1990-1995	0.074	0.172	0.159	0.032
1995-2000	0.100	0.120	0.178	0.153
2000-2004	0.023	-0.021	0.050	0.027
Posposición de todo el período (años)	0.959	1.376	1.888	1.033

Fuente: CEPDE-ONE, Bases de Datos de Nacimientos, años respectivos. CEPDE-ONE, Anuarios Demográficos, años respectivos. CEDEM-ONE-IPF, Encuesta Nacional de Migraciones Internas, 1995. CEPDE-ONE, Censo de Población y Viviendas, 2002.

⁶ Traducción del inglés de la autora

Ya en el período 2000-2004 disminuye, no desaparece, la postergación pues muy posiblemente un buen número de los hijos postergados aquí nacen, siendo notable el adelantamiento en el calendario de los hijos de orden 2 en estos años. Ello podría significar que tal adelantamiento no es otra cosa sino el producto de un completamiento del ideal reproductivo de un segundo hijo en las mujeres, continuamente postergado en los períodos anteriores. Tratándose del segundo hijo, es probable que las mujeres se sintieran compulsadas a tenerlo antes de alcanzar los 30 años, edad a partir de la cual, culturalmente, se le consideraría madre añosa y porque efectivamente el programa materno-infantil privilegia la fecundidad entre 20 y 29 años.

Cuadro 7. Cuba. Tasa global de fecundidad observada (TGF_{obs}) y ajustada a los efectos de cambio del calendario. (TGF_{aj}). 1990-2004.

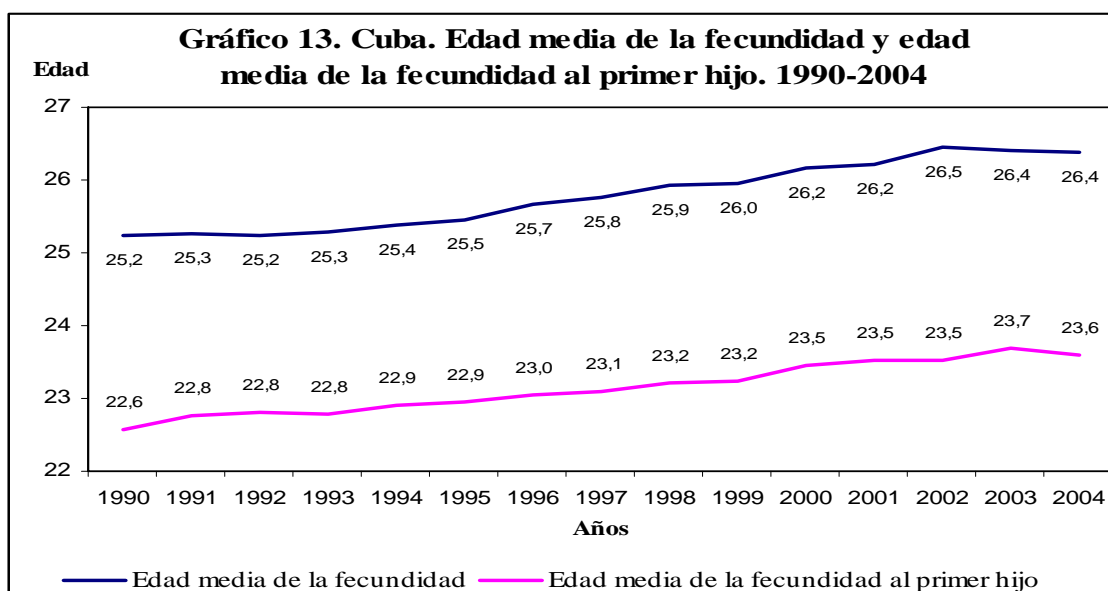
Años	TGF obs (hijos por mujer)	TGFaj (hijos por mujer)
1990	1.83	
1995	1.49	1.69
2000	1.59	1.80
2004	1.54	1.56

Fuente: CEPDE-ONE, Bases de Datos de Nacimientos, años respectivos. CEPDE-ONE, Anuarios Demográficos, años respectivos. CEDEM-ONE-IPF, Encuesta Nacional de Migraciones Internas, 1995. CEPDE-ONE, Censo de Población y Viviendas, 2002.

En tanto, el cuadro 7 está mostrando a través de las tasas de Fecundidad ajustadas el valor de la fecundidad sin la incidencia de la postergación o posposición. Así, se nota que en los años 1995 y 2000 la posposición incidió significativamente en la disminución de la fecundidad, toda vez que sus valores observados son inferiores a los ajustados sin el efecto postergatorio. En tanto, para el año 2004 ambas tasas son muy parecidas, lo que parece indicar que ha disminuido en gran medida la incidencia de la posposición en el nivel de la fecundidad

A este análisis anterior es interesante incorporarle el movimiento de la edad media de la fecundidad, que se puede ubicar en ascenso en el período entre 1990 y 2004, desde 25.2 años hasta 26.4 años. Sin embargo, ya en los últimos tres años se puede notar estabilidad en el comportamiento del indicador (Gráfico 13). Por su parte, la edad media de la fecundidad del primer hijo, posee también un comportamiento en ascenso que comenzó siendo de 22.6 años a inicios de la década de los 90s y se ha incrementado en 1 año, de

manera más acelerada que la edad media de la fecundidad. El ritmo de crecimiento de esta edad media de la fecundidad muestra una aceleración entre los años 1999 y 2002, coherentemente con los años de recuperación luego de los momentos más críticos de la crisis económica, sin embargo, en los últimos años ya ha mostrado estabilidad.



Fuente: González, N. Tesis de Diploma. Cuba. Estructura de la Fecundidad en los 90s. Madres mayores de 30 años. Junio 2004. Actualizado por Rodríguez Gómez, G. a partir de ONE, Base de Datos de Certificados de Nacimientos 1990-2004.

Como es apreciable, el comportamiento del patrón y nivel de la fecundidad en el período no ha estado ajeno al contexto económico y social de estos años, y se encuentra en la población cubana un nivel de fecundidad mantenido por debajo del reemplazo, con un ligero descenso en el primer quinquenio del período y un comportamiento con tendencia a la estabilidad en los siguientes años. Con relación al patrón de la fecundidad, es apreciable que a pesar de mantenerse unas tasas ligeramente superiores en el grupo de 20 a 24 años, que denotan una estructura temprana, existe una fuerte tendencia a la dilatación de la fecundidad, sobre todo si se compara con la década precedente (1980-1989).

II.2 Características de la fecundidad según algunos diferenciales.

Analizar los diferenciales de la fecundidad en el caso específico de Cuba, atendiendo a los indicadores nivel escolar, situación conyugal y zona de residencia, permite ubicar importantes determinantes del comportamiento reproductivo de la población así como patrones de difusión de las estrategias reproductivas. En este sentido es posible

identificar los valores relativos de dichos indicadores para dos años en el período: 1995 y 2002.

Primeramente, tomando en cuenta el nivel educacional terminado de las mujeres en edad fértil, se puede notar sorpresivamente que son las mujeres de mayor nivel educacional (las universitarias) las que están mostrando mayores valores en dicho indicador. Ante esta situación habría que preguntarse si en condiciones de baja fecundidad por debajo del reemplazo, ya no están estrechamente vinculados los niveles educacionales con los comportamientos reproductivos. Otra alternativa llevaría a pensar si no están siendo estas mujeres más escolarizadas las que en un momento postergaron su fecundidad y están mostrando dicha postergación en los años 1995 y 2002. A ello puede estar ligado en menor medida el hecho de que estas mujeres declaren mejor, y por otra parte a que estas mujeres ya han concluido su período formativo.

Cuadro 8. Cuba. Fecundidad según nivel de escolaridad de la madre, 1995 y 2002. (Hijos por mujer)

Año	Edades	Nivel educacional terminado			
		0-6 grados	7-12 grados	Universitario	Total
1995	15-19	0.08048	0.05477	0.00000	0.05714
	20-24	0.09168	0.09448	0.11021	0.09341
	25-29	0.05859	0.07955	0.11083	0.08212
	30-34	0.02813	0.04609	0.06636	0.04588
	35-39	0.01023	0.01706	0.02264	0.01614
	40-44	0.00215	0.00229	0.00332	0.00241
	45-49	0.00033	0.00046	0.00119	0.00049
TGF (hijos por mujer)		1.36	1.47	1.57	1.49
Edad media (años)		23.89	25.55	27.76	25.42
Año	Edades	Nivel educacional terminado			
		0-6 grados	7-12 grados	Universitario	Total
2002	15-19	0.09819	0.04352	0.00000	0.04906
	20-24	0.09090	0.10014	0.09921	0.09903
	25-29	0.07044	0.09576	0.12664	0.09628
	30-34	0.04453	0.05842	0.08951	0.06059
	35-39	0.02826	0.02135	0.03577	0.02412
	40-44	0.00563	0.00383	0.00454	0.00431
	45-49	0.00037	0.00030	0.00064	0.00036
TGF (hijos por mujer)		1.69	1.62	1.78	1.67
Edad media (años)		25.02	26.37	28.59	26.39
Efecto Tempo (hijos)*		-0.32	-0.21	-0.24	

FUENTE: Rodríguez Gómez, G. Cálculos a partir de Base de Datos de Certificados de Nacimientos 1990–2004, Censo de Población y Viviendas 2002 y Encuesta Nacional de Migraciones Internas, 1995

* Se refiere al efecto reductor de la posposición de los nacimientos sobre la tasa de fecundidad.

De cualquier modo es seguro que en condiciones de segunda transición y de coyuntura de crisis socioeconómica es imprescindible adicionar nuevos elementos de análisis a los tradicionales.

Comparativamente con el año 1981 (Farnós, A. 1985), se nota una diferencia importante pues para entonces las mujeres con nivel primario, muestran una TGF de 2.70 hijos por mujer, mientras que las de nivel medio y superior poseen valores de 1.27 hijos por mujer. Estos últimos valores son más o menos homogéneos con los encontrados en estas mujeres con estudios superiores en los años 1995 y 2002. Sin embargo si se nota una importante reducción en la fecundidad de las mujeres con menores niveles educacionales.

En lo referido a la edad media resulta interesante que en el 2002 esta llega entre las universitarias a ser de 28.6 años. Si bien son lógicamente las edades más altas en todos los casos, la edad media se incrementó en más de un año, entre las mujeres menos escolarizadas. Son estas mismas mujeres las que han perdido más en términos de postergación, ya que por dicho efecto en el período dejaron de tener 0,32 hijos por mujer.

Atendiendo a la zona de residencia, se puede notar que la fecundidad entre mujeres rurales es mayor en ambos años, destacándose que el mayor incremento entre ambos años se produce entre las mujeres urbanas, acortándose la diferencia entre la fecundidad urbana y rural para el año 2002. La edad media si se mantiene siendo inferior en la zona rural, pero con valores bastante semejantes, sin embargo resulta interesante que fue sobre la fecundidad de las mujeres rurales entre las que influyó en mayor medida el efecto reductor por postergación, según los cálculos realizados.

En relación con el año 1981, el comportamiento de la fecundidad según zona de residencia ha mantenido un comportamiento bastante similar en el tiempo, así la TGF urbana en 1981 era de 1.61, y la rural de 1.80. (Farnós, A. 1985)

Cuadro 9. Cuba. Fecundidad según zona de residencia de la madre, 1995 y 2002. (hijos por mujer)

Año	Edades	Zona de residencia		Total
		Urbana	Rural	
1995	15-19	0.04583	0.08592	0.05714
	20-24	0.08581	0.11539	0.09341
	25-29	0.08170	0.08332	0.08212
	30-34	0.04697	0.04245	0.04588
	35-39	0.01595	0.01674	0.01614
	40-44	0.00227	0.00297	0.00241
	45-49	0.00048	0.00050	0.00049
TGF (hijos por mujer)		1.40	1.74	1.49
Edad Media (años)		25.89	24.61	25.42
Año	Edades	Zona de residencia		Total
		Urbana	Rural	
2002	15-19	0.04242	0.06953	0.04912
	20-24	0.09502	0.11095	0.09909
	25-29	0.09681	0.09507	0.09636
	30-34	0.06176	0.05720	0.06064
	35-39	0.02459	0.02250	0.02414
	40-44	0.00425	0.00455	0.00431
	45-49	0.00036	0.00039	0.00037
TGF (hijos por mujer)		1.63	1.80	1.67
Edad Media (años)		26.66	25.66	26.39
Efecto Tempo*		-0.20	-0.32	

FUENTE: Rodríguez Gómez, G. a partir de Base de Datos de Certificados de Nacimientos 1990 – 2004, Censo de Población y Viviendas 2002 y Encuesta Nacional de Migraciones Internas, 1995.

* Se refiere al efecto reductor de la posposición de los nacimientos sobre la tasa de fecundidad.

En tanto, en lo que se refiere a la situación conyugal, son las mujeres unidas las que muestran en ambos años los más elevados valores, destacándose incluso su aumento de un año a otro. Resulta singularmente significativo que la fecundidad de las mujeres que se declaran en unión consensual se muestra en valores por encima del reemplazo, siendo muy cercana a 4 hijos por mujer. Como contrapartida la fecundidad de las casadas disminuye de uno a otro año, sin embargo su valor está por debajo del reemplazo.

En el año 1981, por su parte, las mujeres unidas poseían niveles de fecundidad muy similares a los actuales: 3.73 hijos por mujer, sin embargo los niveles de fecundidad de las casadas si eran superiores a los actuales: 2.71 hijos por mujer.

Cuadro 10. Cuba. Fecundidad según situación conyugal de la madre, 1995 y 2002 (hijos por mujer)

Año	Edades	Estado conyugal de la madre					Total
		Soltera	Casada	Viuda	Divorciada	Unida	
1995	15-19	0.00579	0.12283	0.01744	0.00398	0.24042	0.05714
	20-24	0.01127	0.11829	0.05478	0.00224	0.20726	0.09341
	25-29	0.01942	0.08764	0.02674	0.00137	0.13264	0.08212
	30-34	0.01953	0.04552	0.00930	0.00074	0.07865	0.04588
	35-39	0.00965	0.01354	0.00327	0.00034	0.03297	0.01614
	40-44	0.00170	0.00172	0.00000	0.00000	0.00625	0.00241
	45-49	0.00040	0.00030	0.00000	0.00001	0.00153	0.00049
TGF (hijos por mujer)		0.34	1.95	0.56	0.04	3.50	1.49
Edad media (años)		29.17	23.84	24.19	22.47	23.79	25.42
Año	Edades	Estado conyugal de la madre					Total
		Soltera	Casada	Viuda	Divorciada	Unida	
2002	15-19	0.00568	0.11618	0.03876	0.00349	0.24258	0.04901
	20-24	0.01431	0.09599	0.03019	0.00173	0.20744	0.09910
	25-29	0.02005	0.07489	0.02756	0.00077	0.17398	0.09650
	30-34	0.01994	0.04339	0.00623	0.00049	0.11093	0.06066
	35-39	0.00986	0.01598	0.00052	0.00007	0.04923	0.02409
	40-44	0.00215	0.00238	0.00000	0.00005	0.00998	0.00430
	45-49	0.00028	0.00019	0.00000	0.00000	0.00102	0.00037
TGF (hijos por mujer)		0.36	1.75	0.52	0.03	3.98	1.67
Edad media (años)		28.99	23.99	22.64	21.49	24.68	26.39
Efecto Tempo*		0.01	-0.04	0.09	0.00	-0.58	

FUENTE: Rodríguez Gómez, G. a partir de Base de Datos de Certificados de Nacimientos 1990 – 2004, Censo de Población y Viviendas 2002 y Encuesta Nacional de Migraciones Internas, 1995.

* Se refiere al efecto reductor de la posposición de los nacimientos sobre la tasa de fecundidad.

Como ya se señaló en el capítulo I, es peculiar del contexto cubano de segunda transición los bajos niveles de fecundidad en mujeres solteras, o lo que es lo mismo decir, que las mujeres cubanas prefieren tener sus hijos en compañía.

Con relación a la edad media de la fecundidad son en ambos años las solteras las que muestran mayor edad. Es decir, que en última instancia la decisión de tener hijos en situación de soltería se hace en edades cercanas a los 30 años. En tanto, las mujeres casadas y unidas tienen edades medias de la fecundidad muy similares. Esto podría estar diciendo que en el contexto cubano, no hay diferencias en las edades para la maternidad entre mujeres unidas o casadas. Sin embargo, las que en mayor medida han pospuesto la tenencia de sus hijos son las mujeres unidas.

Cuadro 11. Cuba. Fecundidad según situación ocupacional de la madre. 2002⁷ (hijos por mujer)

Edades	Ocupación		Total
	Ocupadas	No Ocupadas	
15-19	0.03421	0.05033	0.04912
20-24	0.08236	0.10628	0.09909
25-29	0.09586	0.09672	0.09636
30-34	0.06429	0.05726	0.06064
35-39	0.02505	0.02309	0.02414
40-44	0.00422	0.00442	0.00431
45-49	0.00028	0.00047	0.00037
TGF (hijos por mujer)	1.53	1.69	1.67
Edad Media (años)	27.13	26.20	26.39

FUENTE: Rodríguez Gómez, G. a partir de Base de Datos de Certificados de Nacimientos 2002, e Informe al Censo de Población y Viviendas, 2002.

Entre las mujeres no ocupadas, por su parte, la fecundidad es mayor que entre las ocupadas, sin embargo la edad media de la fecundidad es mayor en un año entre aquellas mujeres que están ocupadas. Esta información para el año 1981 (Farnós, A. 1985) fue recogida atendiendo a la situación de actividad y no ocupación por lo cual no son comparables. No obstante, en ese año las mujeres inactivas muestran también una tasa de fecundidad (1.73 hijas por mujer) mayor que las activas (1.31 hijas por mujer).

Aún cuando en el comportamiento reproductivo de las mujeres cubanas continúa siendo bastante homogéneo, es posible encontrar en medio de los bajos valores de fecundidad, algunas diferencias según indicadores sociales. Así, la fecundidad entre las mujeres cubanas en los últimos años resulta mayor entre las que habitan en zonas rurales, tienen algún tipo de vínculo ya sea legal o no -aunque prima esta última-, son no ocupadas y -en menor medida-, están algo más escolarizadas.

⁷ Esta tabla por razones de disponibilidad de la información se está refiriendo solo al año 2002.

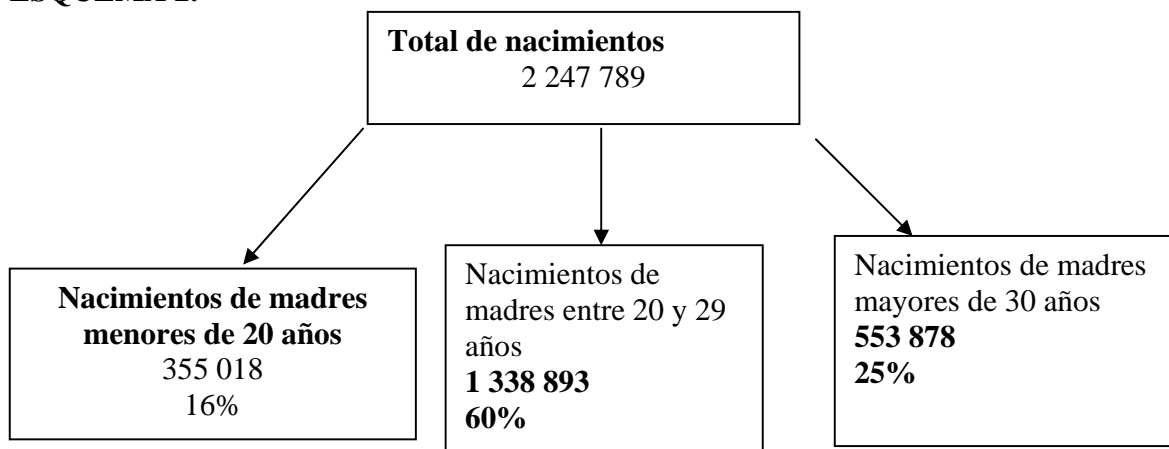
II. 3 Evolución de la fecundidad. Algunos grupos de edad.

Ahora, ¿qué ha estado ocurriendo al interior de los grupos de edades? Resulta interesante caracterizar justamente estos dos grupos de edades que se han destacado por su aporte en términos negativos y positivos a la fecundidad, léanse como tales a los grupos de 15 a 19 años y de mujeres mayores de 30 años.

La intención no es obviamente, realizar una comparación entre ambos grupos de edad, toda vez que son grupos bien diferenciados atendiendo no solamente al monto de mujeres que los componen, sino a los momentos diferentes en que están situadas en relación a sus trayectorias de vida. Por otra parte, históricamente han tenido diversa incidencia social sobre su conducta reproductiva que puede condicionar los actuales comportamientos.

A partir de las estadísticas de nacimientos, esta es la incidencia según grupos de edad en el período entre 1990 y 2004.

ESQUEMA 2.



El esquema anterior muestra que si bien alrededor del 60% de los nacimientos se concentran en el grupo de 20 a 29 años, una cuarta parte de ellos ocurre entre las mujeres mayores de 30 años. Ahora, ¿cuáles son las características de los dos grupos extremos de edad, que son los que han mostrado oscilación en su comportamiento?

II.3.1 La Fecundidad adolescente en Cuba a partir de 1990.

En la década del 80, la fecundidad de las jóvenes (menores de 30 años) es alrededor de 1.5 veces mayor que la del resto de las mujeres, aunque siempre con niveles bajos debido a la reducción paulatina de la fecundidad. Es decir, disminuyó el peso en la fecundidad total de las mujeres de 30 años. (Farnós, 1985. pág. 81) Para el año 1988, comienza un proceso de descenso.

Antes del año 1990 y especialmente en la década de los 80s, la fecundidad adolescente muestra valores elevados con oscilaciones alrededor de los mismos. En 1975, el grupo de edades de 15 a 19 años ocupó el 23.5% de la fecundidad total, superando a la del grupo de 25 a 29 años, situación esta que se mantuvo hasta alrededor de 1983. El porcentaje en los grupos de más edad disminuyó considerablemente.

Así, en los años anteriores inmediatos al 90 (1988 y 1989), el valor de la tasa específica de fecundidad del grupo de 12 a 19 años era de 57.2 y 53.7 hijos por mil mujeres en esas edades, valores estos en los que osciló también en los años precedentes. Ya a partir de 1990, comienza un proceso tendiente a la disminución, que adopta valores bastante estables a partir del 2000 y hasta el año 2004. (Gráfico 14)

Al interior de la fecundidad de este grupo de edades, es posible encontrar diferenciaciones en el comportamiento de los adolescentes más jóvenes con relación al resto, así fue posible determinar el aporte que harían cada uno de los grupos de edades (de 12 a 14, de 15 a 17 y de 18 a 19 años) (Gráfico 14)

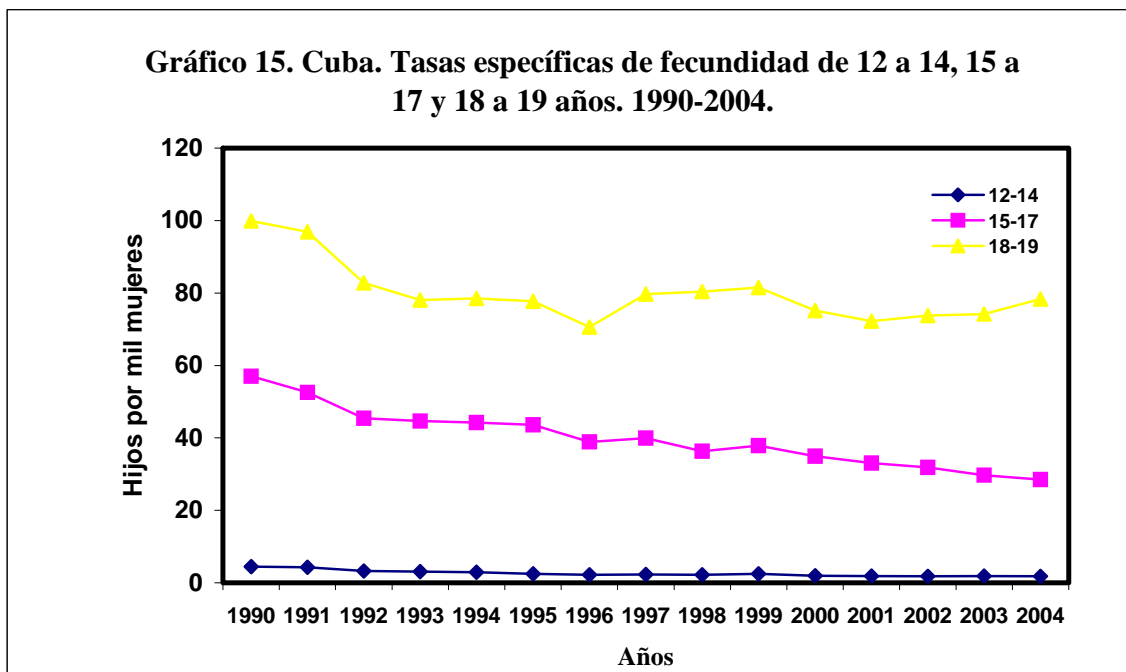


Fuente: Ledesma, Y. Tesis de Diploma La fecundidad en Cuba entre 1990 y 2004. Junio 2005.

Mientras las tasas específicas de los adolescentes menores de 18 años muestran un franco proceso de descenso, los adolescentes mayores (18 y 19 años) han estado mostrando un comportamiento oscilatorio en su fecundidad con valores mayores que el resto. (Gráfico 15)

Es evidente que el camino hacia el descenso de la fecundidad adolescente está conducido por el grupo de 15 a 17 años. Aunque es el de 12 a 14 años el que ha disminuido en mayor grado, el volumen de nacimientos de este grupo es significativamente menor, por lo que lo es también su impacto.

Gráfico 15. Cuba. Tasas específicas de fecundidad de 12 a 14, 15 a 17 y 18 a 19 años. 1990-2004.



Fuente: Ledesma, Y. Tesis de Diploma La fecundidad en Cuba entre 1990 y 2004., junio 2005. Actualizado por Rodríguez Gómez, G. a partir de Base de Datos de Certificados de Nacimientos.

Al interior de los trienios, la fecundidad adolescente ha tenido también un comportamiento diferenciado. Así, se nota un envejecimiento de la fecundidad adolescente con el paso del tiempo, siendo muy interesante el aumento sostenido y abrupto a final del período de la fecundidad en las edades 18 y 19 años. Esto resulta un elemento positivo, toda vez que se aleja la maternidad de las edades de mayor riesgo, trasladándose hacia la adolescencia tardía. (Cuadro 12).

De cierto modo, este ha de ser el comportamiento esperado y deseado luego de los esfuerzos realizados por diferentes sectores, sobre todo el educacional hacia la disminución de esta fecundidad. Vale destacar que a partir de la edad 18 años, ya la muchacha ha completado un nivel educativo medio superior o inferior y se encuentra en mayores posibilidades para una incorporación a la sociedad. A la par son mayores los niveles de madurez física y psicológica por lo que está en mayores condiciones de enfrentar la maternidad.

Cuadro 12 Cuba. Estructura de la fecundidad adolescente por edades simples y por trienios. 1990 – 2004. (Porcentaje)

	1990/1992	1993/1995	1996/1998	1999/2001	2002/2004
12	0.10	0.07	0.08	0.07	0.06
13	0.53	0.38	0.35	0.35	0.39
14	2.66	2.48	2.10	2.05	1.34
15	7.76	7.69	6.77	6.56	4.28
16	14.91	15.20	14.84	13.55	13.15
17	20.77	21.16	20.66	20.16	13.95
18	25.46	25.47	25.91	26.47	29.04
19	27.82	27.55	29.30	30.79	37.79
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Ledesma, Y. Tesis de Diploma La fecundidad en Cuba entre 1990 y 2004., junio 2005.

Si se particulariza este análisis en los grupos de 12 a 14 y de 15 a 19, se aprecia que entre 1990 y el 2004, el ritmo en que desciende la fecundidad es mayor en el grupo de 12 a 14 años, siendo del 60%, mientras que es de un 40% en el grupo de 15 a 19 años. (Cuadro 13)

Cuadro 13. Cuba. Dinámica de las tasas específicas de fecundidad de los grupos 12-14 y 15-19. Años seleccionados.

Años	1990 (por mil)	1995 (por mil)	2000 (por mil)	2004 (por mil)	Tasa de cambio 1990-2004
12 a 14	4.5	2.5	2.0	1.8	60%
15 a 19	75.6	59.1	49.6	47.2	40%

Fuente: Ledesma, Y. Tesis de Diploma La fecundidad en Cuba entre 1990 y 2004., junio 2005. Actualizado por Rodríguez Gómez, G. a partir de Base de Datos de Certificados de Nacimientos.

En correspondencia, la edad media de la fecundidad de las adolescentes cubanas de la década de los 90s y en los primeros años del presente siglo está mostrando un paulatino aumento de 17.89 años en 1990 a 18.20 años en el 2004. Es decir, se incrementó en 0.31 años en la etapa. (Cuadro 14)

Cuadro 14. Cuba. Edad media de la fecundidad y Edad media al primer hijo de las adolescentes. 1990-2004.

Años	Edad Media de la Fecundidad Adolescente	Edad Media al primer hijo
1990	17.89	17.88
1991	17.77	17.89
1992	17.91	17.99
1993	17.90	17.89
1994	17.98	17.90
1995	17.92	17.91
1996	17.92	17.91
1997	17.99	17.98
1998	18.04	18.04
1999	18.02	18.01
2000	18.04	18.03
2001	18.05	18.04
2002	18.11	18.10
2003	18.14	18.13
2004	18.20	18.19

Fuente: Ledesma, Y. Tesis de Diploma La fecundidad en Cuba entre 1990 y 2004., junio 2005. Actualizado por Rodríguez Gómez, G. a partir de Base de Datos de Certificados de Nacimientos.

Un indicador muy útil para valorar las características de la fecundidad adolescente según edades es la edad media de la fecundidad adolescente al primer hijo. Esta se superpone en un alto grado con la edad media de la fecundidad adolescente que es aproximadamente a los 18 años de edad. Se movió en el último período, de 17.88 años en 1990 a 17.91 años en el año 1996, para pasar en el 2004 a tener un valor de 18.19 años lo que está apuntando a que en su etapa adolescente las muchachas tienen por lo general un único hijo. Es posible que algunas de ellas ya culminen en esta etapa su vida reproductiva, tomando en cuenta los bajos niveles de fecundidad cubana.

De manera general, los elementos hasta aquí expuestos están apuntando a señalar que los niveles de la fecundidad adolescente están disminuyendo entre el año 1990 y el 2004, pasando desde 53 hijos por cada mil mujeres en 1990 hasta 29 hijos por cada mil mujeres en el 2004. Específicamente al interior del grupo se puede distinguir que ha habido un ritmo de descenso mayor en los grupos de 12 a 14 años y de 15 a 17 años, que en las edades 18 y 19 años, mientras que con relación a la estructura, el peso de la fecundidad adolescente en la fecundidad total, se ha movido desde 15.6% en 1990 hasta 10.4% en el 2004.

II.3.2 Características de las madres adolescentes

Identificar las características y particularidades de estas adolescentes que se han convertido en madres en estos años, estará permitiendo contar con una información que pueda aportar a la planificación de servicios específicos en materia de salud.

Situación conyugal

Del total de las madres adolescentes, el 9% declaraba estar soltera en el momento del nacimiento de su hijo, mientras que el 72% se autodenominó como acompañada o en unión, estando casadas el 19% de ellas. Con relación a esto es posible notar que como ocurre con el total de las madres, predominan las uniones en las relaciones, aunque como tendencia también de las mujeres cubanas en general, si bien se aprecia que no hay una alta preponderancia de madres solteras en estas edades. Con la peculiaridad que ocurre con frecuencia en el mundo, que es en estas edades donde no se elige ser madre soltera sino que ocurre en general de modo accidental.

Tomando como referencia las tasas de fecundidad de estas muchachas según su situación conyugal (Cuadro 10) se puede apreciar que se convierten en madres en mayor grado en uniones consensuales, seguidas de las casadas. Son muy pocas las que lo hacen en soltería. Este comportamiento se mantiene entre ambos años.

Nivel Educativo

Teniendo en cuenta dos agrupaciones dentro del nivel de escolaridad de la madre adolescente: de cero a seis grados y siete grados y más, se aprecia que existe un 21% de ellas que están en situación de abandono o atraso escolar pues poseen menos de seis grados de escolaridad, en edades en las que se debe haber ya concluido al menos este nivel. Analizando al interior del grupo se puede apreciar que entre las muchachas de 12 a 14 años es donde se nota el mayor atraso puesto que de ellas, solo el 36% se encuentra cursando grados posteriores al sexto grado, como correspondería con la media de las muchachas, el resto o está con escolaridad atrasada o abandonó los estudios.

Corroborando lo anterior, si se toman en cuenta las tasas en los años 1995 y 2002, se aprecia que estas muchachas en mayor medida solo terminan algún grado del nivel primario (Cuadro 8).

Zona de residencia

En este período a estudiar, del total de madres adolescentes un 40% son rurales y un 60% son urbanas, como es obvio, mayoritariamente estas madres son urbanas. Pero lo que resulta interesante analizándolo al interno del grupo, es que la ruralidad está algo más presente en las adolescentes más jóvenes. Sin embargo, entre los años 1995 y 2002 la disminución de las tasas de fecundidad adolescente se produce a causa del descenso de la fecundidad adolescente rural, pues la urbana, aunque es menor, se mantiene constante a lo largo del período (Cuadro 9).

II.3.3 El embarazo en la adolescencia

Como paréntesis sería útil valorar, la incidencia del embarazo en la adolescencia en estos grupos de edades, en correspondencia con los niveles de fecundidad. El embarazo en estas edades tan tempranas, es siempre un riesgo potencial para la muchacha y su familia por la cadena de interrupciones en su vida social y educacional. Por ende, aunque los enunciados hasta ahora son los niveles de la fecundidad, es importante valorar también aquellos embarazos en estas edades que no terminan en un nacido vivo.

Si bien hasta ahora se ha notado una importante disminución de la fecundidad entre estas muchachas ¿cuál es el comportamiento de los embarazos adolescentes en los últimos años? A partir de la información recogida en registros de nacimientos, de abortos provocados y nacidos muertos, clasificados por edad de la madre, es posible aproximarse al número de embarazos total de las muchachas menores de 20 años. (González, H. 2005). Una vez realizado esto, se observa que a pesar de apreciarse una tendencia a disminuir la fecundidad adolescente, no necesariamente están disminuyendo los embarazos en estas edades, sino que en los años entre 1997 y el 2000 volvieron aumentar luego de haber disminuido con anterioridad. (Cuadro 15) Esto significa que, dados los bajos niveles de la mortalidad infantil en el país, dicha diferencia está condicionada por el aborto voluntario.

Cuadro 15. Cuba. Tasas de fecundidad y de embarazos adolescentes. 1988 - 2000

Años	Tasas de fecundidad (hijos por cada mil adolescentes)	Tasas de embarazo (Embarazos por cada mil adolescentes)
1988-1990	85.31	224.99
1991-1993	64.93	193.47
1994-1996	60.91	191.32
1997-1999	56.80	195.20
2000	51.30	198.30

Fuente: González, H. 2005. A partir de González, H. 2000 Centro de Población y Desarrollo (CEPDE) La Habana; CEPDE – UNFPA. Series demográficas ajustadas. 1982 – 2000. Tomo I; CEPDE-UNFPA 2000-2001. Anuario Demográfico de Cuba, Anuario del MINSAP, Anuario Estadísticas de Salud, 2004.

¿Ahora, por qué se mantienen estos niveles? En las entrevistas realizadas a adolescentes embarazadas, se pudo notar el no uso de la anticoncepción en muchos casos, así como la repetición de juicios y criterios transmitidos desde las generaciones adultas. Específicamente se nota un comportamiento peculiar con relación al condón. Entre muchas muchachas el condón tiene un significado más vinculado con la protección ante enfermedades de transmisión sexual que con la protección ante un embarazo.

¿Y cómo te protegías? Bueno, yo he tenido unos cuantos novios, pero yo soy difícil para estar intimando, vaya que me demoro un poco para llegar a tener relaciones sexuales. Nosotros sabemos que con preservativo nos podemos proteger...y él si me falla, bueno...

¿Y lo usaban? Si, al principio si, al principio, cuando yo empecé con él lo usaba, y después lo dejamos de usar.

¿Y por qué lo dejaron de usar? Bueno, porque ya vemos que la relación va avanzando ya y tenemos seguridad uno en el otro, confianza...

¿Pero no pensaron cuidarse del embarazo? No, porque no pensé salir embarazada de verdad, yo pensé que no podía tener hijos, siempre me decían que yo tenía que hacerme tratamiento para salir embarazada, me lo decía el médico, porque yo tengo problemas en el útero y en los ovarios y eso...

(Adolescente de 19 años)

¿Por qué y cómo crees que saliste embarazada?

En varias ocasiones no usamos condón, algunas veces se rompía pero otras veces como llevamos tanto tiempo de confianza yo le decía bueno hoy no importa, mañana, si dejamos de usarlo algunas veces.

¿Por qué dejaron de usarlo?

Siempre... yo le decía a veces que hoy no quiero usarlo, nada, cosas que pasan...

(Adolescente de 15 años)

¿Usaron siempre condón? Algunas veces, a veces no lo usamos.

¿Por qué? Porque a veces no tenía, otras veces se me olvidaba.

¿Conversaban sobre la importancia de los anticonceptivos de usarlos, no usarlos?

Más o menos.

¿Qué conversaban?

De eso, que debíamos usarlo para cuidarnos del Sida, de las enfermedades, de eso mismo de un embarazo, pero bueno...

(Adolescente de 13 años)

La relación entre aborto y nacimientos para las mujeres de 15 a 19 años, ha ido en incremento desde mediados de los años 80s, llegando a poseer valores de más de 180 abortos por cada 100 nacidos vivos. (González, H. 2005)

El país si ha ejecutado acciones para trabajar con los grupos de edades más vulnerables dentro del grupo reproductivo. Así, el Programa Nacional de Educación Sexual, que cuenta con una estructura básica para desarrollar su trabajo: el Centro Nacional de Educación Sexual, coordinado con los Ministerios de Salud Pública, de Educación y la Federación de Mujeres Cubanas se han trazado varias campañas con y para los adolescentes con vistas a condicionar comportamientos y actitudes sexuales responsables. De cierto modo, se puede reconocer una incidencia de las políticas y estrategias de educación sexual, incluidas las que se realizan dentro de los sistemas de enseñanza. Estas han estado dirigidas, no solo a los adolescentes tempranos, sino también a sus familias, lo cual resulta vital, pues en estas edades, aún el grupo familiar, ejerce un importante control y posee un alto nivel de influencia sobre sus hijos.

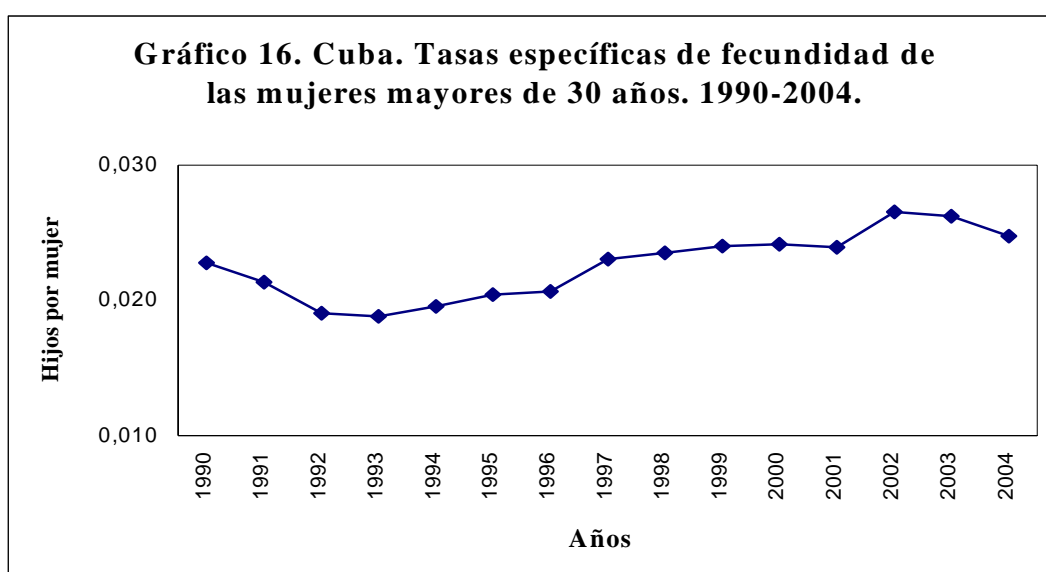
No obstante, estas acciones, si bien han logrado disminuir el porcentaje de madres adolescentes, aún precisan continuar incidiendo en adecuado uso de contraceptivos en estas edades, pues continúan siendo elevados los embarazos en estas edades. “Se debe reconocer que el trabajo de educación sexual de la adolescencia resulta aún más complejo que el del resto de la población, al implicar la consideración de factores particulares que intervienen en la socialización en esta etapa de la vida, lo que requiere la modificación de actitudes y conductas permeadas por las relaciones de género y generacionales de fuerte arraigo en la sociedad.” (González, H. 2005, p. 237)

II.3.4 La fecundidad entre las mujeres mayores de 30 años.

Con el inicio del período, la fecundidad de las mujeres de más de 30 años, comenzó a describir un proceso ascendente (Gráfico 16), que con ligeras oscilaciones, está

mostrando una mayor presencia de madres en estas edades en el escenario demográfico cubano.

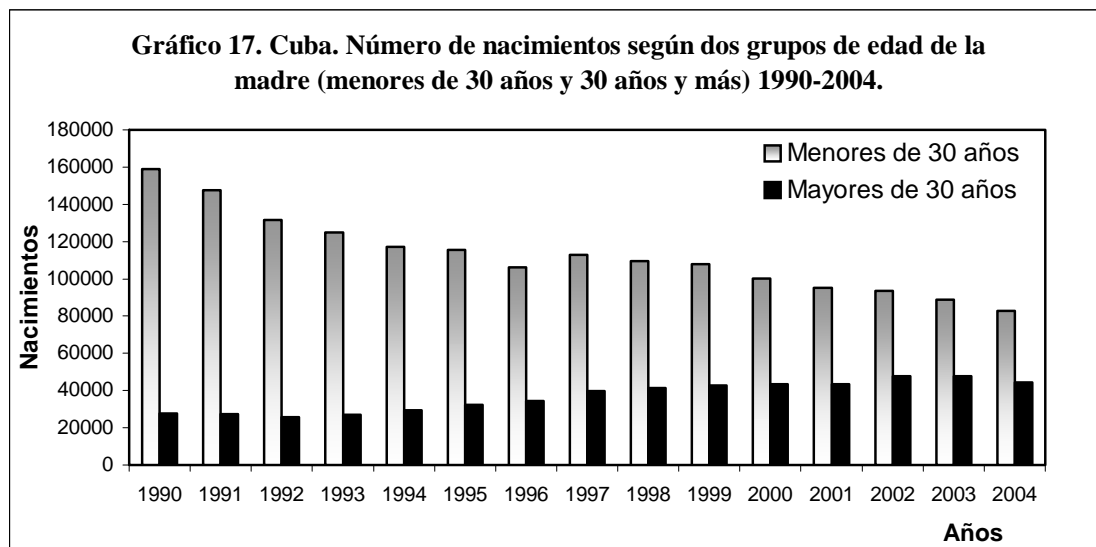
Si bien se han hecho asociaciones relativas a una probable postergación de este comportamiento, en general se denota una ventana de postergación bien amplia, con una curva hacia el descenso a partir del año 2003 que podría ser un proceso oscilatorio o un inicio del descenso y un cierre de dicha ventana. Lo interesante es que las oscilaciones anteriores han apuntado hacia un aumento de las tasas.



Fuente: Rodríguez Gómez, G. A partir de Base de Datos de Certificados de Nacimientos y Anuarios Demográficos

En tanto el número absoluto de nacimientos de madres en estas edades tuvo su cúspide en los años 2002 y 2003 (Gráfico 16), al igual que las tasas, con una leve disminución con posterioridad.

Al interior de este grupo, se puede apreciar que los nacimientos van disminuyendo en la medida en que aumenta la edad; aunque hasta los 44 años, la fecundidad de cada uno de estos grupos va aumentando en el tiempo.



Fuente: González, N. Tesis de Diploma. Cuba. Estructura de la Fecundidad en los 90s. Madres mayores de 30 años. Junio 2004. Ampliado por Rodríguez Gómez, G. a partir de Base de Datos de Certificados de Nacimientos 1990 – 2004.

II.3.5 Características de las madres mayores de 30 años.

Situación conyugal

Las características conyugales de las madres entre 30 y 49 años, reflejan al igual que entre las adolescentes un predominio de unidas con relación a las casadas. Así, las primeras representan el 58%, mientras que se encuentran casadas el 38% de esas mujeres. Siendo la mayoría mujeres con algún tipo de vínculo.

Las mayores tasas de fecundidad son también ubicadas en estos grupos entre las unidas y las casadas, predominando las primeras. (Cuadro 13), tanto en el año 1995 como en el 2002.

Zona de residencia

Las tasas de fecundidad están indicando que la fecundidad entre las mujeres de más de 30 años es ligeramente más urbana que rural, en ambos años en estudio (Cuadro 16), aunque los valores son bastante cercanos, una muestra más de la homogeneidad del proceso reproductivo cubano.

Cuadro 16. Cuba. Tasa global de fecundidad. Mujeres de 30 a 49 años, según situación conyugal, nivel escolar y zona de residencia de la madre. 1995 y 2002. (Hijos por mujer)

		1995	2002
Nivel escolar	0-6 grados	0.0102	0.0197
	7-12 grados	0.0165	0.0210
	Universitario	0.0234	0.0325
Zona de residencia	Urbana	0.0164	0.0228
	Rural	0.0157	0.0212
Situación conyugal	Soltera	0.0078	0.0081
	Casada	0.0153	0.0155
	Viuda	0.0032	0.0017
	Divorciada	0.0003	0.0002
	Unida	0.0298	0.0428

Fuente: Rodríguez Gómez, G. a partir de Base de Datos de Certificados de Nacimientos 1990 – 2004, Censo de Población y Viviendas 2002 y Encuesta Nacional de Migraciones Internas, 1995.

Nivel educacional

En lo relativo al nivel educacional, las madres mayores de 30 años, tienen la característica de que el 60% de ellas presentan nivel educacional medio o superior, y solo el 10% de ellas, muestra menos de 7 años de estudio. En tanto, en lo relativo a sus tasas, si es evidente que entre las mujeres en estas edades, es mucho más alta la fecundidad entre las universitarias que entre las mujeres de menor grado de escolaridad.

Lo hasta aquí expuesto pone de manifiesto que la fecundidad entre las mujeres mayores de 30 años, muestra mayores diferenciales atendiendo al nivel educacional y la situación conyugal y en menor grado con relación a la zona de residencia. La presencia de esas mujeres en la fecundidad ha ido en incremento desde 1990 al 2004.

II.4. La fecundidad por regiones

En el análisis y explicación de las características de la fecundidad en Cuba, resulta relevante determinar sus peculiaridades atendiendo a las diferentes regiones del país.

Estableciendo como punto de partida la diferencia con el año 1987, y según las regiones que en esta Encuesta Nacional de Fecundidad fueron determinadas⁸, se puede confirmar que ha continuado siendo la región oriental la de mayor nivel de la variable. Mientras que en el año 1987 era la más cercana al reemplazo, en el 1995 y 2002 se mantuvo con los valores más elevados. En tanto, continúa siendo la Ciudad de La Habana en la que se manifiestan los más bajos niveles de la fecundidad. Entre otras razones, el nivel de ruralidad en estos territorios puede estar teniendo alguna incidencia.

Llama la atención el comportamiento en lo relativo a la edad media de la fecundidad. Para el año 1987, las mujeres de la capital del país tenían sus hijos a edades más tardías, y el resto de las provincias a edades más jóvenes con valores muy cercanos, sin embargo ya para el año 2002, se puede notar que Occidente tiene una edad media muy cercana a la de Ciudad de La Habana, asemejándose aún los comportamientos del Centro-Este y Oriente. (Cuadro 17)

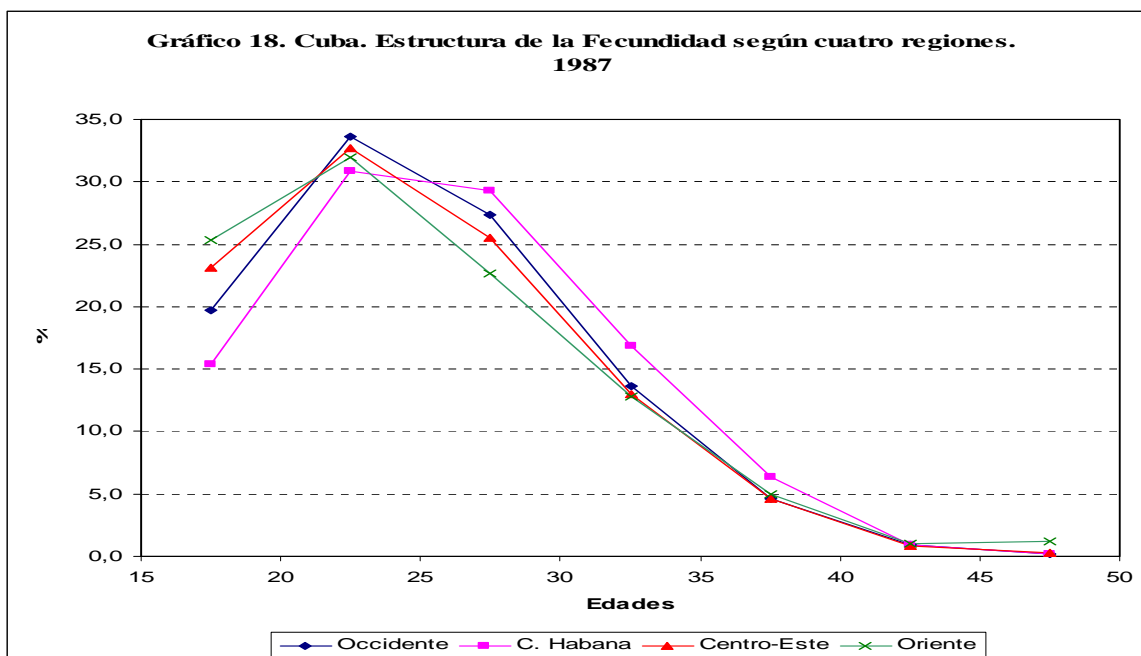
Cuadro 17. Cuba. Tasas y edad media de la fecundidad, según cuatro regiones del país. 1987, 1995 y 2002.

Año		Regiones según ENF'87				Cuba
		Occidente	Ciudad de La Habana	Centro-Este	Oriente	
1987	TGF	1.77	1.63	1.73	2.0	1.82
	TBR	0.86	0.8	0.84	0.98	0.89
	Edad media	25.2	26.1	24.9	24.9	25.1
1995	TGF	1.56	1.38	1.41	1.55	1.49
	TBR	0.76	0.67	0.69	0.76	0.73
	Edad media	25.4	26.5	25.5	25	25.5
2002	TGF	1.68	1.48	1.66	1.76	1.67
	TBR	0.82	0.72	0.81	0.86	0.81
	Edad media	26.7	27	26.2	26.1	26.4

Fuente: Rodríguez Gómez, G. a partir de información de Encuesta nacional de Fecundidad, 1987, Encuesta Nacional de Migraciones Internas, 1995 e Informe Censo de Población y Viviendas 2002 y Base de Datos de Certificados de Nacimientos, 1990-2004.

⁸ **1. Occidente:** Pinar del Río, La Habana, Matanzas y la Isla de la Juventud; **2. Ciudad Habana;** **3. Centro-Este:** Cienfuegos, V. Clara, Sancti Spiritus, Ciego de Ávila y Camaguey; **4. Oriente:** Las Tunas, Holguín, Granma, Santiago de Cuba y Guantánamo.

El patrón de la fecundidad en estos cuatro territorios y su evolución estarán mostrando con mayor detalle como varía dicho comportamiento.

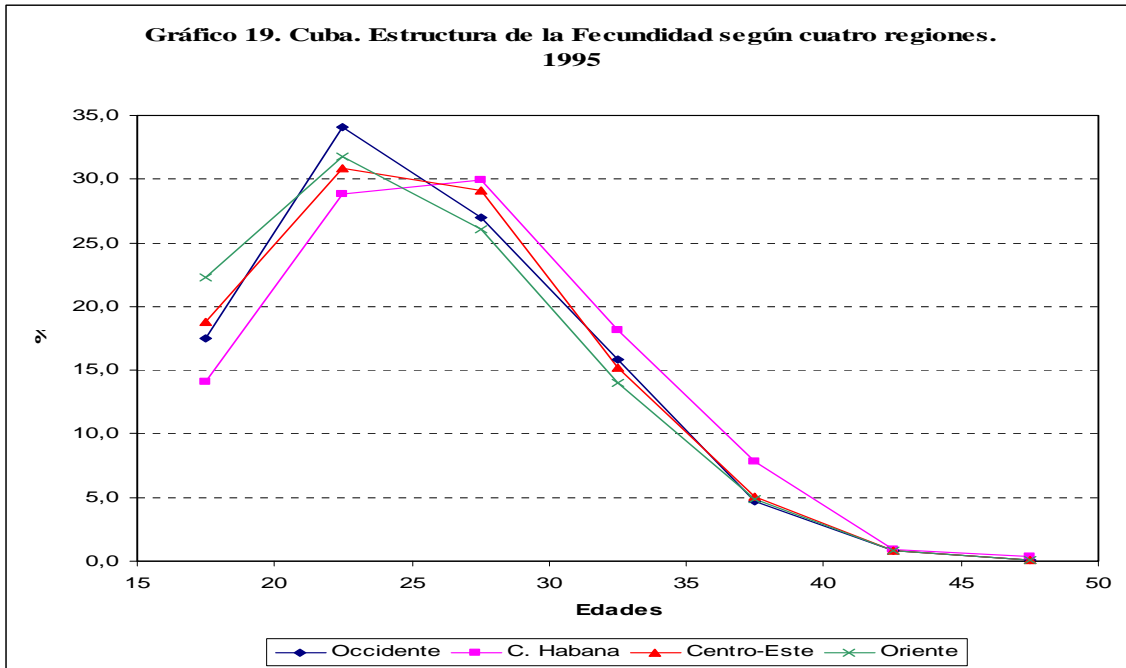


Fuente: Rodríguez Gómez, G. a partir de Encuesta Nacional de Fecundidad, 1987.

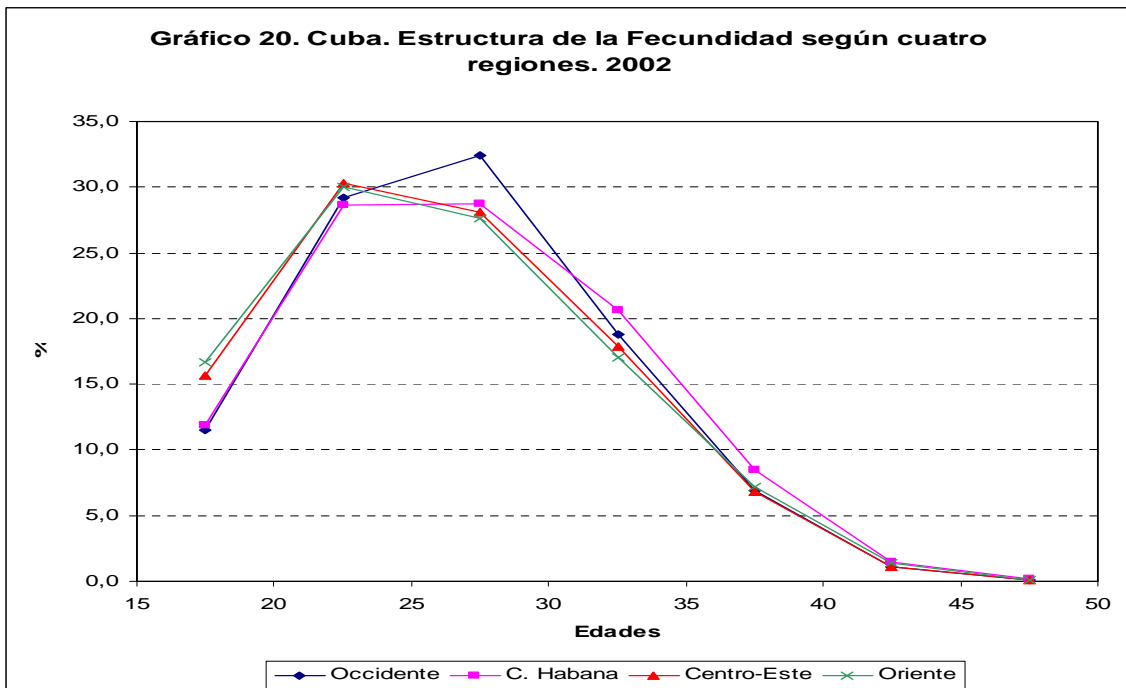
Para el año 1987, la fecundidad era temprana en las cuatro regiones en que fue dividido el país para su estudio, y Ciudad de La Habana presenta una fuerte tendencia a la dilatación (Gráfico 18)

En tanto, para el año 1995, mientras Oriente y Occidente continúan manteniendo un patrón de cúspide temprana, Ciudad de La Habana y la región Centro-Este, mantienen la tendencia a la dilatación en su estructura. (Gráfico 19). En tanto, algo peculiar está ocurriendo con el Occidente que ya para el año 2002, muestra un patrón muy definido de estructura de la fecundidad tardía, mientras que Ciudad Habana muestra una dilatación completa y Oriente y Centro-Este mantienen su fecundidad temprana con patrones muy similares.

Es evidente que en el patrón temprano de Cuba con una fuerte tendencia a la dilatación están incidiendo el comportamiento de las cuatro regiones, aunque se destaca de manera particular la incidencia del Occidente y Ciudad de La Habana.



Fuente: Rodríguez Gómez, G. a partir de Base de Datos de Certificados de Nacimientos 1990-2004 y Encuesta Nacional de Migraciones Internas, 1995.



Fuente: Rodríguez Gómez, G. a partir de Base de Datos de Certificados de Nacimientos 1990-2004 e Informe Censo de Población y Viviendas 2002.

Consideraciones para definir patrón, nivel y diferenciales de la fecundidad cubana a partir de 1990

Los elementos que han sido expuestos a lo largo de este capítulo, permiten caracterizar a la fecundidad cubana entre los años 1990 y 2004 a través de los siguientes elementos:

- El nivel de la fecundidad en el período se ha mantenido por debajo del reemplazo con ligeras oscilaciones primero tendiendo al descenso, entre los años 1990 y 1996 y posteriormente a la estabilidad alrededor de ligeras oscilaciones, hasta el 2004, siempre situado en un umbral que no recupera el nivel previo a la crisis.
- El mayor decrecimiento se aprecia entre los años 1990 y 1993, años en los que en correspondencia se inicia y acentúa rápidamente la crisis económica y social de la etapa.
- La situación social y económica del país en la etapa, ha incidido en el comportamiento del nivel de la fecundidad. Se pudiese determinar dicha incidencia en dos momentos. Inicialmente hasta 1993 una disminución abrupta de su nivel, en los mismos años en los que es mucho más acentuada la crisis económica como respuesta inmediata, luego un segundo momento en el que como resultado del acomodo de los proyectos individuales a la situación, la fecundidad continúa descendiendo hasta llegar al más bajo valor en 1996, aún cuando para esos años se empieza a reacomodar la fecundidad. Ya posteriormente se aprecia un incremento moderado con oscilaciones que tienden a la estabilidad.
- El patrón de la fecundidad por su parte, aunque sigue teniendo sus valores solo ligeramente superiores en el grupo entre 20 y 24 años con relación al grupo siguiente, lo que reafirma una estructura de cúspide temprana, muestra en el período un franco proceso de dilatación, aumentando la fecundidad en los grupos de edades mayores a los 30 años.
- Es muy posible que dicho comportamiento del grupo mayor de 30 años haya sido inicialmente postergatorio, dadas las difíciles condiciones de vida de los primeros años de la crisis, y que posteriormente se haya combinado con efectos difusivos y demostrativos a partir de la interacción social.
- La posposición de los nacimientos en todo el período 1990-2004 es mayor en la medida en que aumenta el orden de los nacimientos. El período de mayor posposición fue el de 1995-2000. Por su parte la Tasa Global de Fecundidad sin el

- efecto de la posposición muestra valores superiores a los observados en los años 1995 y 2000, mientras que para el año 2004, está disminuyendo dicho efecto.
- Los diferenciales de la fecundidad en dos años del período (1995 y 2002), están apuntando a que es elevada la fecundidad entre las mujeres unidas, seguidas de las casadas y en mucho menor grado las mujeres solteras. Según la zona de residencia la fecundidad es bastante similar en ambas zonas, aunque se denota algo superior en la zona rural. En tanto, las mujeres ocupadas muestran mayor fecundidad que las no ocupadas. Finalmente, según el nivel escolar es significativo que se destaca la fecundidad de las mujeres con nivel educacional universitario, en relación al resto.
 - En el período, los grupos que en mayor grado han aportado a la fecundidad son los grupos a partir de los 35 años y el grupo que ha disminuido en mayor medida sus niveles es el de 15 a 19 años.
 - La fecundidad en la adolescencia ha disminuido en la etapa, siendo diferente al interior del grupo, algo superior en las edades más avanzadas. Sin embargo, el embarazo en estas edades no ha mostrado una curva hacia el descenso, sino que se está manteniendo constante, por lo que al parecer estas adolescentes están regulando su fecundidad directamente a través de las interrupciones.
 - Las muchachas entre 12 y 19 años que se han convertido en madres se caracterizan por ser en mayor grado unidas y rurales, aunque la disminución de su fecundidad es atribuible en mayor grado a la fecundidad adolescente rural. Con relación a su nivel escolar, se evidencia atraso o abandono escolar, dado que más del 50% aún no concluye el 6to grado.
 - En tanto, la fecundidad de las mujeres mayores de 30 años ha aumentado en el período, mostrándose sus más altos niveles en los años 2002 y 2003. Estas mujeres se caracterizan por ser en mayor grado también unidas, se destacan dentro de ellas las universitarias como las de mayores niveles de fecundidad en el grupo y con relación a la zona de residencia es solo ligeramente superior en las áreas urbanas.
 - Al analizar el patrón y nivel de la fecundidad, atendiendo a cuatro grandes regiones del país, en los años 1987, 1995 y 2002, se puede notar que los niveles de la fecundidad se mantienen siendo inferiores en la Ciudad de La Habana y superiores en el Oriente. En tanto, el patrón sufre variaciones en el transcurso del tiempo, siendo particularmente interesante que el Occidente pasa de un patrón temprano a uno dilatado para el año 2002. En tanto la capital del país se mueve con una tendencia fuerte a la dilatación y el resto de los grupos se mantiene siendo temprano.

CAPÍTULO III

LOS DETERMINANTES DE LA FECUNDIDAD DESDE EL NIVEL INDIVIDUAL.

El patrón y nivel de la fecundidad que han sido descritos con anterioridad, tienen un condicionamiento directo de los llamados determinantes próximos fundamentales, que han sido históricamente para el caso de Cuba, el uso de anticonceptivos, el aborto voluntario y la nupcialidad.

Atendiendo al esquema presentado en el Capítulo I, previo a la actuación de estos determinantes próximos sobre la fecundidad, hay una serie de condicionamientos desde el nivel macro social hasta el individual, siendo finalmente la persona quién toma la decisión sobre estos. Pero esta decisión efectuada a este nivel sintetiza en el individuo el conjunto de factores que lo anteceden y condicionan.

En el caso cubano, la anticoncepción es el principal determinante que contribuyó a la reducción de la fecundidad, siendo responsable del 52% del descenso de la misma en el período 1972-1987, en tanto que el aborto inducido contribuyó con un 20% a la referida reducción y por último la postergación del matrimonio sólo aportó un 9%. (Hernández, R. 1997)⁹

III. 1 Factores que condicionan el comportamiento reproductivo desde el nivel individual.

III.1.1 La anticoncepción

Desde los primeros años de la década del 60, se comienzan a introducir nuevos métodos anticonceptivos en el país pero de manera paulatina y sin una amplia cobertura, en tanto para los años 70s, se inicia la fabricación en Cuba de dispositivos intrauterinos (DIU) y luego de píldoras anticonceptivas aunque continuaba siendo insuficiente la cobertura. Sin embargo, no es hasta la segunda mitad de esta década de los 70s, que se amplía la oferta de métodos anticonceptivos, a partir de la asistencia técnica internacional y la cooperación con el país por parte de organizaciones entre las que se destaca el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).

Posteriormente, a esta labor planificadora, junto al MINSAP, se incorporan muchas otras organizaciones e instituciones cubanas, que coadyuvan a la ampliación de la cobertura

⁹ Para el período a partir de 1990 no fue posible calcular la incidencia de los determinantes próximos sobre la fecundidad, utilizando el método de Bongaarts pues no se posee toda la información precisa para ello.

anticonceptiva en el país, no solo desde la perspectiva de la disponibilidad sino también de la educación para su uso.

Paralelamente en este período se inician un conjunto de encuestas locales¹⁰ en el país para indagar en el conocimiento y uso de la anticoncepción, las cuales en general dan como resultado un alto conocimiento de los métodos. Inicialmente en los años 1971 y 1982, los métodos más conocidos son el DIU y la esterilización femenina y también el diafragma y el preservativo aunque en menor escala. En el año 1985 también la mayoría de las mujeres conocía algún método moderno de planificación familiar. Con relación al uso, estas encuestas muestran un alto porcentaje, aumentando sus proporciones de una encuesta a otra, siendo los más usados los DIU y la esterilización femenina.

En el año 1987, se realiza en el país una Encuesta Nacional de Fecundidad, la cual reafirma mucha de la información encontrada con anterioridad en las encuestas. El principal resultado es que el 99% de las mujeres encuestadas, conocía al menos un método anticonceptivo, mientras que los habían usado un 93%. “El 88% de las mujeres declaraban que utilizaban algún método anticonceptivo (en ese momento)...de ellas, usaban DIU el 36%, la esterilización femenina el 30% y las píldoras el 17%. Igualmente, la encuesta mostró que en términos de usos de métodos no había una diferencia entre las zonas rurales (88,4%) y las urbanas (87,8%). por edades se observa un mayor diferencial al ser como era esperado, las mujeres más jóvenes, las de menor uso (68% en el caso de las expuestas)”. (FNUAP, CEDEM, ONE, MINSAP, UNICEF, 1995, p. 49)

Según datos suministrados por SOCUDEF¹¹, la prevalencia de uso de anticonceptivos, en la década de los 90s, calculada a partir del total estimado de mujeres con vida sexual activa y que se declaran con pareja, refleja que dicha cobertura fue del 66% en 1985 y 61% en el año 1990. Desde 1993 es superior al 70% alcanzando en el año 2002, el 76%. (Gran, M. 2005). Estas cifras se consideran elevadas y suponen una amplia cobertura anticonceptiva si a ello se adicionan las consultas de planificación familiar instaladas en todos los policlínicos del país y la disponibilidad anticonceptiva que solo tuvo una disminución a mediados de los 90s, en el marco de la crisis económica por la que

¹⁰ Estas encuestas se llevaron a cabo entre fines de los 70s y el año 1985, en los municipios Plaza de la Revolución en La Habana, municipio Santa Clara y Yateras en la provincia Guantánamo, Buena Vista en Cienfuegos y finalmente en la provincia Tunas.

¹¹ Sociedad Cubana de Estudios de Familia

atravesó el país. Pero ya con posterioridad dicha disponibilidad ha aumentado en la misma medida que se han mantenido precios prácticamente subsidiados. Baste como ejemplo, que la cobertura de un mes de las diversas variedades de píldoras anticonceptivas de producción nacional tienen un precio en el mercado, de 70 centavos de Pesos cubanos, en tanto las que son indicadas en consultas de planificación se entregan gratuitamente. Cada condón cuesta alrededor de 5 centavos y los Dispositivos intrauterinos son colocados en las consultas sin costo alguno ni del servicio ni del producto, lo mismo ocurre con los métodos de más reciente incorporación como los inyectables, parches u otros. La esterilización femenina y masculina es también ofrecida como método en todo el país de manera gratuita.

Con relación al uso de anticonceptivos, entre los años 1993 y 2002, se han mantenido como los más usados los DIU y la esterilización femenina. (Anexo1). Resulta interesante como en este período han ido ganando importancia el uso del condón y perdiendo valor el uso de las píldoras. En este último caso hay una estrecha relación con la escasez de estas en el mercado en los momentos más complejos de la crisis económica.

La disponibilidad y uso anticonceptivo en Cuba se considera de calidad y amplia cobertura, aún cuando es susceptible de ampliarse y perfeccionarse sobre todo tomando en cuenta la importancia de la variedad y constancia en la oferta. Si bien por una parte hay un alto índice de uso de anticoncepción, una cobertura amplia y un nivel más o menos alto de disponibilidad de los mismos, algunas investigaciones realizadas en estos años¹², dan cuenta de que su uso posee problemas de adecuación y continuidad. Las entrevistas y grupos focales realizados en la presente investigación mostraron con relación a la anticoncepción, elementos relativos a la iniciación en el uso de los mismos, vías de información sobre ellos, conocimiento formal y real de sus mecanismos de funcionamiento, así como conocimiento de distintos métodos. Esta información es recogida tanto en hombres como en mujeres.

¹² Álvarez, L et al, 1994. *El aborto en Cuba*; Álvarez, L; León, E.M; de Armas, T; Calero, J.L. (2004) *Percepción y comportamiento de la sexualidad y la reproducción según los hombres*. Publicaciones Azucareras, Ciudad de La Habana, Cuba; Rodríguez, G. et al (2006) *Cuba. La toma de decisión para el aborto desde una perspectiva de género*. En Memorias II Congreso ALAP, Guadalajara, México, agosto; Gran, M. (2005) *Interrupción voluntaria de embarazo y anticoncepción. Dos métodos de regulación de la fecundidad. Cuba. 1995 – 2000*, Tesis presentada en opción al título de Doctora en Ciencias de la Salud.

Conocimiento de los métodos

Cuando se hace referencia al conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, se está incluyendo además de la identificación de métodos diversos, la descripción del método, su mecanismo de funcionamiento y población que preferentemente lo debe utilizar.

Con relación al primer aspecto, casi la totalidad de mujeres y hombres mencionados son capaces de reconocer métodos anticonceptivos diversos, utilizados sobre todo por las mujeres. Así, ante la pregunta: *¿Qué métodos anticonceptivos conoces?*, son señalados por personas de todas las edades, los diferentes tipos de DIU, las píldoras anticonceptivas, el condón, otras variedades de anticonceptivos hormonales y la esterilización femenina. Entre los menos enunciados se encuentra el método del ritmo y en relación con ello, una buena parte de las mujeres expresaban desconocimiento acerca del ciclo reproductivo femenino (períodos fértiles en el mes). Nunca fue mencionada la esterilización masculina. En tanto, tampoco se mencionó en ninguna entrevista la anticoncepción de emergencia, sus usos, ventajas y desventajas. Ante esta peculiaridad al indagar con los profesionales de la salud, se muestran recelosos que ante una introducción de dicha anticoncepción en el mercado, se comience a usar de manera indiscriminada. Por otra parte, refieren que el uso de estas dosis más altas puede traer consecuencias para la salud de la mujer si se usara de manera continua. Pero al respecto se profundizará más adelante.

Ahora, cuando se indaga sobre el modo en que estos anticonceptivos funcionan en el organismo, no se señalan mecanismos concretos de funcionamiento ni en las mujeres ni los hombres, aunque si se identifican muchos mitos asociados a ello, pero sin ofrecer explicaciones detalladas al respecto:

“No puedo usar ningún DIU porque yo los rechazo todos”, “Tengo el útero retroverso y me es muy difícil embarazarme”, “...yo pensaba que no podía tener hijos, siempre me decían que yo tenía que hacerme tratamiento para salir embarazada, me lo decía el médico, porque yo tengo problemas en el útero y en los ovarios y eso...y por eso no me ponía nada”, “todos los DIU me provocan inflamación pélvica”, “yo empecé a tomar pastillas, pero me faltó un mes la menstruación y las dejé”

Vale destacar que si se aprecia alguna diferenciación en la adaptación de distintos métodos a las edades de las mujeres, así, muchas muchachas si reconocen algunos tipos de DIU como ideales para adolescentes o muchachas jóvenes, o son capaces de relacionar el uso del condón con estas edades.

Iniciación en el uso

Resulta muy recurrente que en las mujeres de todas las edades, que se han iniciado en las relaciones sexuales en distintos momentos en el tiempo y a diferentes edades, no se aprecie el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual. En general es esta una relación desprotegida y consecuencia de muchos embarazos no deseados. Es decir que, con mucha frecuencia, el inicio sexual está divorciado de la anticoncepción. Lo más interesante es que las razones están muy frecuentemente vinculadas a una despreocupación por un probable embarazo, y ante la pregunta de si pensaron en esta posibilidad, la respuesta es no. Este comportamiento está presente tanto en hombres como en mujeres.

Luego el inicio en el uso del anticonceptivo está muchas veces relacionado con un primer aborto y a continuación de este se usa el anticonceptivo o a partir de la recomendación de madres, familiares o amigas. En menor medida también se acude a profesionales a solicitar información al respecto. Las mujeres, con frecuencia, al llegar a consulta ya tienen previamente decidido el anticonceptivo que usarán, aunque en alguna medida los médicos también recomiendan, esto condiciona que validen los criterios no profesionales y luego el uso de estos anticonceptivos les provoque alguna irregularidad.

La conversación y acuerdo previo sobre el uso de los anticonceptivos por parte de la pareja resulta otro elemento tratado, siendo muy recurrente en las entrevistas y grupos focales la identificación de la necesidad de conversar al respecto en las parejas y determinar en conjunto. En algunas ocasiones la mujer habla sobre eso, en muchas otras, ni se refiere al tema e identifica como su responsabilidad la atención a la anticoncepción.

Razones para el uso

Relativo a las razones para el uso se han de incorporar también las causas del no uso de los mismos, lo cual resulta muy interesante pues si bien se escoge uno u otro método recomendado por amigas u otros, muchas veces esto se hace sin conocer los detalles de aquellos que son más efectivos en cada momento y sin acudir a información profesional.

Lo más interesante es la particularidad asociada al no uso. Mientras que las estadísticas refieren que existe una amplia cobertura a partir de la declaración de mujeres sobre el uso actual de algún método, la continuidad en el uso es la mayor dificultad que se encuentra.

Por una parte, se encuentran aquellas mujeres con más de 25 años y con algún hijo o embarazos previos que consideran que al llevar mucho tiempo sin embarazarse ya no les volverá a suceder:

“He salido embarazada tres veces usando anticonceptivos. Después me lo quité y estuve como tres años sin usar anticonceptivos hasta que salí embarazada ahora. Yo pensé que estaba estéril. He usado medusa y T. Mi pareja no usa condón”. (Mujer oficinista, 34 años), *“...soy inestable con la menstruación, es raro que menstrúe es también difícil que salga embarazada, difícilísimo. Yo salgo embarazada cada siete o nueve años, y nunca me imaginé que después de haber tenido al niño, iba salir embarazada tan rápido.”* (Mujer técnico, 36 años), *“No, yo no usaba nada, no me protegía, yo no usé nada y hace más de cuatro años que no uso nada y no salía embarazada.”* (Mujer obrera, 37 años), *“yo también me demoro en salir embarazada, me demoro mucho tiempo, yo entre cada niño estuve cinco años, de mi niño a la niña son cinco años y de mi niña a ahora son cinco años más. Y eso así sin nada, al principio tomé pastillas pero ya dejé de tomarlas y más nunca.”* (Mujer obrera, 30 años), *“tenía dificultades con la ovulación. Entonces me hicieron el estudio y ahí fue cuando me dijo: si quieres la sigues tomando (las píldoras) pero no tienes preocupación de tomar el anticonceptivo, tu ovulación no es continua y no es fértil todo el tiempo.”* (Mujer profesional, 40 años)

En muchas ocasiones, como en el último caso, se absolutizan las reflexiones y conclusiones médicas, que ayudan a justificar el no uso de la anticoncepción.

Por otra parte, existen muchas mujeres que a la vez identifican, apoyadas muchas veces en supuestos criterios de galenos, dificultades en sus organismos que les imposibilitan usar muchos anticonceptivos. Es muy común la autodenominación de *cuello del útero retroverso*, el cual supuestamente les impide usar DIU. Por su parte, al respecto los profesionales de la salud señalan: *“El útero retroverso no tiene ninguna limitación en la literatura médica para nada, lo que pasa es que las personas se apoderan de los vocablos médicos para argumentar muchas de sus acciones. Posiblemente esa mujer ni sepa como es su útero y tenga un lindo útero anteroverso”* (Obstetra de Hospital materno). En este mismo sentido, se refieren muchas veces a que ningún anticonceptivo (referido también a los DIU generalmente) se adapta a su organismo, porque con todos salen embarazadas, y muchas veces la causa está vinculada a un inadecuado uso de los mismos, como se analizará en lo que sigue.

Finalmente, con relación al uso, es muy común entre las adolescentes asumir los patrones y reglas de comportamiento reproductivo de sus mayores, siendo así, es interesante que en distintas generaciones se repitan las mismas respuestas.

Inadecuación del uso

Una de las primeras inadecuaciones en el uso de los anticonceptivos es la discontinuidad del mismo, que se vincula a su vez, con los elementos anteriormente mencionados sobre el desconocimiento del funcionamiento del anticonceptivo y sobre todo del funcionamiento reproductivo del organismo. Esto ocurre con mucha frecuencia con los DIU y las píldoras anticonceptivas.

En el primero de los casos, muchas mujeres aún cuando los usan de manera discontinua expresan que les hacen daño al poco tiempo de iniciar su uso y acuden a consulta a retirárselos. Es válido señalar que en el momento de colocar el anticonceptivo no siempre los profesionales explican que este dispositivo requiere un tiempo de adaptación al organismo y por ende las irregularidades iniciales que este provocará. Sin embargo, también se contactó que en cuanto las mujeres comienzan a tener algunas dificultades (dolores, sangramientos, etc... en los primeros tres meses) acuden a consulta decididas a retirarlo, aún cuando reciban dichas explicaciones en este momento.

La T, la tuve puesta como dos años...

¿Y que pasó, por qué te la retiraste?

Porque tuve un sangramiento de un mes, muchos dolores e inflamación pélvica por el anticonceptivo y me lo quité

(Mujer obrera, 30 años)

Paralelamente, está indicado que estos DIU necesitan ser revisados al menos dos veces al año por un especialista. Esto es aún menos conocido entre las mujeres. Son frecuentes entonces, expresiones como: “yo salí embarazada con la T puesta” y al indagar sobre la manera en que esta fue usada, la mujer no conocía o ignoró la necesidad de que este dispositivo fuese chequeado. Al respecto los médicos refieren:

“Si, yo creo que tiene que ver con información, con divulgación de información, tiene que ver con que dicen ya me lo puse y estoy protegida”. (Médico de familia)

Con relación a las píldoras, también se encuentran dificultades en su uso, se han encontrado mujeres que explican haberse embarazado a pesar de estar tomando píldoras anticonceptivas. Ante una insistencia sobre información al respecto alegan elementos que son muestra de desconocimiento sobre su uso, tales como:

“yo no se que pasó porque yo me las tomaba todos los días, a lo mejor es que me las tomaba a horas distintas” (Mujer ama de casa, 20 años).

Así, otras refieren que se embarazan tomando las pastillas, y cuando se profundiza en la información reconocen que tal vez las dejaron de tomar un día, lo que disminuye el rol anticonceptivo de dichas píldoras.

En el caso del condón o preservativo se ha encontrado con frecuencia que posiblemente dada su amplia divulgación en función de la prevención de enfermedades de transmisión sexual, existe un mayor conocimiento sobre su uso adecuado. Elementos sobre en que momento de la relación colocarlo, cómo hacerlo y cuando retirarlo son bastante conocidos, aunque resulta imprescindible continuar profundizando en la información al respecto.

Los testimonios mostrados, dan cuenta de un factor esencial en este proceso: uso inadecuado de los anticonceptivos. Si bien en la mayoría de los entrevistados hay conocimiento de los métodos anticonceptivos y son capaces de enumerarlos de manera continua, es recurrente que no hay un adecuado conocimiento del funcionamiento de cada uno de ellos en relación con el organismo femenino. Baste señalar que entre las entrevistadas, muchas mujeres no fueron capaces de identificar sus períodos fértiles u ovulatorios y muchas de ellas ni conocían al respecto.

Antes de pasar específicamente a tratar lo relativo a la anticoncepción de emergencia, lo hasta aquí expuesto está solicitando una atención detallada en términos de información y educación. En la discusión con el personal médico en lo referente a dicho tema, ellos aseveran:

“hay una contradicción entre información y conocimiento, ustedes preguntan ¿que método conoces? Y te mencionan muchos. Ahora, si le preguntas ¿cómo funcionan en el organismo? No saben... la gente tiene que conocer anatomía del cuerpo, fisiología del organismo de manera elemental y la mujer tiene que conocer cómo funciona su aparato reproductivo, hay que conocer respuesta sexual humana”. (Directivo de Salud municipal)
Anticoncepción de emergencia: una segunda oportunidad.

Este tema específico precisa un apartado, toda vez que en el mundo, ya hace algunos años se están comenzando a introducir los métodos y cultura de anticoncepción de emergencia. “Los métodos anticonceptivos de emergencia son aquellos que se utilizan después de una relación sexual no protegida; son métodos que previenen embarazos, más no los interrumpen, no son métodos abortivos...La OMS no identifica contraindicaciones

absolutas para el uso de la Anticoncepción de Emergencia...”(Population Council, 1998, p. 9 y 11)

Existen diversos mecanismos de acción y regímenes o pautas de uso, pero en general se refiere a la ingestión de píldoras anticonceptivas en dosis específicas en las primeras 72 horas después de una relación no protegida. “El hallazgo más importante del estudio de la OMS es que cualquiera de los métodos hormonales (Yuzpe o levonorgestrel) son más efectivos si se administran en las primeras 24 horas.” (Mayo, D. y Seino, J. 2004, p. 1) Los efectos colaterales son leves y controlables. También se pueden utilizar dispositivos intrauterinos en los cinco días subsiguientes a una relación no protegida o fallo del anticonceptivo.

Obviamente este no es un anticonceptivo de uso rutinario por diversas razones de orden médico y de salud, pero perfectamente viable para condiciones de emergencia tal y como su nombre lo indica.

En Cuba, estos métodos no son de conocimiento popular, ni divulgados, ni siquiera tratados con suficiente nivel de detalle por profesionales de la salud en general. En la investigación realizada no fueron nunca señalados ni identificados, ni aún cuando se indagaba directamente sobre ellos. En algunas ocasiones es relacionado directamente solo con la llamada “píldora del día o la mañana siguiente” y los entrevistados consideran que es muy costoso introducir esto en el país.

En la revisión bibliográfica realizada al respecto, se identificó un artículo (Mayo, D. y Seino, J. 2004), en el cual dos médicos cubanos, proponen la utilización del método hormonal, adecuadamente dosificado a partir de las píldoras que se comercializan en la red de farmacias del país, por lo que su utilización sería de bajo costo, y ellos concluyen al respecto: “se puede afirmar que estos métodos son prácticamente inocuos y con una alta eficacia por lo que sería útil divulgarlos entre los médicos de familia para que estos a su vez lo propongan a su población sobre todo a las adolescentes las cuales muchas veces no usan ningún método anticonceptivo en forma regular, así se podrían evitar muchos embarazos no deseados o la utilización de la interrupción de embarazos con todos los riesgos conocidos que ello conlleva.” (Mayo, D. y Seino, J. 2004, p.4)

Proceso decisional para usar la anticoncepción

Como se ha notado existe una amplia cobertura en el uso de los anticonceptivos por parte de la población, lo que incide como determinante directo de la fecundidad. Las mujeres son en mayor grado quienes deciden el anticonceptivo a utilizar, y esta utilización está muy permeada por dificultades e irregularidades en su uso. Ante la presencia de un embarazo por fallas en este mecanismo, se recurre al aborto o se decide que nazca un niño.

Generalmente las mujeres han usado diversos anticonceptivos a lo largo de su vida reproductiva, y estos han inhibido su fecundidad en períodos determinados, mientras que en otros momentos lo han hecho a través del aborto.

La decisión para usar uno u otro método es un híbrido de criterios profesionales, con comentarios de amistades y familiares. En el caso de las adolescentes juega un rol esencial la madre.

Finalmente lo interesante al respecto es que en mujeres de distintos niveles educacionales y con diferentes edades es recurrente el abandono anticonceptivo en determinados momentos de su vida, sin intenciones de embarazarse, pero con la seguridad de ante un embarazo poder acudir a su interrupción de manera segura.

III.1.2 El aborto

“El aborto provocado, comúnmente denominado como aborto, es aquel que se produce por la manipulación uterina, con la finalidad de interrumpir la evolución normal del embarazo, independientemente de los instrumentos utilizados.” (Gran, M. 2005, p. 3) A esta conceptualización es imprescindible adicionarle la voluntariedad e intención de realizar dicha interrupción de la gestación.

El aborto, utilizado de manera voluntaria para interrumpir un embarazo no deseado, no es legal en muchas regiones del mundo. En el caso de Cuba es peculiar su utilización y los elementos históricos que le acompañan, así como las investigaciones que han estado mostrando la frecuencia de su uso, unido a las peculiaridades que le caracterizan. A partir de las diferentes investigaciones y la información estadística y de salud, es posible conocer los niveles de uso del aborto y diferenciarla atendiendo a las características de las mujeres que acuden a las consultas a realizárselos. Unido a ello se posee una amplia bibliografía local y nacional que recoge los patrones de uso de las interrupciones voluntarias, así como

los condicionantes del mismo. De esta manera, es posible encontrar abundante material en el cual se hace referencia a esta problemática desde las más diversas perspectivas de análisis, privilegiando el estudio a partir de cada disciplina con enfoques específicos.

La presencia del aborto en Cuba no es reciente, sus inicios se remontan según algunos especialistas al siglo XIX, cuando era practicado entre las esclavas y mujeres negras en el país. Ya con posterioridad, en la primera mitad del siglo pasado, se comienza a generalizar su utilización entre las cubanas, aún cuando era penalizado y las condiciones higiénicas para su realización no eran las requeridas.

Ya en los inicios de los 60s tras los cambios sociales en el país, se realiza una “interpretación más flexible del código de Defensa Social vigente y se amplía el acceso gratuito a los servicios de aborto en todos los hospitales del Sistema Nacional de Salud... En 1979, un nuevo código penal redimensiona y define de manera trascendental las acciones que le dan connotación de delito al aborto practicado en Cuba y que son los siguientes: cometido por lucro; realizado fuera de instituciones de salud; realizado por personal no médico o realizado sin el consentimiento de la mujer embarazada. Las figuras delictivas mencionadas pueden provocar la pérdida de la licencia médica y prisión. Así, toda mujer independientemente de su estado conyugal y de 18 o más años de edad, puede solicitar el aborto hasta la décima semana de embarazo, previa evaluación de un especialista en ginecología y obstetricia. Si la mujer es menor de 18 años requiere del consentimiento de los padres. Las disposiciones de este código perduran en nuestros días...” (Gran, M. 2005, p. 4)

Estas medidas quedan plasmadas en “...la Ley No. 62 de diciembre de 1987, Código Penal, con sus dos últimas modificaciones: Decreto Ley No. 175 del 17 de junio de 1997 y Ley 87 del 16 de febrero de 1999. Los únicos delitos en que el sujeto pasivo o víctima es únicamente una mujer, son los de violación...estupro...y aborto ilícito...el último delito va en contra de la vida e integridad corporal.” (Gran, M. 2005, p. 16). De este modo, el aborto solo es ilegal cuando no se realiza en las instituciones hospitalarias, se realiza con fines de lucro o sin el consentimiento de la mujer.

Por otra parte, a fines de los 80s (1988) se incorpora un nuevo servicio a instituciones de atención terciaria y secundaria del Sistema Nacional de salud: la *regulación menstrual*. Este procedimiento se refiere a la succión del contenido de la cavidad uterina,

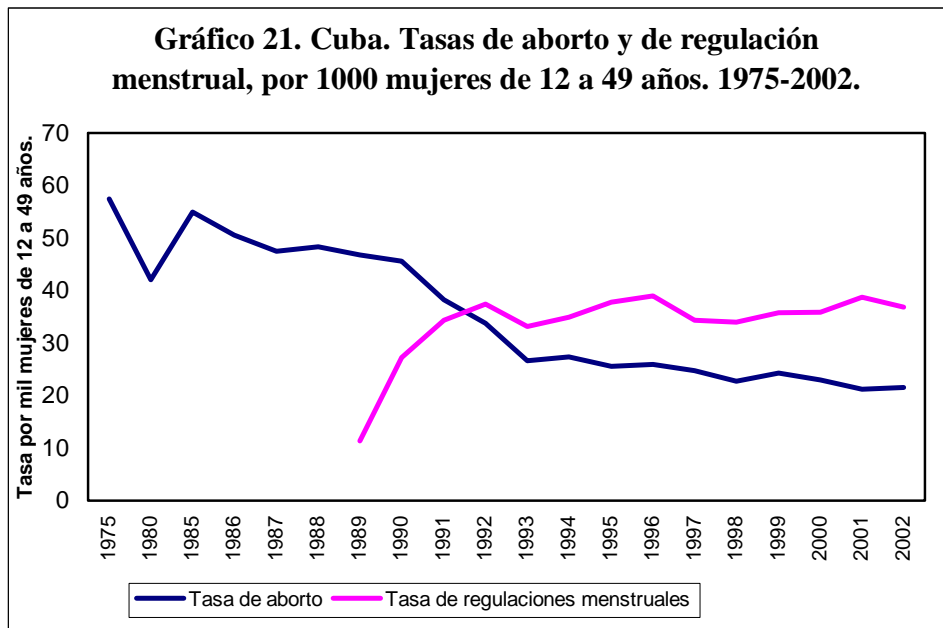
no con el objetivo de interrumpir procesos gestacionales, sino de regular el ciclo menstrual. Sin embargo, desde la fecha, se ha estado reportando un elevado uso del mismo como método abortivo en las primeras semanas de gestación. Este es asequible para muchachas en cualquier edad y no precisan ni compañía ni autorización de padres o tutores y se encuentra disponible en todos los servicios de ginecología del país y en muchos policlínicos.

A esto se le podría adicionar, que dados los altos niveles y desarrollo de la ciencia médica en Cuba, este aborto es clasificado por profesionales y por la población en general como seguro, además de ser absolutamente gratuito, como todos los servicios médicos en la Isla a partir del Triunfo revolucionario del 1959. Siendo así, las estadísticas anotan que en “1980 fallecieron en Cuba, por aborto indicado por razones legalmente admitidas, 6 mujeres para una tasa de 0.4 por 10 000 nacidos vivos, en 1990 (2 defunciones) la tasa se reduce a 0.2 y en el año 2002 (2 defunciones) la tasa se reduce a 0.1.” (Gran, M. 2005, p.16) Estos elementos que son además de dominio popular, si bien no se les puede denominar estimulantes, no son, por otra parte, causantes en ninguna medida de desestímulo a su uso.

Como es apreciable, las tasas de aborto, alcanzaron en los 80s niveles muy elevados, alrededor de 55 por mil. Sin embargo, estas cifras comienzan a disminuir paulatinamente, hasta llegar a niveles cercanos a 20 por mil. Resulta alarmante, en contraste, como en la medida en que este disminuye está aumentando la utilización de las regulaciones menstruales, partiendo del supuesto que alrededor del 60 ó 70 % de las mismas son interrupciones de embarazos. Es decir, que siguen siendo elevados los niveles de recurrencia a la interrupción voluntaria de los embarazos.

Existen numerosos factores que han sido identificados en diferentes investigaciones como determinantes de los altos niveles de utilización del aborto, vinculados a la difícil situación económica, poca disponibilidad de viviendas, mala calidad de los métodos anticonceptivos, modificaciones en los niveles de vida, en la participación femenina en el empleo, el medio familiar, social, el grado de escolarización, factores culturales, insuficiente educación sexual, problemas de aspiraciones y motivaciones de la pareja, entre otros. Posee en primera instancia una estrecha interrelación con el uso de los anticonceptivos, pero a la par con factores culturales, sociales e históricos.

Gráfico 21. Cuba. Tasas de aborto y de regulación menstrual, por 1000 mujeres de 12 a 49 años. 1975-2002.



Fuente: Gran, M. 2005. Tesis doctoral.

La actual indagación a través de entrevistas, grupos focales y la observación se dirigió en lo relativo al aborto, a delimitar los elementos que rodean la toma de decisión para la interrupción, así, se presentará en voz de los propios entrevistados los aspectos que siguen: ¿Se esperaba el embarazo?, ¿Cómo y a quiénes se comunica?, ¿Qué papel juega la pareja?, ¿Qué motivos se declaran?, ¿Qué se conoce sobre el aborto? y ¿Qué piensan los hombres al respecto?

¿Se esperaba el embarazo?

La manera en que las mujeres de todas las edades se percatan del embarazo resulta bastante similar. En general en casi todos los casos se comienza a sospechar a partir de faltas y atrasos en las menstruaciones, aunque es posible hallar alguna diferencia entre las adolescentes y las mujeres adultas, pues en las primeras en muchas ocasiones son las madres las que se percatan o les preguntan y entonces las acompañan a la consulta, entre las adultas se encuentra muchas veces como común que las amigas alerten de una situación que ellas mismas no consideran posible o real.

Sin embargo, son en general muy frecuentes expresiones asociadas a la sorpresa alrededor del embarazo, como respuesta a la interrogante de si se pensó alguna vez en la posibilidad de dicho embarazo. En todos los casos, ante estas interrupciones, se confirma el hecho de que aunque en algún caso los embarazos hayan estado relacionados con una falla

anticonceptiva en muchos otros, son la consecuencia de actitudes no responsables ante su sexualidad, por una parte vinculadas con el desconocimiento del organismo y su sistema reproductor o de un uso inadecuado y no sistemático del anticonceptivo.

Sin lugar a dudas dicho comportamiento está asociado de manera directa con la decisión de interrumpir ese embarazo, porque se están produciendo embarazos no esperados o no planificados y no ante fallas sino generalmente ante la confianza en una interrupción realizada por un sistema de salud que garantiza seguridad.

¿Cómo y a quiénes se comunica? ¿Qué papel juega la pareja?

La interrogante de qué información, cómo y con quiénes se comparte la noticia de un embarazo está condicionando las peculiaridades de las decisiones en torno a él. Las mujeres están mostrando respuestas como las siguientes:

“Lo consulté con mi mamá y mi esposo, pero solo les dije que yo había decidido interrumpirlo, porque ya no quería tener más hijos...ellos no querían que me lo sacara, dicen que es muy peligroso el aborto y además yo soy asmática y es más riesgoso para mí. (Mujer ama de casa, 26 años)

“¿A quién se lo contaste? A mi mamá y a mi esposo, ¿Qué te dijeron? Ellos quieren que yo me lo deje, pero yo me lo quiero sacar. ¿Y qué comentarios te hicieron, no te dijeron más nada? Si, él me dijo que entonces hiciera lo que yo quisiera, pero que él quería que me lo dejara. (Mujer obrera, 37 años)

“¿Con quién consultaste la decisión de interrumpirte el embarazo? Primero que todo con mi esposo, después con mis papás ¿Qué te dijo tu esposo? Que me lo dejara, pero yo quiero sacármelo ¿Qué pensaron los miembros de tu familia? Que estaba equivocada que no me lo sacara, que el primer hijo no se saca. ¿Y la familia de él que dice? Ellos no quieren que me lo saque tampoco pero yo me lo voy a sacar. Si la familia mía que es la mía no me convenció, menos me va a convencer la de él. (Mujer ama de casa, 18 años)

En general, como se puede apreciar, sí se conversa con la familia tanto de la mujer como la de la pareja, sin embargo es evidente que ya hay un proceso previo de toma de decisión sobre la interrupción. Las mujeres aseveran que en la interacción con los otros, mucho más que conversar para llegar a un acuerdo, están informando un acuerdo previamente tomado. Se nota que en ocasiones los criterios del resto de los familiares son contradictorios con los de la mujer o la pareja y ellos no influyen en un cambio de decisión. A pesar de que se conversa con la pareja, aunque en ocasiones se toma la decisión en conjunto, ocurre también que la mujer decide por sí sola e informa a la pareja, aún cuando la pareja desee lo contrario, la decisión final es de ella.

Por su parte el rol del hombre en este proceso resulta muy interesante porque es recurrente la respuesta a la mujer: “haz lo que tú creas” o “cualquier decisión que tú tomes está bien para mi” o “yo te apoyo en lo que tú decidas”. Esta resulta claramente una manera de depositar en la mujer la responsabilidad de la decisión o de adoptar una actitud pasiva y no comprometida ante la situación, aunque supuestamente benévola. En estas circunstancias queda en manos de la mujer de manera absoluta la decisión.

¿Qué motivos se declaran?

Las razones que se aluden para decidir interrumpirlo están asociadas a intereses profesionales, de superación personal, laborales, razones de orden económico, de carencia de viviendas, pero a la par de haber completado su ideal de hijos que no supera casi nunca los dos niños. Sin embargo, si es interesante que entre las entrevistadas, la mayor parte de ellas coincide en un ideal de dos hijos, solo cinco tienen un ideal de un hijo y una dice no desear hijos.

“¿Por qué finalmente tomaste la decisión de abortar? Porque no tenía las condiciones ahora, entré hace poco a trabajar, y no tengo aún las condiciones creadas, no es tener muchas condiciones porque al final no puedes esperar tenerlo todo para tener un hijo, pero bueno, más o menos tener independencia.” (Mujer técnico, 24 años)

“Yo no puedo, no tengo condiciones y para traer a un niño al mundo a pasar trabajo como con los otros, porque no me los detectaron a tiempo, porque ni yo misma me di de cuenta, no tenía síntomas ni nada, el último me lo detectaron a los 6 meses...No, ahora si estoy en tiempo, vamos a ver si puedo sacármelo porque que va, no tengo ni donde vivir, no tengo condiciones.” (Mujer obrera, 36 años)

“Porque yo estoy muy jovencita todavía, pienso yo y yo trabajo, quiero progresar, quiero tener mi casa, seguir para arriba, no quiero quedarme ahí... Qué es seguir para arriba? Yo estudio por la noche, en un curso de Superación Integral para Jóvenes, porque yo tengo el técnico medio pero no el 12 grado y ya de ahí dan posibilidades de pasar cursos, también a mi trabajo llegan cursos de muchas cosas: gerencia, computación...y yo quiero progresar, como yo trabajo un día si y un día no, puedo alternar estudiando.” (Mujer técnico, 19 años)

Es evidente, que cualquiera de estas y muchas otras causas están incidiendo de manera directa en la toma de decisión para no continuar un embarazo, pero no es lo más común la presencia de intereses de la pareja, de proyectos de pareja. Sin embargo, llama la atención como elemento mediador del aborto, la utilización del anticonceptivo. Veamos entonces que factores están incidiendo en esta toma de decisión.

¿Qué se conoce sobre el aborto?

En general el conocimiento sobre ambos es formal, por una parte se reconocen los riesgos que el aborto posee, la mayoría de las mujeres afirma que: "...no es un método anticonceptivo, que puede tener muchos riesgos y muchas cosas en contra...", "...la anestesia te puede dar una reacción, puedes quedarte en la mesa de operaciones debido a la anestesia...", "puedes quedar estéril y no tener más hijos". En su mayoría ellas expresan las fuentes de esa información, ya sean programas de radios, en las escuelas, conversaciones informales entre amigas y familiares. Sin embargo no hay una internalización de esta información, no hay un compromiso afectivo, sino se asume de manera pasiva con la seguridad de que esos riesgos son para otras mujeres, no para ellas. Esto quiere decir que esta información transmitida en campañas educativas no está regulando el comportamiento de la población.

Rol del personal médico

En la discusión sobre el aborto resulta relevante no pasar por alto el rol del profesional de la medicina. Y es que el médico está también permeado por los patrones sociales y comportamentales de aceptación y recurrencia a la interrupción. En este sentido, resulta común en las consultas que el propio médico ofrezca la alternativa o indague sobre ella, así lo expresan las entrevistadas, ante la pregunta ¿Qué te dijo el médico cuando fuiste a consulta?:

"Que si me lo iba a dejar o si me lo iba a interrumpir..." (Mujer técnico, 31 años)

"Que por qué no me lo dejaba" (Mujer recepcionista, 34 años)

"Que si me lo pensaba dejar y yo le dije que no" (Mujer ama de casa, 18 años)

En general, estas y otras respuestas referidas a las recomendaciones a continuar o no continuar los embarazos, tienen una cierta incidencia en los comportamientos de las mujeres, toda vez que provienen de una fuente de saber que hace legítimos sus criterios.

Sin embargo, cuando se indaga entre los médicos al respecto ellos consideran que la mayoría de las mujeres ya llegan a las consultas con la decisión de si continuarán o no sus embarazos y que el criterio o sugerencias de ellos no será escuchado. En esta dicotomía es imprescindible encontrar un punto intermedio en el cual la labor del médico esté destinada en esencia a la educación para incidir en la disminución del uso del aborto.

¿Qué piensan los hombres al respecto?

Ahora bien, cuál es el criterio de los hombres al respecto, ¿cuál es su criterio sobre el rol que les ha adjudicado la mujer en este proceso?

Ante todo es imprescindible señalar que la observación realizada en las consultas de interrupción durante el transcurso de la investigación arrojan como interesante resultado, que asistían muy pocos hombres a consulta, en el caso de las adolescentes la asistencia era casi nula, so pretexto de que las deben acompañar padres o tutores. En tanto, las mujeres adultas iban acompañadas de amigas, familiares, y solo en algunas ocasiones de las parejas. Es recurrente que con frecuencia, al preguntárseles por sus parejas refieren: "...él tenía que ir a trabajar..." o "...se quedó cuidándome los niños para yo poder venir..." o simplemente "...él no sabe que yo estoy aquí...yo no le dije de este embarazo, porque seguro que él quería tenerlo y yo no puedo con un muchacho más, porque al final los hijos son de la mujer..."

En este sentido, aparece por una parte la actitud adjudicada y asumida en la que se deposita en la mujer la responsabilidad de esta decisión, pero por otra parte aparece también una mujer que ignora a la pareja y toma esta decisión a espaldas del hombre, o que insiste en interrumpir un embarazo a pesar de que el hombre desea un hijo. Esto separa a la decisión del contexto de la pareja para hacerla unipersonal.

Los hombres entrevistados se encontraban en su totalidad en consulta acompañando a las mujeres, resulta por tanto, útil, comprender qué es lo que ellos arguyen como elementos para estar ahí y para la realización de esa interrupción:

¿Le hizo ella algún comentario sobre el embarazo? Al inicio no, pero después ya me di cuenta de que ella estaba embarazada y no me lo decía porque como llevábamos tan poquito tiempo, ella no quería que esto fuera un problema entre nosotros y ella había decidido ir a hacerse la interrupción y no me iba a decidir nada. (Hombre obrero, 49 años)
“Yo realmente no tengo hijos y a mi me gustaría mucho tener un hijo con ella, pero bueno tenemos planes de vivir solos, y queremos hacer varias cosas, ella quiere empezar a trabajar de nuevo también porque ella es técnico medio, vaya los dos queremos tenerlo pero no ahora.” (Hombre técnico, 30 años)

“¿Qué fue lo primero que pensaste, que le dijiste? Que estaba de acuerdo en tenerlo si estaba en condiciones de tenerlo, que si eso le afectaba en su carrera porque ella está estudiando además de trabajar, que ella decidiera lo que quisiera que yo la apoyaba en lo que ella decidiera.” (Hombre obrero, 21 años)

“En el momento que ella te lo dijo ¿qué le respondiste? Que decidiera que yo la iba a apoyar en todo, que eso era una bendición, lo que pasa que hay momentos y momentos en la vida, que me parecía a mí que no era el momento que si ella decidía tenerlo, bueno yo la ayudaba. ¿De quién fue la idea de interrumpir el embarazo? La idea se manejó desde un principio pero la decisión final fue de ella.” (Hombre profesional, 22 años)

En general, aunque a veces participan los hombres en la decisión, aún en aquellos que las acompañan a consulta sigue siendo muy recurrente depositar en la mujer la responsabilidad de dicha decisión aún cuando tiene una u otra posición ante la interrupción de ese embarazo.

La interrupción voluntaria del embarazo. Su decisión.

La mujer llega al momento de la interrupción con una decisión tomada ya previamente, pero que ha decidido generalmente sola, sin una activa participación de la pareja. Es posible que esta decisión ya esté tomada incluso antes de conocer el embarazo, pues la mujer tiene bien decidido la concreción de su fecundidad real siempre por debajo de sus ideales reproductivos y no hay una participación activa de otros miembros de la familia o amigos en esta decisión.

Se declaran como causas directas la superación personal y profesional, intereses laborales que se resumen en proyectos de vida y las condiciones materiales de vida a la par de que existen un grupo de factores que están condicionando indirectamente esta decisión de abortar: uso inadecuado de la anticoncepción por confianza en el proceso de aborto, escasa planificación familiar y conocimiento solo formal sobre los riesgos y consecuencias del aborto.

Algunas investigaciones locales¹³ han apuntado que “el patrón de uso de métodos anticonceptivos se relaciona con el patrón de aborto. Las tres cuartas partes de las mujeres que nunca han usado métodos no se han realizado abortos y más de la mitad de las que usan métodos habían tenido abortos; las mujeres con más experiencia de aborto han usado en promedio más veces los métodos y observan una mayor discontinuidad en su utilización” (UNICEF, CEDEM, ONE, MINSAP, FNUAP, 1995, p. 60)

Esta relación está mostrando que en Cuba desde siempre se ha notado un interesante y peculiar vínculo entre estos dos determinantes, tal y como se ha comprobado en esta

¹³ Se refiere a Álvarez, L., *El aborto: problema de la mujer, la salud y la salud reproductiva*. La Habana, 1994.

investigación. De este modo se reafirma que la cobertura y niveles de uso no se están refiriendo a una adecuada anticoncepción, y que solo una incidencia directa sobre esta última podría incidir en disminuir los altos niveles del uso del aborto.

III.1.3 Formación de parejas.

Aún cuando la nupcialidad en Cuba ocupe el tercer lugar precedida por la anticoncepción y el aborto como determinantes de la fecundidad y no se exprese ni se encuentre una dependencia entre esta y el comportamiento reproductivo de la población, si es preciso indagar en la búsqueda de elementos que caractericen las posibles interrelaciones entre la manera de convivir y conformar familias y como ella estará incidiendo de algún modo en la decisión de tener hijos. Se parte entonces de comentar la formación de parejas y familias en el país antes de comprobar su relación con la fecundidad.

Puntualizando entonces los cambios en lo relativo a la situación conyugal de las mujeres cubanas en edad fértil (de 15 a 49 años), se puede notar que con relación a 1980, para el año 2002, mientras que disminuye ligeramente la proporción de casadas, aumentan en más de 10 puntos porcentuales las unidas. (Cuadro 18)

Por su parte, entre las muchachas menores de 20 años, disminuyen ambos porcentajes, mientras que las menores de 30 años en total, se nota también como en el total de mujeres un aumento en la consensualidad. Ahora, ¿cómo es el comportamiento de la fecundidad de estas mujeres atendiendo a su situación conyugal?

Cuadro 18. Cuba. Proporción de unidas y casadas por dos grupos de edades en edad fértil. 1980 y 2002.

Grupos de edades	Situación conyugal	1980	2002
Menores de 30 años	Unidas	28%	31%
	Casadas	23%	19%
15 a 19 años	Unidas	21%	16%
	Casadas	7%	5%
15 a 49 años	Unidas	21%	32%
	Casadas	35%	32%

Fuente: Rodríguez Gómez, G. A partir de (FNUAP, CEDEM, ONE, MINSAP, UNICEF, 1995) e Informe Censo de Población y Viviendas 2002.

Se ha comprobado, como se comentó en el capítulo 1, que las mujeres cubanas en su mayoría están teniendo sus hijos en parejas, ya sean formalizadas legalmente o no. De este modo, entre los años 1990 y 2004, el 62% de las mujeres tuvo sus hijos en uniones

consensuales, mientras que el 33% lo tuvo casadas legalmente y solo el 5% lo tuvo en soltería.

Analizando la evolución en el tiempo de las mujeres unidas y casadas que se convierten en madres, se aprecia tal como muestra el Cuadro 9 un aumento importante entre 1987 y el 2004 de madres en Unión consensual y una importante disminución de madres casadas. De cierto modo está aumentando no solo la preferencia a estar unidas sino a tener sus hijos en estas condiciones.

Cuadro 19. Cuba. Situación conyugal de las madres con pareja. 1987, 1990, 2000 y 2004.

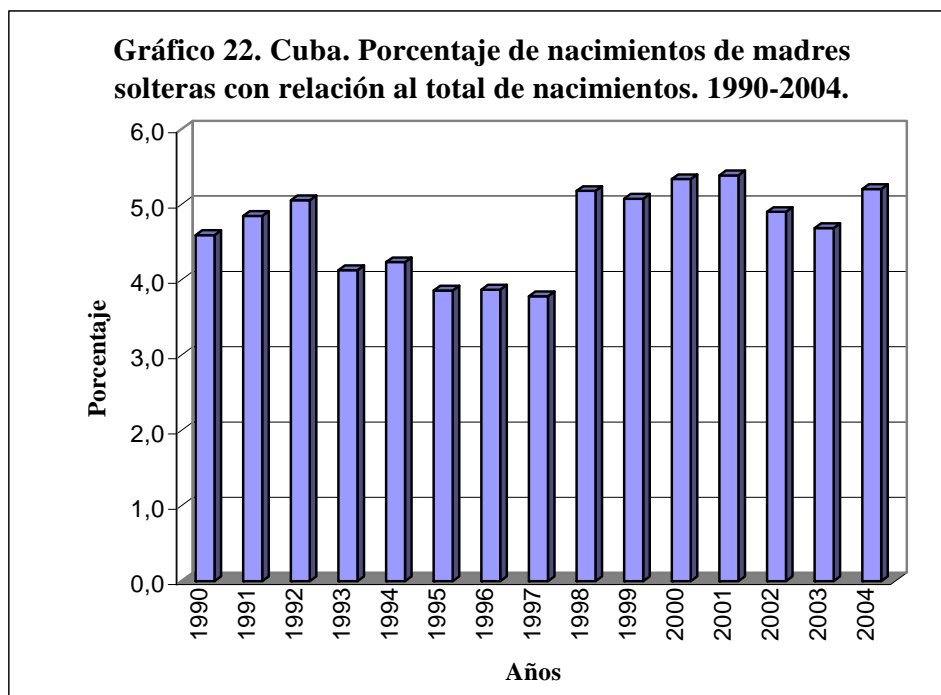
Situación conyugal de las madres	1987	1990	2000	2004
Madres unidas	57%	60%	67%	70%
Madres casadas	37%	34%	27%	24%

Fuente: Rodríguez Gómez, G. A partir de (FNUAP, CEDEM, ONE, MINSAP, UNICEF, 1995) y Base de Datos de Certificados de Nacimientos, 1990-2004.

Por supuesto que este comportamiento en contraste con el continente latinoamericano, es el reflejo de pautas y patrones socialmente aceptados que sin lugar a dudas marcan la diferencia. En lo que sigue será posible tener más elementos acerca de por qué este comportamiento en unos u otros casos a partir de las entrevistas realizadas, pero antes vale detenerse en las mujeres solteras. Si bien para la mujer cubana es cada vez menos necesario estar casadas legalmente al convertirse en madres (lo cual no significa que posteriormente se casen), no es frecuente que tengan sus hijos manteniéndose solteras. La mujer a pesar de considerar que los hijos son suyos por encima del hombre y otros criterios que ya han sido presentados con anterioridad sigue necesitando la pareja al convertirse en madres y posiblemente no deciden continuar algunos embarazos por estar solas. Si bien cuando se analizó las causas de las interrupciones nunca ellas expresan esta como una causante, no se plantean en ningún caso tener y educar a sus hijos solas.

Es decir, que sigue siendo la familia y la convivencia en pareja un espacio importante para el nacimiento de los hijos.

En el período entre 1990 y el 2004, alrededor del 5% de las mujeres se declaran solteras en el momento de convertirse en madres. A lo largo de estos años este comportamiento ha oscilado con tendencia a la estabilidad (Gráfico 19).



Fuente: Rodríguez Gómez, G. A partir de Certificados de Bases de Datos de Nacimientos. 1990 – 2004.

Si bien se puede notar que en los años de menor fecundidad (1994-1996) son menores estos valores, se mantiene una oscilación alrededor del 5%. Ahora, de estas madres en condiciones de soltería entre los años 1990 y el 2004, el 57% son menores de 25 años, y el 80% menores de 30 años y su nivel educacional es fundamentalmente 9no grado (45%).

Para comprender donde están las relaciones entre el interés de las personas por unirse o casarse y la intención de tener hijos, pero además para entender los elementos decisionales que las personas enumeran como causantes de la decisión de casarse o unirse, se les preguntó a los entrevistados al respecto. Las respuestas fueron las siguientes:

“¿Ninguno de los dos habló de casarse? Si, creo que fue él, pero bueno, casarnos en un determinado momento, cuando hubiera más estabilidad, cuando tuviéramos condiciones para hacer algo sencillo...

¿Por qué se casarían? Bueno, por amor...

¿Pero si estaban bien unidos, por qué casarse? Para oficializar la unión

¿Y eso para qué? Para tener una constancia oficial de la unión, para un reconocimiento oficial ante determinado trámite...cosas así.

Si ahora sales embarazada, en unos meses....

Me caso, aunque solo vaya al bufete a firmar, porque me gustaría que los niños nacieran en esas condiciones...

Por lo que te dije, es algo tal vez psicológico pero tal vez el casamiento oficial, es más duradero, más comprometedor y con relación a los niños les veo más seguridad desde el punto de vista que si a mi me pasara algo de que no pudiera estar cerca de ellos, no se, el padre está obligatoriamente por la ley comprometido con sus hijos. (Mujer profesional, 34 años)

“¿Por qué se unen? Nos unimos porque él vivía solo, y era mejor que estar así separados....

¿Y por qué no casarse? Porque yo no quise nunca casarme, yo siempre pensé que era muy joven todavía para llegar al matrimonio, siempre he tenido un alto concepto de lo que es el matrimonio, la familia y esas cosas, pienso que cuando uno se une por un papel hay que pensarlo bien porque siempre he pensado que cuando tenga ese papel quisiera que fuera para siempre, aunque cuando uno se separa en una relación, es igual, tiene los mismos sentimientos...la mismas cosas, pero no sé me parece que es algo mucho más difícil.”
(Mujer profesional, 35 años)

“¿Por qué te casaste?

Porque yo pienso que es una cosa legal, que es bonito casarse, no sé...yo fui la que quise casarme, él no, pero bueno, él tenía hijos y eso, y yo le dije dale vamos a casarnos, me gusta siempre casarme no estar así...unida.

¿Cuál es la diferencia en estar casada y unida?

No sé, me da más seguridad...”(Mujer oficinista, 42 años)

“¿Han hablado sobre casarse?

Si, nos gustaría casarnos, pero así unidos a veces estamos juntos y a veces no, pero si nos casamos ya tendríamos que vivir o en su casa o en la mía y ninguno de los dos quiere vivir con los suegros. Para mi no valdría la pena casarnos, él antes quería casarse pero ya no le importa mucho.

Si tomas la decisión de casarte ¿por qué sería?

Por el niño, porque pienso que se sentiría mejor, porque uno dice estoy unido pero no es lo mismo que estar casado, porque es que cuando estás casada dices: es mi esposo, de lo contrario dices: es mi marido, es mi pareja, que sé yo...y hay una diferencia no solo en papeles, sino también al hablar no es lo mismo decir estoy casada que estoy unida, se ve lo de estar casada una cosa más seria, más responsable, se ve como una relación seria ante los demás, y estar unido es serio peor para ti, como que ya se acepta, no como antes que era casarte obligado.” (Mujer técnico, 24 años)

“¿Qué tiempo llevas unida?

Un año y dos meses, desde el principio yo me fui a vivir a su casa.

¿Por qué decides unirte?

Porque es un muchacho bueno, que me quiere, yo lo quiero.

¿Por qué unirte y no casarte?

Me gustaría casarme pero ahora no están los requisitos necesarios para casarme, hay muchos problemas entiendes? Arreglar la casa, guardar dinero para hacer una fiesta.”

(Mujer gastronómica, 18 años)

¿Y por qué te casaste?

Porque cuando empezamos no teníamos dinero, ni las maneras de casarnos, ahora ya tengo de todo, más o menos lo que necesitamos y entonces hicimos la boda. Porque si ya llevo once años con él, lo más normal es que me case, y que haga cosas normales, como yo pienso es estar ya con él por siempre, él dice que para toda la vida, si no se encuentra a alguien por ahí...(Mujer cocinera, 30 años)

Como se ha notado en los propios testimonios de los entrevistados, para las mujeres continúa siendo importante el matrimonio, como forma legal de unión que concede posiblemente un bienestar y seguridad para la pareja. Las personas esperan cumplir algunos requisitos económicos, de bienestar, condiciones de vida etc... antes de casarse. Muchas veces, se valora como un paso posterior a compartir la vida unidos, es decir es vista la unión como antesala al matrimonio.

Por su parte, las personas deciden unirse cuando consideran que la relación tiene alguna estabilidad y es muchas veces un proceso paulatino, en el cual comienzan por compartir algunos momentos de convivencia hasta llegar a una estable y prolongada convivencia. Aún cuando conscientemente no se declare así, se convierte en una etapa previa al matrimonio.

Sin embargo, no se encuentra una relación entre las uniones o los matrimonios y la decisión de tener hijos. En primera instancia muchas de las entrevistadas tendrían sus hijos sin casarse y posiblemente después se casarían mientras que otras mujeres ni siquiera consideran esa opción. Lo interesante es que en ningún caso aparece el matrimonio como elemento necesario para la reproducción. Sin embargo, si con mucha frecuencia se señala como elemento necesario para tener un hijo el tener pareja estable lo que continúa alejando la opción de la maternidad soltera.

“¿Crees que es preciso estar casados para tener hijos?

No, lo importante es quererse. Yo pienso que no porque yo he tenido a los dos míos sin casarme. Yo me casé con el papá de mi hijo, de boda y todo cuando mi hijo tenía siete meses. Y me casé por casarme, porque él quería pero yo ya no sentía ese amor, para casarme.”(Mujer gastronómica, 31 años)

“¿Qué condiciones crees que deberías tener para tener un hijo?

Primeramente tener una pareja que sea buena, una persona que tú sepas que te va a ayudar a criar bien a tus hijos, además un trabajo estable con un salario básico para mantener a los hijos y además un hogar, una casa donde criarlos.

¿Crees que necesitas estar casado para tener hijos?”

No, no lo creo. (Hombre chofer, 49 años)

“¿Crees que necesitas estar casado para tener hijos?

No, yo creo que no para mi el casamiento no sustituye el amor y todo lo lindo que te pueda unir a una pareja, mira mi esposa tuvo una relación anterior con el padre del niño que no duró nada y terminó mal, sin embargo estaban casados, y ella y yo no estamos casados por papeles y sin embargo todo marcha de maravillas.” (Hombre técnico, 30 años)

Por su parte de manera particular los adolescentes poseen criterios muy similares a sus mayores. Transmitidos a partir de sus propias vivencias y por criterios e ideas transferidas generacionalmente, ellos también consideran a la unión legal como un paso importante pero no preciso ni definitivo con relación no solo a la estabilidad del individuo sino incluso a su comportamiento reproductivo:

“Adolescente hembra: Se necesita al menos una relación estable.

Coordinador del grupo: ¿Una relación estable significa estar casados legalmente?

Adolescente varón: No necesariamente, porque hay parejas que son estables y no están casados y al contrario, eso tiene que ver con la relación con que se quieran.

Adolescente varón: Yo no me voy a casar porque eso es un papeleo por gusto, sí me voy a unir con alguien pero no a casarme voy a tener una pareja...mis tíos llevan cantidad de años juntos y no se han casado, y les va muy bien.

Adolescente hembra: Casi siempre son las mujeres las que quieren casarse, les gusta pasar por ese momento.

Coordinador del grupo: ¿Conocen parejas unidas que no estén casadas legalmente?

Adolescente varón: Mis padres llevan juntos más de quince años y nunca se han casado.

Adolescente hembra: Mis tíos nunca se han casado, son pareja hacen 12 años y no se han casado nunca y tienen hijos y todo.

Coordinador del grupo: ¿Sabes por qué no se casan?

Adolescente hembra: Será porque se sienten bien así.”

III. 2 Interrelación de estos procesos: la decisión de tener un hijo

Como resultado de la interrelación entre estos llamados determinantes próximos al nivel individual, se produce el proceso decisional de tener o no tener un hijo en cada momento. Se pueden identificar entonces, dos modalidades en estos procesos:

1. Se desea tener un hijo: la mujer o la pareja deciden no usar anticonceptivo alguno, pues consideran encontrarse en un momento de su vida en el cual les interesa formar familia. Así, ante un embarazo la única decisión es continuarlo.

En las entrevistas realizadas esta opción fue menos frecuente.

2. Se está ante la presencia de un embarazo, por falla o no uso de anticonceptivo y en estas circunstancias se asume una de estas dos vías:

a) se decide continuar con el embarazo porque la pareja o la mujer consideran que ya cumplen algunas condiciones para tener un hijo, o bien porque no desea someterse a una interrupción, o porque no se puede realizar una interrupción por razones de salud o de tiempo de gestación.

b) se decide interrumpir el embarazo.

Es aquí realmente donde muchas veces se decide, y esto ocurre, como se ha explicado, con mucha frecuencia, ya con el embarazo presente.

Ahora, ¿cómo se decide en uno u otro sentido?

Parecería contradictorio, dada la amplia cobertura de anticonceptivos y su disponibilidad, sin embargo, a nivel individual, de la familia y la pareja no se aprecia un proceso complejo de planificación ante la llegada de un hijo.

“Bueno, hasta que salgo embarazada con el asa puesta. Yo no había planificado tener hijos, pero ya me dejé el embarazo.

¿Por qué?

Porque ya tenía edad para eso, ya tenía 27 años, sentía que ya estaba preparada, con cierta madurez, me sentía con madurez para enfrentar tener un hijo.” (Mujer oficinista, 42 años)

“yo tenía nada más 19 años, y yo lo que quería era estar con mi esposo, ya después al año si salí embarazada y tuve la niña, porque como hacía poco me había hecho el otro legrado ahí si ya me dejé el embarazo, ya después que la niña nació empecé a tomar las pastillas. Ahora tendré que ponerme un anticonceptivo y no tomar más las pastillas, porque parece que tengo problemas con ellas, no me sirvieron...” (Mujer ama de casa, 25 años)

“¿Tú planificaste ese embarazo?

De cierta forma si, porque ya tenía 23 años y pensé que si que podía ya tener el hijo...no fue una cosa planificada...sucedió y lo acepté.” (Mujer técnico, 24 años)

“¿Y cómo decides continuarlo?

Bueno, me di cuenta un buen día que me tenía que caer la menstruación la semana anterior y no me había caído, y yo estaba llevando la fecha, y dije: ay, creo que la semana pasada debí caer con la menstruación y no sucedió, entonces consulté al médico y el médico hizo

una cuenta conmigo desde mi última menstruación y me dijo: bueno, si estás embarazada y te lo vas a dejar te sugiero que esperes un tiempo para hacerte un ultrasonido, entonces yo siempre había pensado que mi primer embarazo yo no lo iba a interrumpir a no ser por una sugerencia médica ya evidente y entonces ya decidí dejármelo.

¿Y entonces qué pasa, qué dice tu pareja?

Mi pareja y yo siempre habíamos hablado de eso, de que yo no me quería interrumpir ningún embarazo, él fue testigo de aquel legrado que me tuve que hacer por lo del anticonceptivo, que aquello fue traumático y él coincidió conmigo, es decir que no lo estábamos buscando en aquel momento pero si llegaba iba a ser bienvenido de todas maneras.

¿Tú consideras entonces que era una decisión que habías tomado desde antes?

Aja, yo considero que en ese momento no se estaba buscando pero que en el momento en que llegara iba a ser recibido, porque fue por un error en la cuenta, nosotros no lo estábamos buscando.” (Mujer profesional, 33 años)

“¿Qué sentiste, qué pensaste cuando te dijeron que estabas embarazada?

Yo me quería morir, yo fui al médico, mi mamá pidió una remisión para hacerme un ultrasonido en el policlínico y cuando llegué allí ellos me dijeron que tenía cuatro meses y medio, mi mamá todo el tiempo apoyándome yo estaba muy alterada, llorando, no quería comer, pero mi mamá y mi papá los dos apoyándome...hasta que yo me di cuenta que no podía hacer nada”. (Adolescente estudiante, 15 años)

“¿Y ustedes querían tener un hijo?

Él no, y yo tampoco, pero salí embarazada y ya...me lo dejé, él estaba en el Servicio Militar cuando eso y me lo dejé.” (Mujer gastronómica, 30 años)

Aunque por otra parte si aparecen algunas mujeres cuyos embarazos fueron fruto de un proceso de planificación, sin embargo en sus historias reproductivas se encuentran hijos planificados y otros no.

“¿Cómo los decidiste tener?

La mayor, yo ya estaba casada, me casé a los 20 años y decidí tener a mi hijo a los 23.

¿Y este tercero me dijiste que no fue planificado?

No, lo que pasó es que en realidad yo no tenía puesto anticonceptivo, me confié de que no iba a salir embarazada porque ya llevaba como cinco años de relación sin anticonceptivo ni nada y no salía embarazada.

¿Por qué decides tenerlo en aquel momento?

Porque le tengo pánico al legrado y porque me gustan los muchachos.”

(Mujer técnico, 33 años)

“¿Por qué decidieron tener un hijo?

Porque ya yo pensé que logré lo que más quería que era terminar mi carrera, ya iba a terminar mi especialidad, y yo dije bueno, ya están dadas las condiciones...

¿Qué edad tenías?

Tenía 28 años, eso es antes de 30, que uno siempre le va poniendo también la meta de la edad, y entonces dijimos ya vamos a tenerlo, más bien por mi...si pensé más bien por mi edad, yo siempre he dicho que el hombre tiene toda una vida para tener hijos...”

(Mujer profesional, 35 años)

Es decir, que en general muchos eventos coinciden en que un embarazo continúe pero con mucha frecuencia, este no es previamente planeado.

Ahora, en estas mismas experiencias, resultan relevantes las razones que condicionan la decisión de tener o no tener un hijo, y continúan siendo recurrentes los motivos asociados a las condiciones económicas y de vida, tales como los ingresos, la vivienda y la disponibilidad de recursos para brindar bienestar al niño. A estos factores se les adicionan las ofertas de servicios de apoyo a la madre, tales como disponibilidad de círculos infantiles, comercios con productos en moneda nacional destinados a niños pequeños, etc.

Estas causantes por supuesto no aparecen aisladas de la satisfacción de intereses profesionales, laborales, de superación y la reproducción del patrón de familia con pocos hijos, trasladado de una a otra generación.

Para culminar la exploración de este imaginario reproductivo de la población, resulta importante comprender el mundo de los ideales en cuanto a número de hijos, condiciones para tenerlos, así como edades más apropiadas para ello:

III.2.1 Los ideales

Al indagar sobre las condiciones que son identificadas como ideales para tener hijos, es muy recurrente la enumeración de elementos de carácter económico que están incidiendo en las condiciones y calidad de vida. En este sentido, se aprecia un interés por elevar su poder adquisitivo en función de proporcionar al futuro hijo, un hogar “adecuado, con las condiciones mínimas” según expresiones de los entrevistados.

Paralelamente aparecen elementos relacionados con la presencia de una pareja y una relación estable, además es identificada entre las mujeres la necesidad del intervalo intergenésico, manifestado a través de la necesidad de que los niños crezcan, antes de que nazca el segundo. Finalmente también aparecen intereses de superación profesional e incorporación laboral.

“¿Qué condiciones piensas tú que se debe tener para tener un hijo?”

Primeramente, estar preparada psicológicamente, tener un lugar donde tenerlo, que el niño tenga condiciones, no que tenga una buena casa pero que el niño tenga un lugar que esté tranquilo, que los padres tengan el mutuo acuerdo de que él venga, porque hay veces que la mamá quiere, el padre no...

(Mujer oficinista, 42 años)

“¿Qué condiciones tú crees que deberías tener para tener un hijo?

Bueno, en primer lugar esperar que mi hijo crezca porque ahora está muy chiquito, en segundo lugar estabilizarme con una pareja, con él o cualquier otra”

(Mujer técnico, 31 años)

¿Tienes algún proyecto futuro que te impida tener hijos ahora?

La construcción, terminar de construir la casa, pues tiene problemas y así no puedo tener un hijo ahora, pienso trabajar ahora, quiero pasar un curso para que mi prima me ponga a trabajar con ella en control y calidad del producto.

¿Qué requisitos/ condiciones consideras tú que debes tener para tener un hijo?

Tener buenas condiciones económicas, más entrada de dinero, porque ahora solo trabaja mi esposo, y no sé... esperar que pasen unos añitos.

(Mujer ama de casa, 21 años)

Existen otros elementos relativos a los ideales reproductivos que resulta imprescindible tomar en cuenta, además de las condiciones para tener un hijos, se indagó en torno al número de hijos que se desearía tener, a las edades para ello, así como al intervalo ideal entre hijos. Al respecto, es de destacar un elemento significativo que aparece también en las encuestas de fecundidad realizadas en Europa en este período (van de Kaa, D.J. 2001), y es que, aún cuando aparecen mujeres cuyo ideal de hijos es cero, en la mayoría de los países sigue predominando el ideal de hijos alrededor de 2, tal y como fue calculado para Cuba en el año 1987. Y más aún en Europa resulta peculiar que este ideal sea muchas veces superior en las mujeres con mayor nivel de escolarización.

Es decir, las mujeres cubanas no han renunciado a su maternidad, siempre desean tener al menos un hijo, antes de que concluya su período fértil. En este sentido coinciden en que aún cuando no se lleguen a cumplir los requisitos o condiciones que ellas mismas conceptualizan como necesarios para tener un hijo, de todos modos lo tendrían. Y de cierto modo, de ello da fe, no solo el nacimiento de hijos postergados cuando se inicia el proceso recuperatorio de la crisis de los 90s, sino además el nivel de la fecundidad mantenido de manera bastante estable en los últimos 8 años.

El número ideal de hijos declarado, es entonces, en la mayoría de los entrevistados de dos hijos, aún cuando algunas consideran que les será muy difícil llegar a cumplir dicho

ideal. Ya aparecen mujeres con ideal de un hijo, sobre todo entre aquellas que con más de 20 años aún no han tenido ninguno.

Ahora, tanto en Cuba como en otros contextos, en condiciones de segunda transición, existen dos grupos de razones que condicionan que no se llegue a completar ese tamaño de familia deseado. (Livi-Bacci, M. 2001, Bongaarts, J. 2001) En primer lugar estaría la llamada infecundidad involuntaria referida a la inhabilidad de encontrar pareja, la esterilidad fisiológica, la separación o divorcio, etc. y en segundo lugar estaría el llamado factor residual, menos claramente conceptualizado pero que se refiere a que, tal y como mencionan algunas de las entrevistadas en esta investigación, las mujeres no desean tener más hijos a pesar de que aún no han alcanzado su tamaño ideal de familia. Esto se encuentra relacionado con que “la mujer reporta su tamaño deseado de familia con precisión, pero tiene varias preferencias competitivas con relación a este (cuidado de los hijos, su carrera, la libertad personal, la responsabilidad del cuidado de los hijos) por lo que algunas mujeres detienen su maternidad antes de alcanzar su descendencia deseada” (Bongaarts, J. en Livi-Bacci, M. 2001, p. 283-284)¹⁴.

Estos elementos más adaptados a las realidades europeas, unidos a otros factores de condiciones de vida determinadas desde lo socioeconómico, están incidiendo en esta diferencia entre fecundidad ideal y real en el caso de Cuba.

Por otra parte, las edades seleccionadas como ideales para la maternidad, son entre 20 y 29 años, identificando al interior de este intervalo, períodos y edades puntuales como las mejores para la maternidad por razones diversas. En muchos casos particularizan el período comprendido entre 20 y 24 años. Este continúa siendo un patrón transmitido generacionalmente e identificado no solo por las mujeres adultas sino también por las más jóvenes. De cierto modo es este un elemento que mantiene anclada en la población e incluso en el personal médico, el paradigma de una fecundidad en edades jóvenes. Sin embargo, si resulta interesante las respuestas de varias mujeres para las cuales el diapasón de la edad ideal de la fecundidad si llegaba a los 35 años: “*además yo estoy joven, tampoco es parir vieja pero a los 33, a los 35 años todavía tengo tiempo.*” (Mujer gastronómica, 30 años)

¹⁴ En inglés en el original, traducción de la autora.

Contrastante con ello es el hecho de que muchas de las mujeres que identifican las edades de entre 20 y 29 años como ideales, por una razón u otra han dilatado su fecundidad en el tiempo, y bien o aún no han tenido hijos pasados los 30 años, o los tuvieron después de esa edad, o están planificando un segundo hijo ya pasado los 30 años, tanto por razones de tipo económico como de realización laboral o profesional.

Existe entonces una diferencia entre las edades declaradas como ideales para tener los hijos y las edades en que esas mujeres los tienen. Por ejemplo, entre las entrevistadas una mujer profesional de 33 años, confirma que la edad ideal para tener hijos es entre los 20 y los 25 años, y ella tuvo a su primer hijo a los 28. Sin embargo, quisiera tener un segundo hijo, que ha dilatado en el tiempo por razones de vivienda y de superación profesional.

En la exploración del ideal del número de años que consideran deben llevarse los niños entre sí, con mucha frecuencia fue señalado entre dos y tres años. Algunas mujeres acotaron un período mucho mayor. En este sentido, las respuestas, más que asociadas a razones de salud de la madre, se refieren a la facilidad para la educación y crianza, al bienestar de los hijos, etc. Estos ideales poseen una estrecha relación con los patrones culturales y sociales que son transmitidos generacionalmente y que expresan un comportamiento reproductivo sostenido por la población cubana, pero que se inserta en un proceso de paulatina modificación, dentro de los procesos evolutivos que se producen a nivel social.

Consideraciones en torno a los determinantes de la fecundidad desde lo individual

El análisis realizado a lo largo del capítulo permite concluir, ante todo, que el análisis combinado de la información cuantitativa referida al nivel macro social y la cualitativa referida al micro social, ha permitido profundizar en la comprensión del rol de los determinantes próximos fundamentales –anticoncepción, aborto y nupcialidad- sobre el patrón y estructura de la fecundidad en el período entre 1990 y 2004. Específicamente se precisa a través de los siguientes elementos:

- La anticoncepción continúa siendo un determinante próximo de la fecundidad muy importante en el país. La prevalencia de su uso ha aumentado en los últimos años, así como también lo han hecho la diversidad en la oferta y disponibilidad de los mismos. Ahora, desde la perspectiva del individuo, resulta relevante el conocimiento formal y no real de dichos métodos, de su funcionamiento y de su actuación en el organismo. Por otra parte, este uso no es ni persistente ni constante, resultando interesante que los embarazos no deseados son, en muchas ocasiones, identificados como fallas del anticonceptivo. Con relación a las razones para la selección de los mismos, existen disímiles, pero en muchas ocasiones están asociadas a prejuicios y a la propia falta de conocimiento. Por último es destacable la ausencia en el país de la divulgación y promoción de la anticoncepción de emergencia como una segunda oportunidad.
- La intención de interrumpir embarazos, ya sea utilizando el aborto o las regulaciones menstruales, continúa siendo muy elevada. Esto es el resultado de un inadecuado uso de la anticoncepción y de una ineficaz planificación familiar. En general el aborto es una decisión de la mujer y no de la pareja, por razones de diverso índole. Existe un conocimiento formal sobre sus riesgos, pero la diseminación de experiencias en los que el proceso resulta seguro y eficaz, condiciona la confianza y asiduidad en su utilización.
- La formación de las parejas es aún un elemento escasamente relacionado con la fecundidad. Existe una desvinculación entre el momento de la unión o matrimonio y el nacimiento de los hijos. Lo que si resulta peculiar es que los hijos generalmente nacen de madres acompañadas, y si bien estas no se casan o unen para tener un hijo, si consideran importante la presencia de la pareja para el nacimiento del niño, tal es así que algunos deciden legalizar su unión o comenzar una unión ante un embarazo. Sin embargo, aun cuando predomina la unión, sigue siendo valorizado el matrimonio, pero

es posible que la primera sea comprendida como un paso previo a la legalización de la unión. A esta, por su parte, se llega de manera paulatina, comenzando a compartir algunos momentos de convivencia.

- A nivel individual, de la familia y la pareja no se aprecia un proceso complejo de planificación ante la llegada de un hijo, muchas veces se decide continuar el embarazo después de producido este. En este sentido se conjuga un ineficaz uso de la anticoncepción con la inadecuada utilización del aborto.
- Los ideales encontrados continúan apuntando hacia el número de hijos dos, pero paralelamente se consolidan las edades entre 20 y 29 años como las ideales para la fecundidad, y el período intergenésico no inferior a dos años.
- La decisión de tener un hijo que atraviesa estos determinantes próximos está anclada a motivaciones de carácter económico, social y de superación personal, y a la par está atravesada por la continuación de patrones reproductivos entre las generaciones.

CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación, hasta aquí presentados, han tenido el propósito de exponer y explicar las características recientes de la dinámica de la fecundidad cubana desde una perspectiva sociodemográfica que incorpora la perspectiva del rol del individuo en la construcción del comportamiento reproductivo que se refleja a escala social. Así entonces, de lo que se ha tratado es de dar respuesta al problema general que nos ocupa: **¿Cuáles son el nivel, el patrón y los factores condicionantes de la fecundidad cubana en el período 1990-2004?**

- En primer lugar, es imprescindible contextualizar, desde el punto de vista teórico, el estado sociodemográfico de la población cubana y los rasgos que identifica su dinámica en los últimos tres lustros. En todo caso, hoy es posible afirmar que, desde el punto de vista demográfico, Cuba se encuentra en una fase postransicional, dentro de la que es posible ubicar, entre fines de los 80s e inicios de los 90s, el comienzo de su segunda transición demográfica. Así, ya no sería posible comprender su evolución reciente y futura desde los postulados de la teoría de la transición demográfica “clásica” que, efectivamente, proporcionó las claves fundamentales para explicar lo ocurrido con la fecundidad cubana entre 1900 y 1985, pero que hoy ya no es suficiente para comprender la dinámica de la variable. En tal caso, el esquema teórico de la *segunda transición demográfica* incorpora la cualidad de los comportamientos individuales en tanto condicionantes del comportamiento cuantitativo de la fecundidad así como factores explicativos emergentes que se revelan instrumentales para la comprensión de su evolución, sobre todo en un escenario bajo el nivel de reemplazo, asumiendo ambas transiciones como un proceso continuo, con particularidades asociadas a cada región y grupo humano distintivo, toda vez que ambas transiciones están dependiendo de factores socioeconómicos y locales únicos.
- Una vez enmarcada en su segunda transición, la dinámica reciente de la fecundidad cubana se puede delimitar como una fecundidad sostenida en valores bajos, con oscilaciones coyunturales por debajo del nivel de reemplazo, enmarcadas en un cambio notable de la participación de las diferentes generaciones de mujeres en edades fértiles. Es así que la evolución de su nivel se ubica en dos fases claramente distintas. Entre 1990 y 1996, y asociada a la etapa más crítica de la crisis económica, la fecundidad alcanzó su sima histórica luego de un abrupto descenso que tuvo lugar en esos años estrechamente vinculado a los indicadores económicos en la época. Siguió entonces una

segunda fase, entre 1997 y 2004, en la que el nivel de la fecundidad mostró cierta recuperación sin que se alcanzasen los valores medios de hijos por mujer que se registraban antes de 1990. Podría decirse, en tal caso, que las mujeres cubanas no sólo adaptaron su conducta reproductiva frente a una coyuntura en extremo adversa en la etapa precedente, sino que asumieron ese reducido número de hijos como una norma reproductiva referativa que se instaló como elemento clave en el diseño del tamaño de su descendencia.

- ¿Qué sucedió entonces con el patrón? No existe una respuesta única y sencilla para tal interrogante, pero efectivamente se puede afirmar que se produjeron cambios notables en la estructura de participación en la fecundidad de las distintas generaciones femeninas en edades fértiles durante el período. El importante descenso de la fecundidad de las adolescentes y la lenta declinación de la variable en mujeres de 20 a 24 años se hicieron acompañar de una clara estabilidad en mujeres de 25 a 29 años y de un importante incremento de la fecundidad desde los 30 años en adelante. Ello resultó en un aumento de la edad media de la fecundidad en más de un año, superándose los 26 años.

Aún cuando hoy se sigue registrando una fecundidad de cúspide temprana, el envejecimiento del patrón reproductivo está siendo notable, sobre todo si se tiene en cuenta la prolongada historia de fecundidad temprana en Cuba, destacándose etapas en las que resultaba significativamente elevada la fecundidad adolescente.

- Estos cambios en el patrón reproductivo cubano se han fraguado en dos escenarios yuxtapuestos:
 - El primero de ellos, el envejecimiento propio de la población, cuyos efectivos con 60 años o más representan algo más del 15% de la población. Ello es el resultado de casi tres décadas de una fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, que condiciona cohortes de nacimientos más pequeñas, así como la incorporación a la vida fértil de contingentes femeninos más reducidos, invirtiéndose la estructura de edades de la población femenina que está pariendo en cada momento.
 - El segundo escenario, la posposición de los hijos de todos los órdenes, lo que es además de una respuesta a la coyuntura de crisis económica, una expresión de un proceso de difusión entre las propias mujeres al interior del período fértil. La fecundidad más tardía se produce en mujeres universitarias, sin vínculo marital y urbanas, cuya edad media de maternidad supera los 27 años, siendo más notables

las universitarias, con más de 28 años. Esto último, era un comportamiento ya establecido hacia mediados de la década de los noventa y los cambios que se han observado confirman el incremento del nivel de esos indicadores. En tanto, no son ellas las que más posponen el nacimiento de un nuevo hijo, sino que en ese caso se encuentran las mujeres rurales, de 0 a 6 grados de escolaridad y aquellas con algún vínculo conyugal. Ello habla de una posible instauración de un proceso de homogeneización del patrón reproductivo, en términos de postergación, condicionado probablemente por el efecto demostrativo y la difusión, de la misma manera que lo hubo en términos de la reducción del número de hijos y la adopción de un tamaño de familia más reducido.

- La comprensión de estos procesos, a nivel macro, sólo ha sido posible al introducir en el análisis la información cualitativa en torno al rol que están jugando los determinantes próximos fundamentales de la fecundidad en Cuba, anticoncepción, aborto inducido y nupcialidad, proveniente de mujeres entrevistadas en profundidad sobre el tema. En tal caso, la anticoncepción y el aborto inducido continúan siendo determinantes próximos muy importantes de la fecundidad en el país, reforzando así el conocimiento previo que se tenía del fenómeno.

Ello se traduce, por un lado, en una elevada prevalencia contraceptiva, que como contraste está acompañada de una igualmente significativa recurrencia a la interrupción de embarazos. En un caso, resulta notable el conocimiento formal y no real de los métodos anticonceptivos, así como las elevadas discontinuidad e interrupción infundada en su utilización. Aún cuando la información, en términos generales, sobre los métodos está disponible, esta parece no encontrar aún canales de interacción social eficientes para que llegue a las mujeres, se convierta en fundamento gnoseológico individual y se pueda erigir en modulador de la conducta en términos de instrumento de una adecuada planificación familiar, lo que se hace acompañar de una muy escasa divulgación de la anticoncepción de emergencia, derivando en un acceso recurrente a los servicios de interrupción de embarazos disponibles en el país.

En tal caso, pareciera que las mujeres continúan recurriendo al aborto con frecuencia como un medio para evitar tener hijos, basadas en la diseminación de experiencias en las que el proceso resultó seguro y eficaz, así como en el hecho cierto de la eficiencia de la infraestructura hospitalaria que ofrece el servicio, condicionándose así una confianza “desmedida” y la asiduidad en su utilización. De este modo, entonces,

las mujeres demostraron tener sólo un conocimiento formal sobre sus riesgos y no identificaron la necesidad de acceder a la interrupción del embarazo como una consecuencia directa de un uso inadecuado de la anticoncepción y de una baja calidad del proceso de planificación familiar. Es notable además que en ambos casos, anticoncepción y aborto inducido, éstos parecen constituir un patrimonio femenino y son de decisión casi exclusiva de las mujeres mientras que sus parejas juegan, por lo general, un rol pasivo.

- Por ello, la formación de las parejas aparece escasamente relacionada con la fecundidad. Tener descendencia parece no formar parte de la construcción de una estrategia de vida en común. Podría decirse que las uniones o matrimonios no se forman para tener hijos, sin embargo resulta peculiar que los hijos nacen, en su gran generalidad, de madres unidas o casadas. Y si bien no se busca pareja para alcanzar un tamaño deseado de descendencia, los hijos en términos reales y desde los ideales sí están siendo tenidos en compañía. La decisión de continuar un embarazo se convierte muchas veces en el acicate para la legalización de la unión. Quedaría por verificar si se trata verdaderamente de madres unidas o sencillamente si las mujeres, estando solas cuando salieron embarazadas, prefirieron declararse acompañadas en tanto la figura de la madre soltera no es aún un status social de igual reconocimiento en la memoria colectiva de la sociedad.

Luego, no se ha verificado la presencia de un proceso complejo de planificación familiar para la llegada de los hijos. Muchas veces lo que sucede es que se decide continuar el embarazo una vez que éste se ha producido. Aún cuando el ideal reproductivo encontrado sigue apuntando hacia los dos hijos, este no parece jugar un rol notable en la decisión de continuar o no con un embarazo, sino que está fundamentalmente anclada en motivaciones de carácter económico, social y de superación personal, atravesada por un proceso de transmisión intergeneracional, de madres a hijas, de patrones reproductivos que sitúan la llegada de esos hijos en la veintena de años y un período intergenésico no inferior a los dos años.

Todos estos hallazgos tienen graves consecuencias en términos de la capacidad multiplicativa de la población. Madres más viejas y mayor postergación de los hijos apuntan ciertamente a un descenso futuro de la fecundidad, sin embargo esto se entreteje de manera sustancial con los patrones culturales de la sociedad que sustentan el valor de la

maternidad y la formación de familias. En este sentido, aún cuando la experiencia de otros contextos, fundamentalmente europeos, parece no delimitar un umbral para el descenso, el futuro de la fecundidad cubana será, como mismo lo ha sido su proceso transicional, diferenciado y acomodado a las particularidades y especificidades del país.

Sin embargo, si algo está demostrando en materia de reproducción la población cubana, es que la concepción de “madre añosa” ha de cambiar, como ha de cambiar el concepto de cuál es la edad a partir de la que un embarazo se considerará “de riesgo” para la madre y el niño. Una vez más, y desde su práctica reproductiva, la propia población ha comenzado a re-escribir el acervo gnoseológico con relación al tema y la conclusión final es más que obvia: queda aún mucho por investigar y se debe estar preparado para iniciar un nuevo proceso de aprendizaje sobre el comportamiento reproductivo cubano.

RECOMENDACIONES

Resulta de particular importancia tras una discusión sobre la fecundidad cubana y sus determinantes y luego de delimitar aquellos elementos que lo condicionan también desde un nivel individual proponer algunas recomendaciones no solo a demógrafos y científicos de la población, sino también a decisores que permitan trazar políticas en un futuro mediano, así las sugerencias de este trabajo quedarán divididas en dos partes:

A demógrafos y científicos en general:

- ✓ Sería de particular relevancia continuar trabajando en las investigaciones vinculadas a la fecundidad cubana, incorporando enfoques inter y multidisciplinarios, desarrollando y ampliando dentro de la metodología cuantitativa y cualitativa, técnicas que permitan profundizar en su conocimiento.
- ✓ Proponer el levantamiento de una Encuesta Nacional de Fecundidad que permita completar el conocimiento de la fecundidad y sus determinantes en la población cubana
- ✓ Continuar desarrollando investigaciones en torno a las consecuencias de esta baja fecundidad, desde el punto de vista de la dinámica demográfica y de su impacto en el desarrollo del país, particularmente el envejecimiento de la estructura de la población y su incidencia en la composición de la fuerza de trabajo.
- ✓ Desarrollar proyectos investigativos multidisciplinarios alrededor del impacto de la utilización del aborto, no solo en la morbilidad de las mujeres ya que no en la mortalidad, sino desde la perspectiva de su costo económico. A la par, resulta muy

importante continuar investigando en torno a la anticoncepción de emergencia y la factibilidad de su uso en Cuba. Estos proyectos deben tener entre sus objetivos, además de la indagación clínica al respecto y la adecuación de su uso a las características del país, el entrenamiento y divulgación inicialmente a profesionales del sector de la salud en la búsqueda de una sensibilización a su uso.

A tomadores de decisión:

- ✓ En términos de planificación y trazado de estrategias, es imprescindible tomar en cuenta las consecuencias de un nivel sostenido de la fecundidad por debajo del reemplazo, tal y como se aprecia en el país por más 25 años, y particularmente del comportamiento estable en dicho indicador en los últimos siete años. Ello está y estará condicionando una población altamente envejecida con requerimientos diferentes desde el punto de vista social.
- ✓ A pesar de que a escalas locales y nacionales se han desarrollado en las últimas décadas programas dirigidos a la educación sexual en diversos grupos poblacionales, con amplia cobertura y adecuado diseño, sería productivo que se continúe trabajando en la elevación de los niveles de divulgación en materia de salud en aspectos tales como: uso de anticonceptivos, su diversidad y funcionamiento, características reproductivas de la mujer y el hombre, así como riesgos de los abortos y regulaciones menstruales. Para el desarrollo de estos programas sería prudente la utilización de estructuras ya instauradas como por ejemplo, los cursos sobre educación sexual que se imparten en escuelas de todos los niveles, el uso de la televisión y otros medios audiovisuales como apoyo a la enseñanza así como las estructuras del nivel primario de salud con objetivos de trabajo esencialmente educativos. A estas labores se podrían incorporar además los trabajadores sociales en su área preventiva de trabajo, tomando en cuenta la importancia de incidir en una efectiva planificación familiar para contribuir a un disfrute pleno de la vida sexual y reproductiva de las parejas cubanas.

BIBLIOGRAFÍA

- Agar, L. (1989) *Análisis metodológicos de dos artículos en Población y Desarrollo*. En: www.pglobal.uchile.cl/documentos/docum.html
- Albizu-Campos, J.C. y Jiménez, T. (1997) *Inequidad reproductiva y retos demográficos*. En “Salud Reproductiva en Cuba”. Compilación, Volumen II. CEDEM. Universidad de La Habana.
- Albizu-Campos, J.C. (2000) *Mortalidad y supervivencia en Cuba en los noventa*. Novedades de Población I. CEDEM. Universidad de La Habana.
- Albizu-Campos, J.C. (2003) *Estrategia de Vida, los hijos y la ley del valor*. Novedades de Población II. CEDEM. Universidad de La Habana.
- Albizu-Campos, J.C. (2004) *Morir en Cuba*. En edición, sin publicar.
- Albizu-Campos, J.C. (2005) *Mortalité et survie á Cuba dans les annee mille neuf cents quatre-vingt-dix*. Université de Lille 3-Charles de Gaulle. Atelier National de Reproduction de Theses. Francia.
- Alfonso, J.C., Mac Donald, A. y Sosa, M. (1996) *Apuntes para el estudio de la Fecundidad en Cuba*. SOCUDEF, Ciudad de La Habana.
- Alfonso, J.C. (2006) *El descenso de la fecundidad en Cuba: de la primera a la segunda transición demográfica*. Revista cubana de Salud Pública. Vol. 23 No. 1.
- Álvarez, L. (1982) *La tendencia de la fecundidad en Cuba*. MINSAP, La Habana.
- Álvarez, L. y Farnós, A. (1985) *Factores determinantes y características de la fecundidad cubana*. CEDEM. Universidad de La Habana.
- Álvarez, L. et al (1994) *El aborto en Cuba*. Editorial Ciencias Sociales, La Habana.
- Álvarez, L. (2001) *El aborto: ¿Un problema de salud en Cuba?*. En: Planell E. Silencios, presencias y debates sobre el aborto en Puerto Rico y el Caribe hispano. 1ª ed. Puerto Rico: Fundación Atlantea.
- Álvarez, L; León, E. M; de Armas, T; Calero, J. L. (2004) *Percepción y comportamiento de la sexualidad y la reproducción según los hombres*. Publicaciones Azucareras, Ciudad de La Habana, Cuba.
- Álvarez, L. y Rodríguez, A. et al (2004) *La investigación en salud sexual y reproductiva. Propuestas metodológicas y experiencias*. Publicaciones azucareras. Ciudad de La Habana, Cuba.

- Álvarez, L. (2006). *Procedimientos específicos de la investigación en Salud Sexual y Reproductiva*. Instituto Nacional de Endocrinología de Cuba.
- Álvarez-Gayou, J.L. (2003) *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Editorial Paidós, Argentina.
- Aperyán, V. (1987) *Population, economics and Politics*. Progress Publishers. URSS.
- Barros, O. (2000) *Escenarios demográficos de la Población de Cuba para el próximo milenio*. Editorial Ciencias Sociales. La Habana.
- Becker G.S. and Tomes, N. (1976) *Child Endowments and the Quantity and Quality of Children*. Journal of Political Economy, 84, August.
- Benítez, M. E. (2003) *La familia cubana en la segunda mitad del Siglo XX*. Editorial Ciencias Sociales, La Habana.
- Benítez-Zenteno, R. (1994) *Actualidad y perspectivas de las políticas de población en Centroamérica, el Caribe y México*. En “Políticas de Población en Centroamérica, el Caribe y México.” INAP, UNAM, PROLAP.
- Bongaarts, J. (1978) *A framework for analyzing the proximate determinants of fertility*. Population and Development Review V. 4 N.1 march.
- Bongaarts, J. and Watkins, S.C. (1996) *Social Interactions and Contemporary fertility transitions*. Population and Development Review Vol. 22, No.4, Dec.
- Bongaarts, J. (2001) *Fertility and Reproductive preferences in Post-Transitional Societies*. En “Global Fertility Transition”. A supplement to volume 27 of Population and Development Review. Population Council, New York.
- Bongaarts, J. (2002) *The end of the fertility transition in the developing world*. En Population Council Working Papers, N. 161. En: <http://www.un.org/esa/population/publications/completingfertility.htm>
- Bueno, E (1994). *Población y Desarrollo* CEDEM. Universidad de La Habana.
- Bueno, E. (1994) *Perspectivas teóricas de las políticas de población*. En “Políticas de Población en Centroamérica, el Caribe y México.” INAP, UNAM, PROLAP.
- Bursh, T.K. (2003) *Demography in a new key: a theory of population theory*. Demography Research, Vol. 9 December.
- Caldwell, J.C.(1976) *Toward a Restatement of Demographic Transition Theory*. Population and Development Review, 2, September/December.

- Caldwell, J.C. (1982) *Theory of fertility decline*. Department of Demography. The Australian National University, Academia Press.
- Caldwell, J.C (1997) *The global fertility transition: the need for a unifying theory*. Population and Development Review Vol. 23, No.4, Dec.
- Caldwell, J.C. (2001) *The globalization of fertility decline*. En “Global Fertility Transition”. A supplement to volume 27 of Population and Development Review. Population Council, New York.
- Calero, J. L. y Santana, F. (2006) *La solución ante la infertilidad. Representaciones de un grupo de varones atendidos por este padecimiento*. Revista Cubana de Endocrinología, Vol 17. No. 6
- Canales, A. y Lerner, S.(2003) *Desafíos Teórico metodológicos en los estudios de población en el inicio del nuevo milenio*. El Colegio de México. Universidad de Guadalajara. Sociedad Mexicana de Demografía.
- Catasús, S. et al. (1975) *Evolución estimada de la Fecundidad en Cuba. 1900 – 1950*. CEDEM. Universidad de La Habana.
- Catasús, S. (1991) *La nupcialidad cubana en el siglo XX*. CEDEM. Universidad de La Habana.
- Catasús, S. (2005) *La nupcialidad en Cuba. Características y evolución en el contexto de la conclusión de la transición demográfica*. En: <http://iussp2005.princeton.edu/abstract>
- Catasús, S. (2002) *Introducción al análisis demográfico*. La Habana, Marzo.
- Chávez, E. (2000) *Población y crisis económica en Cuba. La familia y la dinámica demográfica del Período Especial*. En: <http://168.96.200.17/ar/libros/cuba/negrin3.rtf>
- CEDEM, ONE, IPF (1995) *Encuesta nacional de Migraciones Internas 1995. Base de Datos*.
- CEE, IIE (1985) *Evolución de la fecundidad de la mujer cubana en el período entre 1959 y 1984*
- Coleman, D. (2003) *Why we don't have to relieve without doubting in the 'Second Demographic Transition' Some agnostic comments*. University of Oxford. Paper presented in the Debate about The second demographic transition, European Population Conference, Warsaw, august.
- Coleman, D. (2005) *Population prospects and problems in Europe*. Genus, Special Edition Vol. LXI NN. 3-4 July-December.

- Comité Estatal de Estadísticas, (1987) *Encuesta Nacional de Fecundidad 1987*.
- Davis, K. y Blake, J. (1967) *La estructura social y la fecundidad. Un sistema analítico*. En "Factores Sociológicos de la Fecundidad" CELADE, COLMEX, 1967
- De Tray, D.N. (1974) *Child Quality and the Demand for Children*. T.W. Schultz, ed.
- Erciti, B. y Segura, T. (2000) *Estudios de Población*. CEDEM, En: www.cedem.uh/docencia/población_y_desarrollo.htm
- Erciti, B. (1998) *Cambios de la fecundidad cubana en las últimas cuatro décadas. Algunas reflexiones*. Sin publicar.
- Farnós, A. (1985) *La declinación de la fecundidad y sus perspectivas en el contexto de los procesos demográficos en Cuba*. Tesis Doctoral. CEDEM. Universidad de La Habana.
- Figueroa, J. G. (1997) *Elementos para definir una agenda de docencia, investigación y análisis de políticas en el ámbito de la Salud reproductiva*. En "Población y desarrollo: una perspectiva latinoamericana después del Cairo-94". PROLAP, Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM. Ciudad Universitaria, México, D.F.
- Freedman, R. (1967) *La Sociología de la fecundidad humana. Tendencias actuales de la investigación y bibliografía*. En "Factores Sociológicos de la Fecundidad." CELADE. COLMEX.
- Frejka, T. and Calot, G. (2001) *Cohort reproductive patterns in low fertility countries*. En Population and Development Review Vol. 27, No.1, Marzo.
- Fuccaraccio, A. (1994) *Temas de Población y Desarrollo*. En Políticas de Población en Centroamérica, el Caribe y México. INAP, UNAM, PROLAP.
- García, M., Ibáñez, J. y Alvira, F. (2000) *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Ciencias Sociales, Alianza Editorial, Madrid.
- García, R. (1996) *La Transición de la Mortalidad en Cuba. Un estudio sociodemográfico*. CEDEM, Universidad de La Habana.
- García, R. (2003) *Demografía y Reproducción humana*. Sin publicar.
- Gerard, H. y Piché, V. (1995) *La Sociologie des Populations*. Le Presses de L' Université de Montréal. Québec, Canadá.
- González, H. (2000) *Aspectos sociodemográficos del embarazo adolescente en Cuba*. Tesis Doctoral. CEPDE, ONE.

- González, H. (2005) *Evolución del embarazo adolescente en Cuba*. En Papeles de Población, México. Nueva época, Año 11. No. 46, octubre-diciembre.
- González, N. (2004) *La estructura de la fecundidad en los 90s. Madres mayores de 30 años*. Trabajo de Diploma. CEDEM. Universidad de La Habana.
- Grawitz, M. (1984) *Métodos y técnicas de las Ciencias Sociales*. T. I. Editia mexicana, s. a. Barcelona-México. 1984.
- Gran, M. (2005) *Interrupción voluntaria de embarazo y anticoncepción. Dos métodos de regulación de la fecundidad. Cuba. 1995 – 2000*, Tesis presentada en opción al título de Doctora en Ciencias de la Salud.
- Greenhalgh, S. (1998) *Anthropology theories reproduction: integrating practice, political economic and feminist perspectives*. En: Situating fertility, Cambridge University Press.
- Grupo de Información en Reproducción elegida (2001) *Los hombres y el aborto. Temas para el debate*. México, D.F. En: www.consortio.org.mx/articulos_agenda/28/hombres_y_aborto.pdf
- Hernández, R. (1986) *El proceso de la revolución demográfica en Cuba*. Mayo. CEDEM, Universidad de La Habana.
- Hernández, R. González, F. et al (1988) *Cuba. Aspectos socioeconómicos de los diferenciales de la fecundidad. Un estudio de caso*. CEDEM, Universidad de La Habana.
- Herrera, L. (2005) *Patrón y nivel de la sobrevivencia fetal en Cuba*. Tesis de Doctorado. CEDEM, Universidad de La Habana.
- Hill, K. y Palloni, A. (1994) *Demographic responses to economic shocks: The case of Latin America*. Research in Human Capital and Development, N.8.
- Hotz, V.J. and Miller, R.(1985) *The Economics of Family Planning*. Working Paper nº. 85-5, Economic Research Center/NOCR, March.
- Ibáñez, J. (1986) *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: teoría y crítica*. Madrid: Siglo XXI.
- Ibáñez, J. (1990) *Autobiografía. (Los años de aprendizaje)*. Anthropos 1990. No. 113. Madrid.
- Ivanov, S. (2003) *Patterns of Partnership and Reproductive behavior I Low-Fertility Countries*. Population Division, UN, New York, US. Paper presented in Euroconference The second Demographic Transitions in Europe. Euresco Conferences.

- Knodel, J. (1997) *A case for nonanthropological qualitative methods for demographers*. Population and Development Review Vol. 23, No.4, December.
- Kohler, H.-P. y Ortega, J. A. (2004): *Old insights and new approaches: Fertility analysis and tempo adjustment in the Age-Parity model*. [Vienna Yearbook of Population Research](#) En: <http://web.usal.es/~jaortega/invest/publications.html>
- Kohler, H.-P., Billari, F., y Ortega, J.A. (2002): *The emergence of Lowest-Low Fertility in Europe during the 1990s*. [Population and Development Review](#) V. 28. N. 4 En: <http://web.usal.es/~jaortega/invest/publications.html>
- Kormblit, A.L. (2004) *Metodología cualitativa en las ciencias sociales*. Editorial Buenos Aires Bibliou.
- Kuhn, T. (1962) *La estructura de las revoluciones científicas*. México DF, Fondo de la cultura económica.
- Ledesma, Y. (2005) *La fecundidad adolescente en Cuba entre 1990 y el 2004*. Trabajo de Diploma. CEDEM. Universidad de La Habana.
- Lesthaeghe, R. and Surkyn, J. (1988) *Cultural dynamics and economic theories of fertility changes*. Population and Development Review. V. 14. N.1.
- Lesthaeghe, R. (1991). *The second demographic transition in Western countries. An interpretation*. Working Paper 199-2 Interuniversity program in Demography, Brussels.
- Lesthaeghe, R. and Willems, P. (1999) *Is low fertility a temporary phenomenon in the European Union?* Population and Development Review Vol. 25, No.2, Jun.
- Lee, R. (1990) *La reacción demográfica ante las crisis económicas en poblaciones históricas y contemporáneas*. *Boletín de las Naciones Unidas*. N.29.
- Livi Bacci, M. (2001) *Comment: desired family size and the future course of fertility*. En “Global Fertility Transition”. A supplement to volume 27 of Population and Development Review. Population Council, New York.
- Mac Innes, J. and Pérez, J. (2005) *The reproductive revolution and the sociology of reproduction*. En <http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx>
- Macunovich, D.J. (2000) *Relative cohort size: source of a unifying theory of global fertility transition?* Population and Development Review Vol. 26, No.2, Jun.
- Maklouf, C. (1997) *Qualitative methods: a key to a better understanding of demographic behavior?* Population and Development Review Vol. 23, No.4, Dec.
- Mayo, D. y Seino, J. (2004) *Anticoncepción de emergencia*. En Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04

- Mella, O. (1998) *Naturaleza y orientaciones metodológicas de la investigación cualitativa*. En www.reduc.cl/reduc/mella.pdf
- MINSAP, *Anuario Estadístico*. Años seleccionados. 1960 –2002
- Muszynska, M. (2003) *Demographic Change in Poland from the perspectiva of the second demographic transition*. Paper presented in Euroconference The Second Demographic Transitions in Europe. Euresco Conferences.
- Naciones Unidas (1989) *La población del mundo para fines del siglo*. New York
- Naciones Unidas. (2003) *Partnership and Reproductive Behaviour in low-fertility countries*. Population Division. Department of Economic and Social Affairs. May.
- Nuño, B. L. (2004) *Modelos de Tomas de decisiones*. Tesis para obtener el grado de Doctora en Psicología, UNAM.
- ONE, *Anuarios Demográficos 1993 – 2003*.
- ONE, CEPDE (2003) *Estudios territoriales de Salud Reproductiva. Cienfuegos y Holguín*. Junio, Ciudad de La Habana.
- ONE (2005) *Informe del Censo Nacional 2002*, Septiembre.
- Ortega, J. A. (2004) *Age and parity-specific fertility intensities calculated from date of previous birth*. Universidad de Salamanca. España.
- Pamporov, A. (2003) *The second demographic transition is impossible: family patterns of Roma in Bulgaria*. Center for Population Studies, Sofia, Bulgaria. Paper presented in Euroconference The Second Demographic Transitions in Europe. Euresco Conferences.
- Pérez, C. (2002) *Sobre la metodología cualitativa* En Revista española de Salud Pública. Vol. 76. No. 5 Madrid, octubre.
- Pérez, O. E. (2004) *Situación actual de la economía cubana y sus retos futuros*. En: *Reflexiones sobre Economía cubana*. Editorial Ciencias Sociales, La Habana.
- Pérez, O. E. (2006) *Situación actual de la economía cubana y sus retos futuros*. En *Reflexiones sobre la Economía cubana actual*. Editorial Ciencias Sociales, 2da edición, La Habana (en edición)
- Population Council (1998) *Ampliando el acceso a la anticoncepción de emergencia en América Latina*. Taller Regional, Memorias, Quito Ecuador, abril.

- Population Division, United Nations (2003) *Partnership and Reproductive Behaviour in low-fertility countries*. May En: www.un.org/esa/population/publications
- Population Reference Bureau (1998) *Seguridad de los métodos anticonceptivos. Realidades y rumores*. En: www.prb.org/Template.cfm
- Quilodrán, J. (1992) *La nupcialidad. Los cambios más relevantes*. En: Revista DEMOS, IIS, UNAM, México. N.5.
- Quilodrán, J. (1996) *Atisbos de cambios en la formación de las parejas conyugales a fines del milenio*. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/112/11202502.pdf>
- Randall, S. and Koppenhaver, T. (2003) *Qualitative data in demography: The sound of silence and other problems*. Demographic Research, Vol.9, October 2003. www.demographic-research.org
- Rodríguez, G. (1999) *La comunidad: un contexto novedoso para estudiar la población* En Novedades de Población I. CEDEM.
- Rodríguez, G. (2001) *Construcción sociopsicológica de la comunidad*. Tesis presentada para optar por el grado científico de Master en Psicología Comunitaria.
- Rodríguez, G. et al (2006) *Cuba. La toma de decisión para el aborto desde una perspectiva de género*. En Memorias II Congreso ALAP, Guadalajara, México, agosto.
- Romero, D. y Szwarcwald, C. (2000) *Crisis económica y mortalidad infantil en Latinoamérica desde los años ochenta*. Cuaderno de Salud Pública. Vol 16. N.3 Rio de Janeiro, Julio/sept.
- Ruiz-Salguero, M. T. (1999) *Reflexiones para el proyecto de investigación: La anticoncepción en España*. En: www.ced.uab.es/publicacions/PapersPDF/Text156.pdf
- Rubin, I. (1978) *Teorías de Población*. Editorial Ciencias Sociales, La Habana.
- Schoen, R. and Jonsson, S. (2003) *A diminishing population whose every cohort more than replaces itself*. Demographic Research, V11, august 2004. www.demographic-research.org
- Tabah, L. (1989) *De una transición demográfica a otra*. Boletín de Población de Naciones Unidas, No. 28, 1989. New York.
- Togores, V. (1999) *Cuba: efectos sociales de la crisis y el ajuste económico de los 90's*. En "Balance de la Economía cubana a finales de los 90s". CEEC, La Habana.

- Torres Vidal, R. M. (2003) *Algunos componentes del estado de salud de la mujer cubana. 1990-2001*. Tesis de Maestría en Estudios de Población. CEDEM, Universidad de La Habana.
- Tuirán, R. (1991) *Los diferenciales sociales de la fecundidad en América Latina y México*. Carta Demográfica sobre México.
- UNICEF, CEDEM, ONE, MINSAP, FNUAP (1995) *Cuba. Transición de la fecundidad, cambio social y conducta reproductiva*
- United Nations (1973) *The determinants and consequences of Population Trends*. Volume I. Department of Economic and Social Affairs. Population Studies, No. 50
- Valentei, D. (1977) *Théorie de la Population*. Editions du Progrès, URSS.
- van de Kaa, D.J. (1987) *Europe's second demographic transition*. Population Bulletin. Vol.42, No. 1, March. Population Reference Bureau.
- van de Kaa, D.J. (2001) *Postmodern fertility preferences: from changing value orientation to a new behaviour*. En "Global Fertility Transition". A supplement to volume 27 of Population and Development Review. Population Council, New York.
- van de Kaa, D.J. (2002) *The idea of a second demographic transition in industrialized countries*. En www.ipss.go.jp/webj-ad/WebJournal.files/population/2003_4/Kaa.pdf
- Welti, C. et al (1997) *Demografía I y II*. PROLAP. Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, 1997.
- Zavala de Cosío, M. E. (1989) *Fecundidad. Dos momentos en la transición demográfica*. DEMOS, IIS, UNAM, México. N.2, 1989.

ANEXOS

ANEXO 1: Estimación del porcentaje de cobertura anticoncepcional total y por métodos anticonceptivos. Cuba 1993 – 2002 (tomado de Tesis doctoral. Mirian Gran, 2005, p. 24)

Cobertura Anticoncepcional	AÑOS*									
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
% de cobertura total**	70.0	71.0	72.0	73.0	73.0	72.6	73.0	73.0	74.5	76.0
% de cobertura anticoncepcional según métodos anticonceptivos***										
DIU	70.0	69.0	65.0	62.0	59.0	55.0	56.6	60.0	62.0	65.2
Est. Fem.	21.0	20.0	20.0	20.0	22.0	23.0	21.0	20.0	19.0	19.0
Píldoras	2.5	4.5	7.5	9.0	10.0	12.5	11.2	6.8	6.4	3.6
Inyectables	1.0	1.0	1.0	1.5	1.5	2.0	2.0	2.0	2.0	2.2
Condón	4.0	4.0	5.0	6.0	6.0	6.0	7.0	9.0	8.6	8.0
Otros	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	2.2	2.2	2.0	2.0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

* % Cobertura años: 1980: 70.0; 1985: 66.0; 1990: 61.0. Información según cada método anticonceptivo, no disponible.

** % calculado sobre la base del total estimado de mujeres en edad fértil con actividad sexual que se declaran con pareja.

*** % calculado para cada método, sobre la base del total estimado de mujeres en edad fértil con actividad sexual que se declaran con pareja y usan algún método anticonceptivo.

Fuente: SOCUDEF Vigilancia por sitios centinela. (Los sitios centinelas para la vigilancia, abarcan dos municipios por provincias a excepción de la Ciudad de La Habana en que se utilizan cuatro, los municipios son seleccionados de manera aleatoria y se cambian anualmente. El municipio especial Isla de La Juventud siempre queda incluido.)

ANEXO 2: Síntesis de método diseñado por Bongaarts-Feeney para medir el efecto quanto-tempo en la fecundidad.¹⁵

Fórmulas según pasos a seguir	Indicador obtenido
$PTFR_{i,obs} = 5 \cdot \sum_{j=3}^9 f_{(5 \cdot j),i}$	Tasa Global de Fecundidad de orden i, de período, observada.
$MAC_{i,t} = \frac{\sum_{j=3}^9 [x \cdot 5 f_{(5 \cdot j),i}]}{\sum_{j=3}^9 5 f_{(5 \cdot j),i}}$	Edad de media de la fecundidad de orden i observada en el período t.
$r_i = \frac{MAC_{i,t} - MAC_{i,t-n}}{n}$	Cambio medio anual de la edad media de la fecundidad de orden i entre los períodos t-n y t.
$PTFR_{i,adj} = \frac{PTFR_{i,obs}}{1 - r_i}$	Tasa Global de Fecundidad de orden i, de período, ajustada al cambio en el tiempo (r_i) de la fecundidad.
$PTFR_{obs} = \sum_{i=1}^{i-esimo} PTFR_{i,obs} = TGF$	Tasa Global de Fecundidad de todos los órdenes, de período, observada.
$PTFR_{adj} = \sum_{i=1}^{i-esimo} PTFR_{i,adj}$	Tasa Global de Fecundidad de todos los órdenes, de período, ajustada al cambio en el tiempo de la fecundidad.

Adicionalmente se calculó el número medio de hijos por mujer “potencialmente perdidos” o “dejados de tener” debido al efecto del cambio en la edad media de la fecundidad por postergación de la maternidad, según la siguiente relación:

$$H_n TP = PTFR_{obs} - PTFR_{adj}$$

donde **H_nTP** son los hijos no tenidos por postergación, **PTFR_{obs}** es la tasa global de fecundidad observada y **PTFR_{adj}** es la tasa global de fecundidad ajustada.

¹⁵ Para información más detallada acerca del método, ver: Lesthaeghe, R. and Willems, P. (1999) *Is low fertility a temporary phenomenon in the European Union?* Population and Development Review Vol. 25, No.2, Jun.

ANEXO 3: Guías de entrevistas.¹⁶

DISEÑO DE ENTREVISTAS PARA EXPLORAR HISTORIA REPRODUCTIVA Y TOMA DE DECISIÓN PARA TENER UN HIJO.

Consigna:

Hola, soy investigadora de la Universidad de La Habana y estoy realizando una investigación para indagar sobre la toma de decisión para la reproducción, estamos realizando unas entrevistas sobre la vida sexual, reproductiva y de pareja de las personas y las decisiones que toman en torno a esto. La entrevista será grabada y es anónima. ¿Está usted de acuerdo en ser entrevistado?

Datos generales

- ¿Qué edad usted tiene?
- ¿Cuál fue su último año cursado?
- ¿A qué se dedica?
- ¿Tienes hijos? ¿Cuántos?
- ¿Qué edades tienen? ¿En qué años nacieron?

Historia de uniones

- ¿Cuándo se inician sus relaciones sexuales?
- ¿Qué tiempo duró esa relación?
- ¿Fue con su relación actual?
- ¿Hubo algún acuerdo previo sobre protección o tema importante sobre el que hablaron antes de esa primera relación?
- ¿Usó algún método anticonceptivo su primera vez? ¿Cuál?
- ¿Cuándo se une o se casa por primera vez?
- ¿Por qué?
- ¿Qué ocurrió las siguientes veces?
- ¿Habló con sus parejas sobre tener hijos?
- ¿Cuándo?
- ¿Por qué?
- ¿Qué elementos influyeron?

Historia reproductiva

- ¿Cuándo salió embarazada por vez primera?
- ¿Por qué?
- ¿Qué pensó?
- ¿Lo planificó?
- ¿Qué hizo? ¿Por qué?
- ¿Y los siguientes embarazos...?
- ¿Cuánto tiempo esperó entre uno y otro embarazo?
- ¿Por qué?

¹⁶ La relatoría de todas las 51 entrevistas se encuentran en documento aparte: Protocolo de la Investigación.

El proceso de embarazo

- ¿Cuándo se percató usted de que estaba o podía estar embarazada?
- ¿Qué tiempo de gestación tenías en ese momento?
- ¿Cuántas semanas de gestación tienes ahora?
- ¿Cómo se sintió usted cuándo se percató de que había salido embarazada? ¿Qué fue lo primero que pensó?
- ¿A quién se lo contó? (Orden jerárquico a quienes se lo contó)
- ¿Qué comentarios recibió de estas personas?
- ¿De las personas cercanas a usted a quién no se lo contó? ¿Por qué?
- ¿Fue primero al consultorio o vino directamente a la consulta de interrupción?
- ¿Qué le dijo el médico al que acudió?
- ¿Hay alguna otra mujer recientemente embarazada en su entorno?
- ¿Lo comentó con ella? ¿Por qué? ¿Qué le dijo?
- ¿Alguna vez pensó en la posibilidad de salir embarazada?

Historia de uso de anticonceptivos

- ¿Qué conoce sobre anticoncepción?
- ¿Sabe usted cuándo la mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada? ¿en que momento de su ciclo menstrual? ¿Qué días de su período menstrual?
- ¿Qué anticonceptivos ha usado?
- ¿Cuándo y por qué?
- ¿Cómo han funcionado? ¿Por qué?
- ¿Con quién habla sobre la anticoncepción?
- ¿Qué le dicen las personas con las que ha hablado?

Los hijos

- ¿Cómo se sintió usted cuándo se percató de que había salido embarazada de su primer hijo?
- ¿Qué fue lo primero que pensó?
- ¿Fue planificado o no? ¿Por qué?
- ¿Con quiénes lo conversó?
- ¿A quién se lo contó? (Orden jerárquico a quienes se lo contó)
- ¿Qué comentarios recibió de estas personas?
- ¿De las personas cercanas a usted a quién no se lo contó? ¿Por qué?
- ¿Fue primero al consultorio o vino directamente a la consulta de interrupción?
- ¿Qué le dijo el médico al que acudió?
- ¿Qué le dijo su pareja en ese momento?
- Y así sucesivamente con los otros hijos...

Ideal reproductivo y proyección futura

- ¿Cuántos hijos le gustaría tener?
- ¿Tiene algún proyecto futuro que te impida tener hijos ahora?
- ¿Qué requisitos/ condiciones considera que deberías tener para tener un hijo?
- ¿Cumples con esos requisitos ahora?
- ¿Qué edades piensa usted que son las ideales para tener los hijos? ¿Por qué?
- ¿Cuántos años cree usted que se deben llevar los niños?
- Si usted se pudiese ver por un telescopio de aquí a cinco años: ¿cómo se vería? ¿qué vería?

ENTREVISTA INDIVIDUAL A LAS MUJERES QUE SE REALIZARÁN EL ABORTO.¹⁷

Consigna:

“Hola, pertenezco al Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana y como parte de una investigación que estamos realizando sobre el aborto y sus causas, quisiéramos hacerles algunas preguntas anónimas, y solicitamos su permiso para que sea grabada.”

Datos generales

- ¿Qué edad tienes?
- ¿A qué te dedicas?
- ¿Desde cuándo?
- ¿Cuál fue el último año cursado?
- ¿Tiene hijos? ¿Cuántos? ¿Qué edad tienen los hijos?

El proceso de embarazo

- ¿Cuándo se percató usted de que estaba o podía estar embarazada?
- ¿Qué tiempo de gestación tenías en ese momento?
- ¿Cuántas semanas de gestación tienes ahora?
- ¿Cómo se sintió usted cuando se percató de que había salido embarazada? ¿Qué fue lo primero que pensó?
- ¿A quién se lo contó? (Orden jerárquico a quienes se lo contó)
- ¿Qué comentarios recibió de estas personas?
- ¿De las personas cercanas a usted a quién no se lo contó? ¿Por qué?
- ¿Fue primero al consultorio o vino directamente a la consulta de interrupción?
- ¿Qué le dijo el médico al que acudió?
- ¿Hay alguna otra mujer recientemente embarazada en su entorno?
- ¿Lo comentó con ella? ¿Por qué? ¿Qué le dijo?
- ¿Alguna vez pensó en la posibilidad de salir embarazada?

La decisión de interrumpirse el embarazo

- ¿Cuándo decide interrumpir el embarazo?
- ¿Qué tiempo transcurrió desde que se percató que estaba embarazada hasta que decide interrumpirlo?
- ¿Con quién consultó la decisión de interrumpirse el embarazo?
- ¿Qué criterios le dieron?
- ¿Qué pensaron los miembros de su familia?
- ¿Qué pensaron los miembros de la familia de él?
- ¿Qué le dijo el médico de la familia u otro especialista que consultó al percibir su embarazo?
- ¿Influyó algún médico que usted conozca en la decisión? ¿En qué sentido ha sido esa influencia?
- ¿Qué criterios ha escuchado usted de los médicos de familia, en la TV, en la radio, en la escuela... sobre el aborto y la regulación menstrual?

Características de la Pareja actual y participación en la toma de decisión.

- ¿A qué se dedica su pareja?
- ¿Qué edad tiene tu pareja?
- ¿Tiene hijos? ¿Son comunes? ¿De qué edad?

¹⁷ Esta guía en especial se le realiza a las mujeres entrevistadas en las consultas de aborto y persiguen el objetivo de profundizar en la decisión para la realización del mismo, por ello tiene varias preguntas específicas al respecto y profundiza en algunos elementos al respecto.

- ¿Qué tiempo de relaciones llevan?
- ¿Cómo es la relación con su pareja? ¿Qué hacen los fines de semana? ¿A dónde van a pasar?
- ¿De qué hablan con más frecuencia?
- ¿Te sientes en condiciones de formar una familia?
- ¿Consideras a tu pareja actual el hombre con el que formarías una familia? ¿Por qué?
- ¿Su pareja conoce que está usted embarazada?
- ¿Qué piensa su pareja de su embarazo? ¿Qué le dijo al saber que estaba usted embarazada?
- ¿Cómo participó o no en decidir la interrupción?
- ¿La acompañó a la consulta de interrupción? ¿Por qué?
- ¿Qué conoce él sobre la interrupción?
- ¿Han hablado tú y tu pareja sobre tener un hijo?
- ¿Qué piensa él?
- ¿Qué condiciones cree él que deben tener para tenerlo?

Condiciones en las que salió embarazada

- ¿Qué conoces sobre anticoncepción?
- ¿Qué métodos conoces?
- ¿Cuál consideras mejor para ti?
- ¿Qué tipos de anticonceptivos han usado? (hacer historia del uso anticonceptivos hasta que salió embarazada)
- ¿Por qué?
- ¿En el momento que salió embarazada lo utilizaba continuamente o interrumpió su uso?
- ¿Qué han hablado sobre cómo protegerse?
- ¿Qué acuerdos han tomado?
- Después de este aborto que te piensas hacer ¿vas a usar algún anticonceptivo? ¿Cuál? ¿Por qué?

Conocimiento sobre aborto e interrupción

- ¿Cuándo escuchaste hablar por vez primera sobre aborto?
- ¿Qué conocimientos posee sobre él? ¿Qué piensa usted del aborto?
- ¿Cómo tiene estos conocimientos?
- ¿Le ha llegado alguna información sobre el aborto de personas del sector salud?
- ¿Qué información?
- ¿Qué es una regulación para usted y que es un aborto, cuáles son las diferencias, según su criterio?
- ¿Conoce personas que se hayan hecho interrupciones en su familia y entre sus amigas?
- ¿Qué le han contado sobre eso?
- ¿Qué piensan en su familia sobre el aborto?

Ambiente material y psicosocial de la embarazada

- ¿Con quiénes vives?
- ¿Tienes un cuarto independiente, dispones de privacidad?
- ¿Cuántas habitaciones tienes en tu casa?
- ¿Cómo se reparten las tareas en la casa?
- ¿Se dividen para cocinar?
- ¿Se sientan juntos a ver la TV?
- ¿De qué temas conversan con más frecuencia?
- ¿Sobre qué discuten con más frecuencia?
- ¿En qué temas coinciden todos?
- ¿En qué temas están en desacuerdo?
- ¿Practican alguna religión los miembros de su familia? O usted?
- ¿Cree que la religión influye en las decisiones sobre interrupción?
- ¿Quiénes trabajan en la casa?

- ¿En qué trabajan?
- ¿Cómo es el aporte a la economía del hogar?
- ¿Qué equipos electrodomésticos tienen en tu hogar?

Historia sexual y reproductiva

- ¿Cuándo se iniciaron tus relaciones sexuales?
- ¿Qué tiempo duró esa relación?
- ¿Fue con su relación actual?
- ¿Usó algún método anticonceptivo su primera vez? ¿Cuál?
- ¿Hubo algún acuerdo previo sobre protección o tema importante sobre el que hablaron antes de esa primera relación?
- ¿Cuántos embarazos has tenido?
- ¿Se ha interrumpido algún embarazo anteriormente? ¿Cuántos? (Pedir relatos sobre las causas de las interrupciones anteriores)

Ideal reproductivo y proyección futura

- ¿Cuántos hijos te gustaría tener?
- ¿Tienes algún proyecto futuro que te impida tener hijos ahora?
- ¿Qué requisitos/ condiciones consideras tú que debes tener para tener un hijo?
- ¿Cumples con esos requisitos ahora?
- ¿Cuándo crees que lo alcanzarás?
- ¿Aunque no alcances esas condiciones nunca tendrías un hijo? ¿Cuándo? ¿Por qué?
- ¿Si volvieras a salir embarazada con las mismas condiciones actuales, te lo volvieras a interrumpir? ¿Por qué?

ENTREVISTA A LOS HOMBRES¹⁸

Consigna:

“Soy investigadora de la Universidad de La Habana y estamos realizando una investigación sobre los comportamientos reproductivos de las parejas, el aborto y otros temas relacionados, queremos saber si estabas de acuerdo en conversar un poco con nosotros sobre eso. Vamos a grabar la conversación, es anónima y el objetivo es solo para la investigación. ¿Estás de acuerdo?”

Datos generales

- ¿Qué edad tienes?
- ¿A qué te dedicas?
- ¿Desde cuándo?
- ¿Cuál fue el último año cursado?
- ¿Tiene hijos? ¿Cuántos? ¿Qué edad tienen los hijos? ¿Son comunes?

Características de la Pareja Actual

- ¿A qué se dedica tu pareja?
- ¿Qué edad tiene tu pareja?
- ¿Tiene hijos? ¿Son comunes? ¿De qué edad?
- ¿Qué tiempo de relaciones llevan?
- ¿Cómo es la relación con su pareja? ¿Qué hacen los fines de semana? ¿A dónde van a pasear?
- ¿De qué hablan con más frecuencia?
- ¿Te sientes en condiciones de formar una familia?
- ¿Consideras a tu pareja actual la persona con la que formarías una familia?
- ¿Por qué?

El proceso de embarazo

- ¿Por qué está usted en esta consulta?
- ¿Cuándo y cómo se percató usted de que estaba embarazada su pareja?
- ¿Le hizo ella algún comentario sobre el embarazo?
- ¿Qué fue lo primero que pensó al percatarse de la situación?
- ¿Qué fue lo primero que le dijiste cuando te dijo que estaba embarazada?
- ¿A quién se lo contó usted?
- ¿Qué comentarios recibió de estas personas?
- ¿Alguna vez pensó en la posibilidad de que ella saliera embarazada?
- ¿Qué tiempo de gestación tiene ella ahora?
- Cuéntenos todo lo que pasó desde que sospechó el embarazo hasta ahora y cuál fue su participación.

La decisión de interrumpirse el embarazo

- ¿Qué conversaron ustedes sobre el embarazo?
- ¿Qué pensaron los miembros de tu familia?
- ¿Qué pensaron los miembros de la familia de ella?
- ¿En qué momento se decide interrumpir el embarazo?
- ¿De quién fue la idea de interrumpir el embarazo?
- ¿Cómo tomaron la decisión?
- ¿Con quién se consultó?
- ¿Qué conversaron sobre el proceso del aborto?
- ¿Crees que tu pareja tomó la decisión por sí sola?

¹⁸ Estas entrevistas a los hombres se hicieron en las consultas de aborto y también fuera de ellas.

- ¿Qué tuvieron en cuenta para tomar la decisión?
- ¿Qué consideras tú que fue lo que más influyó en la decisión?
- ¿En qué coincidieron ambos al tomar la decisión? ¿En qué no?
- ¿Quién más considera usted que intervino?

Condiciones en las que salió embarazada

- ¿Qué conoces sobre anticoncepción?
- ¿Qué métodos conoces?
- ¿Cuáles usan ustedes?
- ¿Cuáles has usado con otras parejas?
- ¿Por qué usted cree que salió embarazada?
- ¿Qué han hablado sobre cómo protegerse antes y a partir de ahora?
- ¿Qué acuerdos han tomado?

Conocimiento sobre aborto e interrupción

- ¿Cuándo escuchaste hablar por vez primera sobre aborto?
- ¿Qué conocimientos posees sobre él? ¿Qué piensas del aborto?
- ¿Conoces la diferencia entre aborto y regulación?
- ¿Conoce personas que se hayan hecho interrupciones en su familia y entre sus amigas?
- ¿Qué le han contado sobre eso?
- ¿En sus relaciones anteriores han interrumpido algún embarazo? ¿Cuándo? ¿Por qué?

Ideal reproductivo y proyección futura

- ¿Cuántos hijos te gustaría tener?
- ¿Cuándo te gustaría tenerlos?
- ¿Tienes algún proyecto futuro que te impida tener hijos ahora?
- ¿Qué requisitos/ condiciones consideras tú que debes tener para tener un hijo?
- ¿Cumples con esos requisitos ahora?
- ¿Cuándo crees que lo alcanzarás?
- ¿Necesitas estar casado o solo unido para tener tus hijos?
- ¿Crees que es importante estar casado legalmente para tener hijos?
- ¿Aunque no alcances esas condiciones nunca tendrías un hijo? ¿Cuándo? ¿Por qué?

ANEXO 4: Guía de observación en la consulta de aborto.

Se deben tomar en cuenta en la observación los siguientes aspectos:

- Cantidad de mujeres que asisten a las consultas en cada sesión
- Quién las acompaña
- Procedimiento de entrevista médica previa
- Expresiones de las mujeres y de los familiares en la sala de espera
- Condiciones materiales de las consultas y salones.
- Tiempo de espera para ser atendidas
- Personal médico y paramédico disponible para las consultas.

ANEXO 5: Relatoría de grupo focal con adolescentes.

Fecha: 22 de marzo del 2006

Lugar: Secundaria Básica en Lawton

Participantes: 12 adolescentes de 9no grado, 14 años, y 1 profesora de 20 años.

Grisell:

Presentación del objetivo del debate y ronda de nombres.

Grisell:

Ante todo, quiero que empecemos a hablar un poquito: cuando yo les digo o escuchan hablar sobre anticoncepción, embarazo en la adolescencia, relaciones sexuales etc. ¿En qué piensan? ¿Qué se les ocurre? ¿Con qué lo asocian? ¿Qué es eso?

Adole hembra (Yaritz):

Bueno, sobre embarazo en la adolescencia pienso que es malo porque afecta grandemente a las adolescentes...

Adole hembra

La adolescente todavía está en formación y eso afectaría mucho al organismo, además la adolescente está en formación, está estudiando y eso la afectaría porque tendría que abandonar sus estudios, y tener un niño es una carga para su familia.

Adole varón

Bueno, sobre los métodos anticonceptivos son una manera de protegerse, una vía para no salir embarazada y evitar una enfermedad de transmisión sexual.

Grisell:

¿Qué métodos anticonceptivos conocen?

Adolescentes:

Condón, la T, el anillo...

Grisell:

¿Dónde han oído hablar de eso?

Adole varón

En la televisión, en los libros de Biología explican el cuerpo humano, cómo funciona, en la escuela...que dicen de la manera de la concepción...

Grisell:

¿En la escuela hablan de esto también?

Adole Varón:

Si, nos dicen que en la pareja debe haber comunicación para hablar sobre usar el condón en las relaciones y evitar contraer el VIH.

Grisell:

¿Qué quiere decir que la pareja tenga comunicación?

Adole hembra

Que confíen uno en el otro, que se cuenten las cosas, hablen de los sentimientos...

Grisell

¿Creen ustedes que en las parejas cuando conversan sobre estas cosas, lo hacen las hembras o los varones?

Adole varón

Deben hacerlo los dos,

Adole hembra

Depende de la persona, del temperamento de la persona, un ejemplo yo tengo una amiga que ella tiene relaciones, y ella siente que ella es la que tiene que hablar de eso con su pareja, porque él no lo hace.

Grisell

¿Cuál ustedes creen que es la edad ideal para empezar las relaciones sexuales?

Adolescentes hembras:

A los 17 o 18 años.

Adole varón:

Cuando uno se sienta preparado ya para eso.

Grisell:

¿Qué cosa es sentirse preparado?

Adole varón

Cuando uno sepa como cuidarse, saber que uno en verdad siente el deseo de hacerlo, no hacerlo por pura diversión, ni para hacerse grande.

Adole hembra:

Y amar la pareja con que lo va a hacer.

Adole varón:

Algunas parejas conversan sobre eso y otras no.

Grisell

¿Tienen amigas, amigos, primos, con embarazos en estas edades?

Adole hembra:

A mi me llama mucho la atención que por mi casa pasa siempre los muchachos del tecnológico y hay una muchacha que pasa con un bebé que lo lleva a la escuela, pero eso le afecta también los estudios, porque si ella está estudiando y el niño tiene algo, tiene que dejar de estudiar.

Adole hembra:

Mi primo, se casó con una muchachita de 15 años, a los 15 parió una niña y a los 16 parió la otra y el tiene 22 años y la muchachita es jovencita ella ya no estudió más se dedicó a la casa.

Grisell

¿Qué programas han escuchado en la televisión que se refieran a estos temas?

Adolescentes:

La novela cubana, Cuando una mujer...

Grisell:

Vamos a hablar un poquito sobre la novela cubana, qué les parece bien, qué mal?

Adole hembra:

En la primera parte en la de Yamila y Amanda, Amanda se dejó llevar por Yamila, ella quería ser igual que ella, es lo que ella decía la aceptación, ella quería que ella fuera como las demás.

Adole hembra:

Cuando ella estuvo con Néstor, a ella no le gustó pero lo hizo para ser igual que las demás, igual que Yamila, la mamá también tuvo culpa ya que no habló con la hija, la hija cada vez que iba a tocar el tema la mamá la esquivaba y le decía que todavía era muy niña para eso. Y la mamá lo que debía hacer era aconsejarla.

Adole hembra:

En el caso de Néstor, él solo pensaba en él, y no le importaba las muchachas y se acostaba con todas las muchachas sin darse cuenta de que podía caer en una situación como le pasó al final. Después que tuvo la enfermedad fue que se dio cuenta de los errores que había cometido pero ya era demasiado tarde.

Adole hembra:

Pero Yamila si tenía buenos sentimientos, ella estaba con Néstor porque lo quería de verdad y tenía relaciones con él porque ella lo quería. Y la mamá de Yamila la comprendía.

Adole varón

También Yamila fue otra que navegó con suerte pero hubiera podido perfectamente haberse contagiado porque tuvo relaciones sexuales desprotegidas con el novio.

Adole hembra:

Además ahí casi nadie sabía bien que era el SIDA porque cuando Yamila supo que Amanda tenía el SIDA, se limpió porque la había tocado y todo eso, o sea que no tenía conocimiento de cómo se

podía transmitir el VIH. Porque el día que la maestra lo enseñó en la escuela ellas estaban conversando entretenidas y no estaban escuchando.

Grisell:

Supongan ahora, que tienen una relación de seis meses con su novio, ya iniciaron sus relaciones sexuales usaron condón pero a los seis meses decidieron no usarlo más porque se conocen bien, porque ya no lo necesitan, confían cada uno en el otro, Su pareja les juró que no tiene relaciones con más nadie porque los adora. ¿Qué piensan de eso?

Adole hembra

De todos modos aunque no lo usaran podía quedar embarazada.

Adole hembra

De todas formas deberían seguir usándolo porque ella no sabe si en verdad él no tenía relaciones con más nadie.

Adole varón

¿Y si mi pareja y yo decidimos no usar el condón, porque decimos que no tenemos relación con más nadie pero yo todavía desconfío de mi pareja, cómo puedo saber si es verdad o no? Si porque hasta ahora como habíamos usado el condón no corrimos riesgo.

Grisell:

Él me hace una pregunta, a ver ¿qué saben ustedes del VIH?

Adole hembra

Es una enfermedad de transmisión sexual.

Grisell

¿Y cómo se detecta?

Adolescentes:

Con el análisis de sangre

Grisell

¿Y con un análisis de sangre negativo ya hay absoluta seguridad?

Adolescentes

No, porque puede dar negativo y tener la enfermedad.

Grisell:

Entonces no hay absoluta seguridad en ese inicio, es decir, hay que protegerse siempre, además está el riesgo del embarazo.

Ahora, piensen en sus amigos, familiares, lo que les cuentan...

¿Cuándo usan condón lo hacen pensando más en protegerse contra las enfermedades o contra un embarazo? ¿Qué piensan ustedes?

Adole Varón

Contra las dos

Adole hembra

Contra las dos, porque cuando vas a aceptar una persona debes conocer a esa persona y protegerse no solo contra el VIH sino también contra el embarazo, hay que hablar con la pareja.

Grisell

¿Creen que se usa el condón?

Adole hembra

Yo creo que antes de la novela la gran mayoría no lo usaba ni hablaba tanto de eso, ahora yo creo que si, que se usa más y se habla más de usarlo para protegerse del SIDA.

Grisell

¿Cómo son vistas por sus amigas, qué piensan sus amigas, si las muchachas llevan un condón en la cartera?

Adole varón

Yo creo que debe ser el varón quien debe llevarlo, quien debe tener la iniciativa.

Adole hembra

Es más común que lo lleve el varón.

Grisell

¿Entonces las muchachas no lo llevan?

Adole hembra

Eso depende porque a veces la muchacha se da cuenta que a lo mejor el hombre no tiene interés en hacer la relación sexual y la muchacha quiere embullarlo más, lo lleva.

Profesora

Eso es de ambas partes. La muchacha al igual que el hombre, debe llevarlo, es como una protección para su vida, porque si tiene una pareja y tienen el momento de tener una relación y el varón no lo lleva, la muchacha le pregunta ¿traes condón? Y si él le dice que no, entonces ella le dice que ella lo trae y ya, hay que tenerlo cualquiera de los dos. El varón siempre va a tener el pero de que no, pero hay que estar preparados para si llevarlo.

Grisell

¿Creen que es mal visto pro el muchacho si pasa esto? Si la muchacha lleva el condón?

Adole hembra

Depende del muchacho, porque si es alguien que quiere nada más pasar el tiempo contigo, a lo mejor piensa mal, pero si es una pareja más estable, da igual cualquiera de los dos que lo lleve.

Adole varón

En mi caso, yo creo que es el varón el que lo debe llevar.

Adole varón

Yo también porque si ya tienes una pareja el varón tiene la responsabilidad a la hora de hacer el acto sexual, y sentirte que por tu irresponsabilidad no puede haber problemas.

Grisell

¿Qué conocen de otros anticonceptivos? ¿Cómo se usan? ¿Para qué sirven?

Adole hembra

Están también las pastillas, que se toman una diaria, tienen un ciclo y ellas te van indicando.

Adole hembra

Las pastillas no la podemos tomar nosotras porque estamos muy jovencitas.

Adole hembra

Ellas si hacen daño, porque al principio mi mamá tomaba pastillas anticonceptivas y se le botaron las venas por eso mismo.

Grisell

¿Conocen algo más sobre ellas?

Adole hembra

Se toma una diaria...

Grisell

¿Saben como funcionan en el organismo?

Adolescentes

No.

Grisell

¿Saben como funciona el sistema reproductivo, lo han estudiado?

NEGACIÓN CON GESTOS

Adole hembra

La mujer no sale embarazada ni una semana antes ni una después de la menstruación.

Grisell

Me estás hablando del método del ritmo, de atender el ciclo de la mujer ¿saben como funciona?

NEGACIÓN

Grisell (explica el funcionamiento, y que se necesita mucha regularidad en los ciclos por lo que en las adolescentes no funcionan bien)

Grisell

¿Saben donde y con quién buscar información sobre eso?

Adole hembra

Yo tengo un libro en mi casa que habla sobre embarazo en la adolescencia y habla de los riesgos y los problemas que eso trae.

Grisell

¿Han leído algo sobre eso?

Adolescentes

No, lo que he escuchado, he hablado con mis padres.

Grisell

¿Y que han hablado con ellos sobre los métodos?

Adole varón

Bueno, han hablado de los Dispositivos esos que se ponen.

Adole varón

¿Y es verdad que la mujer puede operarse para no tener más hijos cuando no quiere tener hijos ya ?

Grisell

Explica la esterilización femenina e introduce que existe también la masculina. Nadie había oído hablar de la masculina.

Adole hembra

Si, pero seguro que ningún hombre quiere hacer eso.

Grisell

Ahora, cuál creen ustedes que es la edad ideal para tener un hijo? A ver, voy a hacer una ronda y cada uno me dice la edad:

Adoles

Cuando termine mi carrera: a los 25 años

27 ó 28

23

20

A la que uno crea que está preparado para tener un hijo, después de los 25 cuando uno termine los estudios.

Yo leí que de los 20 a los 30,

De los 20 a los 30, porque a partir de los 35 años es riesgo, mi mamá me lo ha dicho.

25

25

25, también me han dicho que a partir de los 35 es un riesgo porque ya la mujer es demasiado vieja y puede morir en el parto y todo eso.

Adole hembra

Yo tengo el caso de mi tía que parió a los 38 años.

Adole varón

Bueno, mi mamá me tuvo a los 38 años también

Grisell

¿A ver a qué edad los tuvieron sus madres?

Adoles

21, 28, 33, 35, 28, 30, 17, 28, 35, 20

Grisell

Aja y ¿Cuántos hijos les gustaría tener?

Adole varón

Eso depende del interés que se tenga en tener hijos.

Adole hembra

Eso depende también de la economía que tengas en ese momento, porque a lo mejor ellos quieren darle todo a su hijo y no pueden y por eso no tienen más.

Adole varón

Depende de terminar los estudios

Adole hembra

Saber como atender a los niños, porque a lo mejor yo puedo tener dos hijos y no sé bien como atenderlos.

Grisell

A ver, ¿creen ustedes que es necesario estar casados para tener hijos?

Adole varón

No

Adole hembra

Yo creo que si es necesario, ya que por ejemplo si ahora yo salgo embarazada ¿cómo después mi niño puede tener a su papá, cómo el padre puede inscribir al niño, como puede ser atendido por su papá?

Adole varón

El hijo no es para amarrar al padre.

Adole hembra

No es para amarrar al padre pero ¿cómo después puedes asegurar que atienda al niño? ¿Qué el padre se responsabilice por el niño?

Adole hembra

Creo que si, porque el niño necesita a su padre, además la madre lo necesita para que la ayude.

Adole hembra

Se necesita al menos una relación estable.

Grisell

¿Una relación estable significa estar casados legalmente?

Adole varón

No necesariamente, porque hay parejas que son estables y no están casados y al contrario, eso tiene que ver con la relación con que se quieran.

Adole hembra

También el niño necesita la figura del padre que lo ayude en su educación que cuando el pregunte por su papá él este y así...

Adole hembra

También el papel no hace nada...

Adole varón

Yo no me voy a casar porque eso es un papeleo por gusto, sí me voy a unir con alguien pero no a casarme voy a tener una pareja...mis tíos llevan cantidad de años juntos y no se han casado, y les va muy bien.

Adole hembra

Casi siempre son las mujeres las que quieren casarse, les gusta pasar por ese momento.

Adole varón

El casamiento es una forma de legalizar el amor y el cariño que se siente por una persona.

Grisell

¿Conocen parejas unidas que no estén casadas legalmente?

Adole varón

Mis padres llevan juntos más de quince años y nunca se han casado.

Adole hembra

Mis tios nunca se han casado, son pareja hacen 12 años y no se han casado nunca y tienen hijos y todo.

Grisell

¿Sabes por qué no se casan?

Adole hembra

Será porque se sienten bien así.

Adole varón

Yo de todos modos no me pienso casar, para qué?

Adole hembra

La mujer le gusta ser más detallista pasar por el momento de casarse y eso...

Si a lo mejor él piensa eso pero a lo mejor su pareja si se quiere casar.... Y entonces tiene que casarse.

Grisell

¿Y creen que hay alguna relación entre tener un hijo y casarse?

¿Qué piensan, qué han oído?

Adole hembra

Cuando una pareja tiene un hijo y no están casados cuando pasa el tiempo eso le puede provocar problemas al niño, porque seguro va a preguntar...

Adole varón

Yo no creo que eso pueda tener problemas, da lo mismo casarse o no, yo tengo un primo que se ha casado con tres mujeres y se ha divorciado de las tres y tiene un hijo con cada mujer. Es decir que da igual que se casen o no lo que importa es la pareja.

Adole hembra

Bueno, yo creo que es importante que estén casados psicológicamente, es decir que se quieran, se respeten y eso... los papeles no es lo más importante.

Grisell

¿Conocen algo por parte de los médicos sobre los temas de anticoncepción, etc...?

Adole hembra

No, más bien oímos hablar de eso a nuestros padres, es bueno acercarse a los médicos que tienen información pero uno tiene más confianza con sus padres.

Adole hembra

Yo hablo con mi mamá, me da más confianza.

Adole hembra

Yo hablo con mi mamá y me da consejos, me dice como ella piensa, menos hablo con mi papá.

Adole varón

Yo lo converso con mi papá y con mi hermano, y él es el que me aconseja y eso

Adole hembra

Hablo con cualquiera de los dos

Grisell

¿Qué conocen sobre aborto?

Adole varón

Eso es una manera de evitar un embarazo, también es un trauma psicológico para la mujer....

Adole hembra

Yo creo que hay muchas muchachas que lo usan, porque yo he ido varias veces al policlínico y la cola para las regulaciones menstruales es larguísima.

Adole hembra

Yo no se si es verdad pero yo he odio decir que si la muchacha esta embarazada y se hace un aborto, puede tener muchos problemas para después tener un hijo

Grisell

¿Conocen personas entre sus familiares, amigos, que se hayan hecho abortos?

Adole hembra:

Si, mi mamá, ella tiene 40 años, entonces ella dice que ya está vieja para tener un hijo y salió embarazada y se lo sacó.

Grisell

¿Conocen los riesgos del embarazo?

Adole varón

Puede tener problemas después para tener un hijo, le puede pasar algo en la operación porque eso es una operación

Grisell

¿Dónde han oído hablar de esto?

Adole hembra

En el programa *Cuando una mujer...* han hablado de eso... y hablan también de los problemas que puede uno tener en un embarazo.

Adole varón

También en *Hablemos de Salud* han hablado de eso. Han dicho que la mujer puede quedar estéril y cosas de eso...

Grisell

¿Han hablado con sus padres del aborto?

Adolescentes

Hemos hablado del aborto, uso de anticonceptivos y eso....

Grisell

¿Tienen algo más que preguntarme, que decirme...?

EMPIEZAN A REALIZAR VARIAS PREGUNTAS:

- ¿Es verdad que se transmite el SIDA por la saliva?
- ¿Con una aguja de la jeringuilla se puede transmitir después que pasa un tiempo, se muere el virus?
- ¿Una persona puede tener la enfermedad y no enfermarse nunca?
- ¿Es verdad que hay unas vacunas contra el SIDA que hacen que la gente se demore en ponerse más enfermo?
- ¿Los portadores también la transmiten?
- ¿Cómo surgió el SIDA?
- ¿No se puede tener relaciones con condón con una persona que tenga SIDA?
- ¿Existe el condón femenino?
- ¿Por qué algunas mujeres sangran la primera vez que tienen relaciones y otros no?

ANEXO 6: Relatoría grupo focal con médicos.

MUNICIPIO 10 DE OCTUBRE.

Participantes:

Grisell Rodríguez Investigadora CEDEM
Nodalys González Investigadora CEDEM
Madelín Gómez Investigadora CEDEM
Enfermera Mariela Maldonado (Programa materno Infantil del Municipio)
Lic. Maledys Valera (Jefa Programa Materno Infantil Policlínico 14 de junio)
Dra. Arlyn Potro (Jefa Programa Materno Infantil Policlínico Luyanó)
Dra. Digna Llorenta (Jefa Servicio Ginecología Hospital Materno Infantil)
Dra. Bárbara Pascual (Policlínico Luis de la Puente Uceda)
Dra. Martha Morales (Policlínico Pasteur)
Dra. María Julia Valdés (Policlínico Santo Suárez)
Enfermera Amarilys Rodríguez (Hogar Materno)
Dra. Elsa Auzarte (Jefa Programa Materno Infantil Policlínico 30 de noviembre)
Dr. Luis E. Fernández (Epidemiólogo del Grupo del Programa materno Infantil)
Dr. Neil Salomón (Jefe Programa Materno Infantil del Municipio)

Grisell:

Presenta el diseño de la Investigación y los principales resultados y presenta los puntos para el debate.

Grisell:

Hemos encontrado muchos resultados interesantes, en las 24 entrevistas realizadas, 15 a mujeres y 9 a hombres. La mayoría de las mujeres tenían pareja, en su mayoría estables ya de algún tiempo. Nos fue muy difícil encontrar a los hombres, muy pocos en la consulta, pero también resulta interesante que no encontramos a nadie con más de 12 grado. Recuerden que esto no es determinante. No es un método cuantitativo.

Comentarios de los médicos:

Las profesionales lo que se los hacen antes no llegan a la consulta de aborto sino que se hacen la interrupción en el municipio.

Grisell:

Otro elemento importante: solo se le cuenta a la familia más cercana pero la interacción con la familia es más informativa que consultiva para la toma de decisión. En el caso de las adolescentes lo consultan más con las madres y algunas veces la decisión si está en manos de las madres.

Dr. Salomón:

En las adolescentes hay también un fenómeno que ocultan más tiempo el embarazo y por tanto, en mayor medida recurren a la interrupción y no a la regulación menstrual, y ahí caes en el tema de la relación entre madre y padre con los hijos, la familia, porque si ustedes fueran a hacer una investigación sobre la detección tardía del embarazo se darían cuenta de cuantas adolescentes tenemos que conocemos de su embarazo a las 18 semanas, y entonces ya el tema de la interrupción es otro, porque hay que tener claro que en Cuba el tema de la interrupción del embarazo es un derecho libre de la mujer hasta las 10 semanas, porque a partir de ahí entonces ya es decisión médica.

Grisell:

Con relación a los riesgos, es muy interesante que la familia, la paciente, conocen los riesgos de la interrupción por la información de los médicos y de los medios. Hay una exposición verbal, pero para mí el conocimiento tiene una fase de interiorización, de los riesgos del aborto y así te lo están diciendo: el aborto no es un método anticonceptivo, pero lo usan así.

El hombre en general no participa en la toma de decisión, la mujer le adjudica y él lo asume un rol pasivo en todo el proceso. Los amigos tampoco influyen de manera importante.

Ahora un tema que me parece importantísimo y de las cosas más interesantes que encontramos. Es sobre el uso de anticonceptivos, y aquí también había un conocimiento formal de los métodos pero no conocen como funcionan, cuales son más adecuados para la persona, además de que no los utilizan de manera sistemática y por tanto, no hay un conocimiento real del mismo. No se usa eficientemente, y las mujeres no usan el anticonceptivo pero no esperan salir embarazadas y eso ocurre en mujeres de todas las edades. Por otra parte se ha difundido mucho el uso del condón para prevenir enfermedades como el SIDA pero no para prevenir embarazos no deseados. Tal es así que hay personas que cuando dicen que ya se conocen dejan de usar el condón y no lo sustituyen por otro método. Hay entonces un conocimiento formal pero falta el uso sistemático y el conocimiento efectivo de los mismos. Y para nosotros es muy importante el tema de la difusión del uso del anticonceptivo. Incluso a veces con muchísima frecuencia no se usa anticonceptivo en la primera relación.

Existen otros mitos muy frecuentemente encontrados:

Tengo el útero retroverso y por eso es muy difícil salir embarazada, se me cae los DIUS, me provocan sangramiento.

Se han hecho muchas campañas para prevenir enfermedades de Transmisión sexual y muchas otras pero no para la prevención de embarazos no deseados, para el no uso indiscriminado del aborto.

Estas son algunas de las ideas pero sobre los puntos que tienen en sus agendas estaría bien comenzar el debate:

Dra. Bárbara:

Independientemente de que el aborto no es un método anticonceptivo

Dra. Martha:

Yo no creo que sean embarazos inesperados, porque si no usan nada deben embarazarse, el condón lo usan solo como protección y entonces dicen que no usan el DIU porque les da inflamación, les da sangramiento las tabletas desde el punto de vista médico son buenas, pero las adolescentes no los usan, porque se les olvidan. El condón lo usan no siempre y cuando lo usan tampoco lo usan bien. Entonces si usan el aborto como método anticonceptivo. Hay mucha información pero no se apropia de ella, es el caso de los adolescentes.

Dra. Martha:

Hay muchas familias con adolescentes (como las de la novela) que no se comunican con sus hijos.

Dra. María Julia:

Ahora, lo que tú dices de las profesionales yo creo que se lo hacen igual, lo que tal vez lo detectan antes y van al policlínico y se hacen una regulación lo que no pueden saber el médico si es una interrupción de embarazo o no pero las mujeres siempre van por sospecha de embarazo y es por un mal uso del anticonceptivo. La mujer dice menos de 15 días de amenorrea, a hacerse una regulación.

Dr. Salomón:

Yo pienso que nuestra población es una población bien informada pero carente del conocimiento necesario para hacer un uso adecuado de esa información. Y nuestra experiencia médica está reflejando eso.

Es cierto que nuestra población desde que se descubrió el SIDA se ha estado educando paulatinamente el uso del condón, y es cierto que antes no se usaba el condón y se mostraban en las estadísticas por las ventas que si se usaba, cuando en realidad lo que se hacía era que los muchachos los compraban para inflarlos como globos o cosas así.

Cuando se empieza a conscientizar en la población la problemática del SIDA y las ITS se aumenta el uso real del condón, ahora nunca se ha conscientizado en la necesidad de usarlo para proteger contra un embarazo no deseado, porque el uso del condón para la protección contra un embarazo requiere de técnicas de su uso y esta técnica se obtiene de conocimiento y ese conocimiento la gente no lo tiene.

Por ejemplo: el líquido seminal que sale al inicio de la relación, en los primeros momentos de la erección puede portar algunos espermatozoides, y puede llegar uno y fecundar el óvulo.

Además nosotros hemos enseñado que el juego sexual tiene un valor importante para las adolescentes y el juego sexual puede conllevar también a un embarazo, o sea que la técnica es importante y la gente desconoce que desde que comienza la erección se debe colocar este. A través de la masturbación con la mano se puede provocar un embarazo. ¿Cuántas niñas no hemos conocido de embarazo con el himen intacto?

O sea, que es un problema de conocimiento más que información.

Dra. Martha:

Con el coito interrumpido pasa también.

Dr. Salomón:

¿Qué decir entonces de los DIUS y de los dispositivos hormonales?

¿Qué conocen nuestras mujeres y nuestras adolescentes sobre el anticonceptivo hormonal cuando te están diciendo que lo toman y cuando ven que tienen algún desarreglo con la menstruación inmediatamente lo suspenden?

O por ejemplo cuando se ponen un DIU que es normal que en los tres primeros meses provoque dolor, molestias, sangramientos abundantes y ya el primer mes van a la consulta con la decisión tomada de retirársela y si tu tratas de convencerlas que se lo deje van a otra consulta que no es donde se lo puso para que se lo quiten porque ya lo decidieron sin escuchar más nada.

Creo que este tema de la anticoncepción y el aborto está también muy ligado con la idiosincrasia del cubano, porque el cubano es músico, poeta y loco y médico, no ahora sino desde siempre, porque cuando nació la nacionalidad cubana, nació junto con ella la curandera, la partera, y todos están dando conocimientos y orientaciones a lo largo del tiempo. Yo siempre lo comparo con la lactancia materna y tenemos resultados positivos con ella solo cuando hacemos el trabajo con la familia, con la mamá, la abuelita, la pareja a todos. Porque nos encargamos de decírselo a la embarazada ella te dice que sí y luego viene la abuelita y la convence de lo contrario.

Porque la mujer sale lactando del hospital y cuando llega a la casa, no se continúa lactando.

El médico de la familia tiene que sentarse con toda la paciencia del mundo a hacer psicoprofilaxis de verdad, prevención, con la familia a explicar todo esto. No se hace todo lo que se debe.

El gran problema que tenemos en la anticoncepción es justo ese, que la información no se convierte en conocimiento, aunque el aborto no es anticonceptivo porque es posterior a la concepción, la población lo usa con seguridad y confianza en el sistema, es que no se divulga lo que realmente ocurre, porque la morbilidad del aborto no la conoce la población, pero la población se entera cuando tiene una amiga que tuvo alguna consecuencia grave.

Grisell:

Quisiera hacer una pregunta con relación a eso: ¿las personas van a la consulta buscando orientación o van directamente a que le coloquen un anticonceptivo?

Dra. María Julia

La mujer va directamente a que le pongan un anticonceptivo, las menos son las que piden orientación, pero la mayoría dice, yo vengo a ponerme una T, y quiero que me la ponga y si tú le dices que no es lo más recomendable entonces se van a buscar otro médico.

Dra. Elsa

Yo creo que también los padres tenemos responsabilidad en esto, sobre todo en los relativo a los varones porque los orientamos que se pongan un condón para que no se contagien con una enfermedad pero no les decimos que eviten un embarazo, entonces nuestra cultura machista también influye. Usa el condón échatelo en la billetera para que no cojas el SIDA pero no le decimos que debe cuidar a su pareja. A la muchachita si la cuidamos si le decimos que debe protegerse de un embarazo, entonces esa no preocupación por parte del hombre el no inmiscuirse en la decisión tiene sus raíces como hemos visto mucho más allá, en la propia educación, en los patrones sociales.

Grisell: tenemos otro aspecto y es en lo relativo a la respuesta de los médicos a las pacientes cuando detectan el embarazo: ¿Te lo vas a dejar o lo vas a interrumpir?

Dra. Elsa:

Mira, antes las pacientes llegaban al médico le hacía un tacto, un reconocimiento clínico y ahí detectaban el embarazo ahora las mujeres vienen directamente solicitando un Ultrasonido para que les detecten el embarazo porque no quieren hacerse el tacto. Ya lo piden. Entonces la decisión la toman después que se hacen el ultrasonido al médico no le queda ni siquiera hacer la pregunta, pero por otra parte llegan directamente diciendo: Dra., estoy embarazada y me lo voy a interrumpir, aunque es verdad que el médico no está exento de una formación en la cual las mujeres tienen una cultura abortiva.

Grisell:

Otra pregunta de orden médico, las mujeres dicen con mucha frecuencia que ellas tienen un útero retroverso y por eso es muy difícil que queden embarazadas, que hay de cierto en eso?

Dr. Salomón:

El útero retroverso en primer lugar es una posición del útero, no impide el embarazo es un poco más difícil el embarazo en un útero retroverso que en uno anteroverso.

Dra. Digna:

El útero retroverso no tiene ninguna limitación en la literatura médica para nada, lo que pasa es que las personas se apoderan de los vocablos médicos para argumentar muchas de sus acciones, y con eso están justificándose, es solo una justificación porque a lo mejor esa mujer tiene un útero anteroverso más bonito que el de nadie, pero eso es una justificación, para ella misma no sentirse culpable del aborto, y todo eso...

Grisell:

En muchos casos las mujeres hablan de que se embarazan con el DIU puesto....según nos dicen.

Dra. Digna:

Mira yo he hecho partos en los cuales con la placenta sale el DIU, pero tiene que ver con que lo usan mal, no se lo cuidan.

Grisell:

La población cubana se pone el DIU y se olvida del mundo: ya estoy protegida por siempre...

Dra. María Julia:

Sí, yo creo que tiene que ver con información, con divulgación de información, tiene que ver con que dicen ya me lo puse y estoy protegida, y tiene que ver con el conocimiento que no es el adecuado.

Dra. Digna:

A mí me llama la atención que el caso de Cuba se cuenta con una salud gratuita, los métodos anticonceptivos son gratuitos y están al alcance de la mano, los pacientes tienen a un médico que le pueden preguntar sobre eso cuando les plazca, y tienen el acceso gratuito a las consultas de planificación con diversos métodos.

El aborto en otros países es un problema por tanto aquí es un logro, Y sin embargo las mujeres acuden al aborto, de manera muy sencilla solo se hacen unos análisis

Esta misma situación de los métodos anticonceptivos debería comenzar desde la escuela pero no empieza desde tan temprano, en la escuela la información que le dan es solo en la clase de Biología y muchas veces no suficiente, si les hablan más de las ITS, del SIDA, etc.... pero no de la anticoncepción para evitar un embarazo, de los reales riesgos del aborto. Hay que educar más a las nuevas generaciones en esto.

Dra. Bárbara:

Por otra parte ya con los muchachos no hay tiempo para que funcionen los clubes de adolescentes, de orientación, etc....ellos tienen su tiempo casi siempre ocupado. Entonces esa orientación en los consultorios se pierde. O sea que el tiempo no alcanza para nada.

Entonces todos los medios de los que se dispone tienen que ponerse en función de eso, tanto la familia, como los medios de difusión, y no es solo un problema de salud, sino también de educación...

Pero en la casa los padres, la familia tiene también que abrirse a eso, a preguntarle a los muchachos si llevan un condón o no, hablar sobre eso. El embarazo en una muchachita es más complicado para un padre que conversar sobre el uso de los anticonceptivos, sobre como prevenir el embarazo sobre el riesgo de un aborto y todo eso.

Para la gente lo grave y lo complicado son las ITS, el Sida pero no el embarazo, la gente dice que este tiene solución con el aborto.

Grisell:

Es que también ocurre que la educación sexual va más destinada a la prevención de enfermedades de educación sexual, y debería ir también hacia el uso adecuado de anticonceptivos, también hacia el embarazo no deseado y se percibe más pasividad ante el uso indiscriminado del aborto.

Dra. Arlyn:

La parte educativa se le deja a la parte médica para mi se tiene que tomar en cuenta el rol del sistema de educación de los maestros, mas que los propios médicos.

La telenovela cubana que están pasando ahora es muy real, hay familias así, ahora este es un buen camino para tratar también el tema del aborto como uso indiscriminado.

Dra. Bárbara:

En este país la gente está preparada, o sea, aquí no hay analfabetismo, es realmente bajo el porcentaje de mujeres que no tiene preparación, yo creo que mujeres en edad fértil si salen embarazadas es por problemas de despreocupación, tal vez una adolescente, una mujer menor de 20 años, quizás no tenga información porque no se ha preocupado de buscarla, pero los métodos anticonceptivos están al alcance de todos, hay varios tipos para diferentes tipos de mujeres y también de las edades, gustos, etc. yo creo que es despreocupación, o desinformación por despreocupación. Incluso si las pastillas que venden en la farmacia no les gusta, pueden ir a las consultas de planificación familiar que existen en todos los policlínicos y solicitar unas mejores píldoras o unas acordes a sus desarreglos y se las dan gratuitas, cada tres meses.

Dra. María Julia:

Es que también incide que también como tienen en la mano el aborto y hay una costumbre, un hábito, una confianza, tienen amigas que se han hecho 10 abortos y no pasa nada. Mira: yo las he llevado a la consulta de planificación familiar, a ponerse un DIU, a buscar orientación a que usen las inyecciones, y me dicen: No doctora, que después me pongo gorda. Porque después si salen embarazadas resuelven el problema y no les cuesta nada.

Grisell:

Entonces, ¿por qué no los usan los anticonceptivos? ¿Cuáles son sus vivencias?

Enfermera Mariela: Mira, yo por ejemplo como enfermera que estamos siempre con la familia, y siempre estamos trabajando con los adolescentes dando información, y tengo 34 años y una niña de 14 años puede ser mi hija, y si piden información y si se les da, lo que algunos la utilizan mejor que otros. Ahora, que estamos terminando la licenciatura Amarilys y yo vamos a preparar un proyecto sobre ITS y adolescentes porque nos preocupa la incidencia que en ellos están teniendo.

Grisell:

Unido a esto está el tema de la anticoncepción de emergencia, hay un conocimiento nulo entre la población al respecto... ¿qué creen ustedes?

Dra. Digna:

El problema está en que esas dosis son dañinas, tampoco se pueden estar divulgando de esa manera, estoy segura de que si se divulga mucho, se comenzará a usar de manera indiscriminada, y eso va a traer consecuencias desastrosas también.

Dr. Salomón:

El problema está en que no es un método anticonceptivo para usarlo como tal, sino para recurrir a él ante una falla, a partir de un olvido, o algo así. Ya lo dice la palabra es emergente, hay que usar dosis más altas y eso ya no es bueno, resuelves en ese momento el problema, pero hasta ahí no te debe volver a pasara, no debes abusar de eso.

Dra. Digna:

Es que divulgándolo mucho corres el riesgo de que entonces se pueden tener relaciones sexuales desprotegidas porque no importa, tomo las pastillas y ya.

Grisell:

Valorando desde el punto de vista de los riesgos ¿no será más económico y saludable el acceder a la anticoncepción de emergencia que al aborto?

Dr Salomón:

Es que siempre es costoso, siempre es un problema al final...el aborto tiene unos riesgos muy altos pero esta otra también dados los riesgos de la alta dosis que estarán tomando las mujeres, y creo que se va a abusar. Hay que partir de que la anticoncepción hormonal son dosis mínimas adecuadas, aunque se decía que traían problemas ya se ha demostrado que no es así. Sin embargo, cuando comienzas a consumir dosis altas si te pueden ocasionar problemas. Claro, que es un riesgo inmenso un aborto para la vida de una mujer. No obstante creo que la divulgación de lo otro no es la solución, la solución será siempre, el uso adecuado y divulgación de los anticonceptivos.

Grisell:

Ahora, desde el punto de vista oficial, ¿existen políticas destinadas disminuir estas tasas de aborto? ¿Qué acciones se toman para esto?

Dr. Salomón:

Las tasas de aborto son altas y si están establecidas políticas para disminuirlas. ¿Dónde está el problema? Desde el punto de vista de la población y del sector médico no se hace lo que hay que hacer Yo creo que se hacen las cosas pero que debe hacerse más, conversar más con la población, explicarle más.

Creo que el espacio de la telenovela que ya se ha hablado aquí es bueno porque la gente se ve reflejada, ven la realidad de las familias, para mi esto es un problema de las ideas porque está vinculado a una conducta humana sexual responsable, uno no puede esperar que un individuo no tenga una educación integral si no tiene una conducta humana sexual responsable. Y yo me pregunto: los adultos de nuestra joven generación están preparados para educar a esa nueva generación para todo esto, incluidos nosotros del sector salud, que nosotros tenemos que saber como llevar los mensajes.

Y ahí hay una contradicción entre información y conocimiento, ustedes preguntan ¿que método conoces? Y te ponen muchos. Ahora si le preguntas ¿cómo funcionan en el organismo? No saben... la gente tiene que conocer anatomía del cuerpo, fisiología del organismo de manera elemental y la mujer tiene que conocer como funciona su aparato reproductivo, hay que conocer respuesta sexual humana. ¿Qué por ciento de nuestra población incluidos los profesionales de la salud conocen respuesta sexual humana? Pregunto yo. Explórenlo para que ustedes vean, porque los hombres tienen que saber por qué tienen erección y por qué eyaculan y los hombres tienen que saber cuando tienen el orgasmo y que cosa es. Porque cuando las personas hablan, lo hacen en el argot callejero: “cuando se vienen” y se alejan de la respuesta humana como tal. Hay que conocer estas respuestas, y también anticoncepción pero no solo conocerla por el nombre, pero el mecanismo de acción siquiera del preservativo no lo conocen.

Porque no se conoce la morbilidad, o las mujeres dicen yo no me hice un aborto yo solo me hice una regulación menstrual, pero al final se conoce un poquito la morbilidad de los legrados, pero no se conoce absolutamente nada de la morbilidad real de las regulaciones menstruales. Hay que ir a la concreta nuestra población tiene que llegar a dominar elementalmente como funciona su organismo. Porque los trabajadores de la salud tenemos que enseñar además de nuestra práctica muy agitada.

Enfermera Mariela:

Si el médico de la familia si nosotros no estamos educados no vamos a lograr jamás educarlos. Es verdad que tenemos problemas a veces para realizar nuestro trabajo pero también es verdad que debemos hacerlo más.

Dra. Arlyn:

Pero no es solo un problema de salud pública es también un problema de los sectores de educación y otros en la sociedad.

Grisell:

Por otra parte tenemos el complemento de la investigación relativo a indagar en por qué la gente está decidiendo tener su hijo. ¿Cómo y por qué la gente decide tener sus hijos? ¿A qué edades los están teniendo y por qué? Desde su perspectiva.

Dra. Digna:

Te digo que en el Hospital donde trabajo en estos últimos años hemos notado muchas más mujeres pariendo en edades mayores. Uno piensa que es por la situación económica que estamos viviendo ahora, tenemos una economía que a pesar de que va saliendo ahora de la crisis, todavía existen muchos problemas de vivienda y todo eso, y educar y tener un hijo es una responsabilidad muy grande, yo tuve una sola hija porque estudié medicina y después el posgraduado y finalmente te pasas montones de años estudiando, pero yo creo que si alguien no tiene condiciones de tener un hijo, mira mejor que no lo tenga. Porque hay gente que tienen cuatro o cinco hijos, y luego es una carga para bienestar social y esos niños creciendo en esas condiciones, pero el que tiene dos dedos de frente te dice que no puede tener muchos, para poder tenerlos bien.

Este es un país que además está educado y la gente lo piensa para tener los hijos, porque cuando te encuentras una mujer en la edad óptima, con todas las condiciones para tener hijos, esa no tiene hijos, no quiere o no le interesa tenerlo y luego te encuentras que la que está teniendo hijos es aquella que no tiene las condiciones para tener hijos.

Es preocupante que la edad en que están teniendo sus hijos está aumentando y la fecundidad está bajando. Entonces, ¿quiénes están teniendo los hijos?: las adolescentes o mujeres con muchísimos años, hace poco tuvimos una mujer en el hospital que parió a los 48 años, entonces las mujeres añosas son las que están pariendo también y es que esas mujeres tienen más posibilidades de complicarse, entonces, ¿qué vamos a hacer para que esas mujeres tengan sus hijos a edades más tempranas?

Grisell:

¿Cuál es para ustedes la edad óptima?

Dra. Digna:

Mira, generalmente en los países desarrollados la gente pare con más de 35 años, pero no es el mismo sistema, la misma cultura, los mismos hábitos, no tiene nada que ver con nosotros... y ahora en el hospital estamos en ese problema, tratando de ver qué hacemos con esas mujeres añosas porque la manera de atenderla es otra, hemos hecho talleres, intercambios, para estudiar porque es para nosotros un problema preocupante.

Grisell:

Desde el punto de vista estadístico están aumentando su presencia en la fecundidad las mujeres de 30 a 39 años, pero las de 20 a 24 años se mantienen también con un aporte importante. ¿Existe desde el punto de vista de la literatura médica una edad óptima para que las mujeres tengan sus hijos?

Dr. Salomón:

De 20 a 29 años, ahora nosotros tenemos aquí en el municipio el incremento de los embarazos entre 25 y 34 años, que esta es una buena edad para tener hijos, nosotros concebimos un aumento de los riesgos a partir de los 35 años. Para nosotros el Riesgo obstétrico es en mayores de 35 años y menores de 20 años (el mayor problema está en menos de 17 años). Ahora, nosotros no podemos olvidarnos de una cosa que hace una década atrás hubo una influencia de la situación crítica del período especial sobre la maternidad, y la otra cosa es que el desarrollo mismo de nuestra sociedad ha conllevado a dos cosas: el desarrollo de la mujer y su incorporación a la sociedad, que se incrementa cada vez más, ahí tenemos el ejemplo en el sector de salud en el que el 70 % de la fuerza laboral es femenina. Lo otro es que los temores que existían hace un tiempo atrás para un embarazo después de los 35 años, por las malformaciones, el Down, etc., las cardiopatías, han ido desapareciendo a pasos agigantados con el desarrollo de la genética y la introducción del programa genética dentro de los programas de salud pública y especialmente dentro del programa Materno Infantil. Eso le da muchísima confianza a la población en general y a la mujer en particular.

Grisell:

¿Desde el punto de vista de clasificación sigue siendo una mujer mayor de 30 años clasificada como embarazo de riesgo?

Dra. María Julia:

A partir de los 35 años es que es clasificada así, pero la clasificación tiene que ver con el conjunto de exámenes que debe hacerse para mayor seguridad en el embarazo.

Grisell:

Ahora bien, desde su percepción ¿cuál es la edad en que la población considera como la edad óptima para tener sus hijos?

Dr. Salomón:

Yo creo que la gente sigue considerando a los veintipico una edad ideal para parir, es a partir de los 20 más o menos que la mujer está más preparada psicofisiológicamente para el embarazo, parto y puerperio.

Grisell:

Déjenme hacerles una consulta ¿creen ustedes que el sistema de salud está preparado para atender a mujeres de estas edades? ¿Creen que les sería más costoso al sistema?

Dra. María Julia:

Yo si creo que sería preciso casi hacer un nuevo programa para atender todos los riesgos a estas edades, es más costoso siempre atender a una mujer en estas edades porque se necesitan hacerle exámenes que nos llevan mujeres en edades menores porque los niveles de riesgos son menores.

Dr. Salomón:

Es que a partir de los 30 años las patologías asociadas son mayores, los riesgos aumentan y entonces por ejemplo: la hipertensión arterial asociada al embarazo: donde es mayor pues entre las mujeres mayores de 30, que entre las menores y así existen determinados riesgos que son mayores en estas edades entonces por supuesto que aunque yo no conozco las cifras si tienes mas mujeres en estas edades debes hacerle más pruebas. ¿Comprenden?

Ahora bien, ¿Dónde está la afectación mayor en todas las edades? en la salud reproductiva porque esas mujeres arriban a su embarazo con consecuencias de sepsis vaginales, con la morbilidad consecuente de dos o tres legrados, porque ha tenido complicaciones en estos abortos, o sea la salud reproductiva está afectada tanto de los adolescentes como de las mujeres maduras, entonces a eso añádele las complicaciones propias del embarazo, esto incrementa por supuesto los costos, que deben ser amplios...

Dr. Luis (epidemiólogo):

Yo quería decir que muchas veces, lo que encontramos son altos niveles de desconocimiento en el uso de anticonceptivos en los riesgos, encontramos en una investigación que hicimos que era mucho más frecuente la relación sexual anal entre las parejas adolescentes por considerar que así evitaban un embarazo, las muchachas consideraban que seguían siendo vírgenes, pero sin embargo es una relación desprotegida por completo y los riesgos a contraer enfermedades se mantienen.

Grisell:

Quiero volver en lo que se refiere al tema de la anticoncepción que yo encontré tanto desconocimiento en mujeres adolescentes como en adultas, eso quiere decir que es aún preocupante porque en esas mujeres, está también el rol de educar a sus hijos, futuros adolescentes. Es que creo que existen montones de programas sociales dedicados a los adolescentes en la escuela, por los medios masivos, a través de los promotores de salud, etc....

Dra. Bárbara:

Pasa que en las adultas en la adolescencia no se les habló de eso.

Grisell: Y tampoco hay un conocimiento en el rol de la lactancia como anticonceptivo, de que es la lactancia exclusiva la que protege, peor ni aún hay conocimiento entre la relación de la lactancia con la anticoncepción, el embarazo.

Dr. Salomón: Me alegro muchísimo de que hayas dicho eso, mira eso es el desconocimiento, la incorporación de la información de manera eficiente: la mujer no sabe lo que es lactancia materna exclusiva y ahí es donde falla, porque primero tenemos que darle conocimiento y después recomendarle el método, y ahí es donde falla. El problema está repito en la manera en que la información se convierte en conocimiento real.

Dra. Bárbara: Hay un problema en estos momentos y es que deben crearse más espacios en la escuela para contribuir a la educación sexual de la adolescencia, para crear momentos de debate, de intercambio, de orientación.

Dra. Elsa:

La novela es un buen mecanismo par transmitir valores, patrones, conductas, mira la telenovela que acaba de terminar para mi ha estado excelente porque se han discutido temas de actualidad y los mismos adolescentes se han visto como protagonistas, nada más el hecho de que abra un espacio en la casa para que la gente discuta de todos estos problemas, los converse en familia, por eso solamente vale la pena realmente.

Dr. Salomón:

Yo creo que el ejercicio de una sexualidad responsable lleva muchos elementos, conocimientos, ejercicio adecuado de una sexualidad responsable...

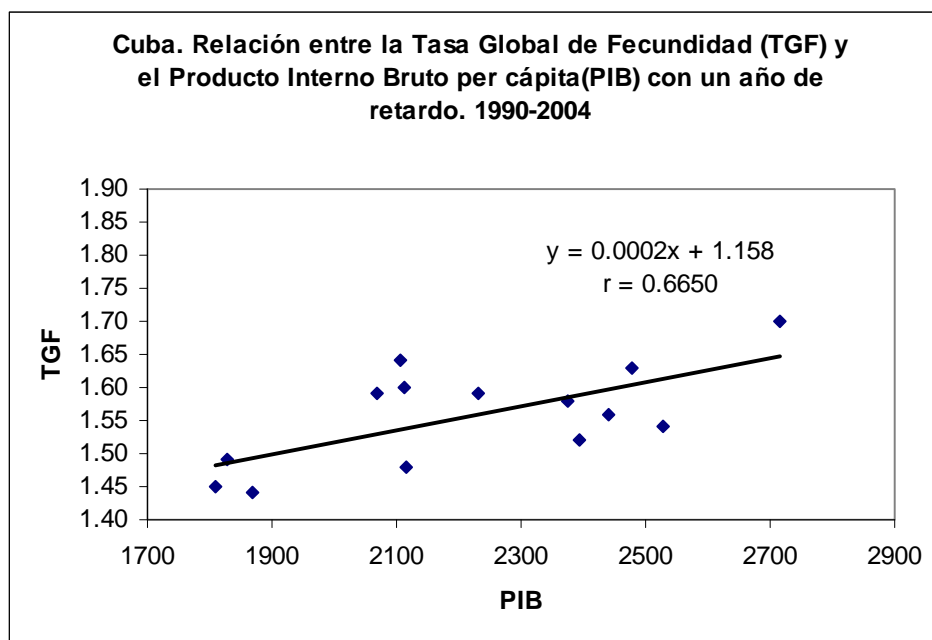
Preguntémosnos: ¿Cuáles son las condiciones ideales y que resultados obtendría en la población?

Dra. Elsa:

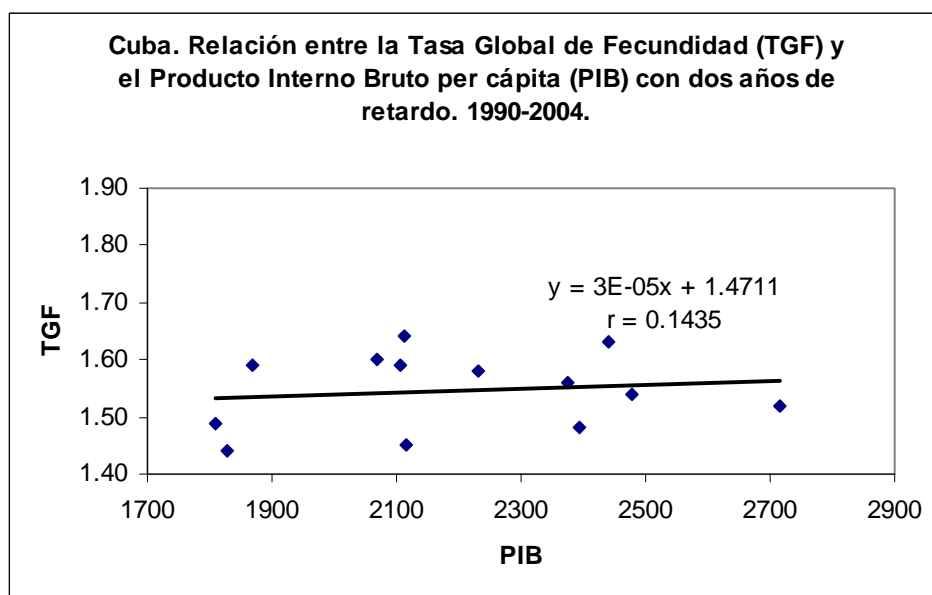
Sería interesarse definir además cuáles son esas condiciones ideales, yo creo que no serían solamente desde el punto de vista material, sino una unión de las instituciones y sectores para lograr mejores resultados, pero a la vez un rol más activo del médico como orientador, como educador....

MUCHAS GRACIAS.

ANEXO 7: Cuba. Gráficos de la Relación entre la Tasa Global de Fecundidad y el Producto Interno Bruto per cápita. 1990-2004. con 1 y con 2 años de retardo.



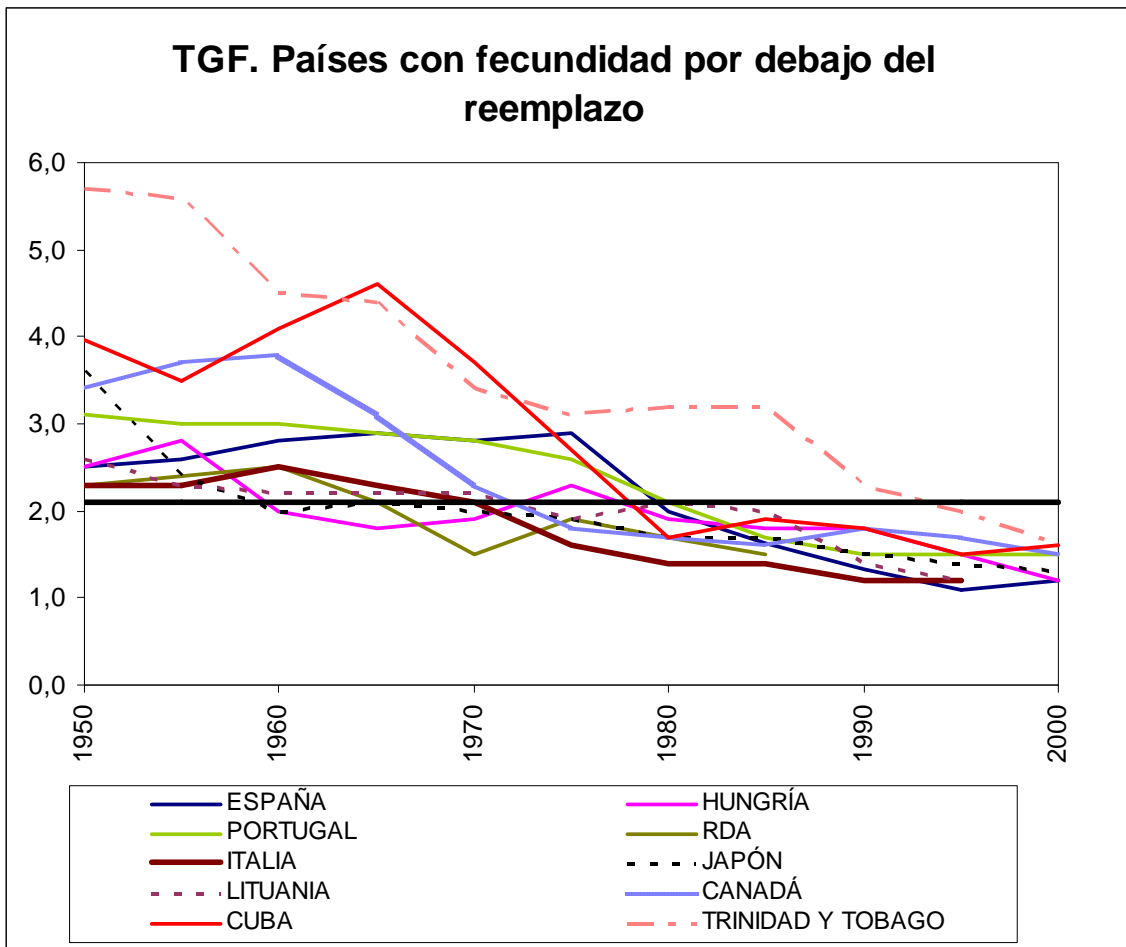
Fuente: Rodríguez Gómez, G., a partir de Pérez, O. E. (2006) “Situación actual de la economía cubana y sus retos futuros” y Anuarios Demográficos. 1990-2004.



Fuente: Rodríguez Gómez, G., A partir de Pérez, O. E. (2006) “Situación actual de la economía cubana y sus retos futuros” y Anuarios Demográficos. 1990-2004

Nota: Mientras el valor de **r** es más cercano a 1 es mayor la correlación entre las variables.

ANEXO 8: Fecundidad por debajo del reemplazo. Cuba y países seleccionados. 1950-2000



Fuente: Rodríguez Gómez, G. A partir de Demographic Yearbook. Años seleccionados.

AÑO	ESPAÑA	HUNGRÍA	PORTUGAL	R. D. ALEMANA	ITALIA	JAPÓN	LITUANIA	CANADÁ	TRINIDAD Y TOBAGO	CUBA
1950	2,5	2,5	3,1			3,6		3,4	5,7	4,0
1955	2,6	2,8	3	2,3	2,3	2,4	2,6	3,7	5,6	3,5
1960	2,8	2	3	2,4	2,3	2	2,3	3,8	4,5	4,1
1965	2,9	1,8	2,9	2,5	2,5	2,1	2,2	3,1	4,4	4,6
1970	2,8	1,9	2,8	2,1	2,3	2	2,2	2,3	3,4	3,7
1975	2,9	2,3	2,6	1,5	2,1	1,9	2,2	1,8	3,1	2,7
1980	2	1,9	2,1	1,9	1,6	1,7	1,9	1,7	3,2	1,7
1985	1,62	1,8	1,7	1,7	1,4	1,7	2,1	1,6	3,2	1,9
1990	1,33	1,8	1,5	1,5	1,4	1,5	2	1,8	2,3	1,8
1995	1,1	1,5	1,5		1,2	1,4	1,4	1,7	2	1,5
2000	1,2	1,2	1,5		1,2	1,3	1,2	1,5	1,6	1,6

Fuente: Rodríguez Gómez, G. A partir de Demographic Yearbook. Años seleccionados.