

Transición, educación y desigualdad en el uso de la contracepción en Venezuela

Anitza Freitez L. *

Resumen

El presente trabajo examina la influencia de la educación en el recurso a la contracepción a partir de la información derivada de tres encuestas. En particular se ha buscado poner en evidencia cuál ha sido el comportamiento de la desigualdad en la práctica de la contracepción en función de la escolaridad alcanzada por las mujeres durante el período transcurrido entre 1977 y 1998. Igualmente, se llama la atención sobre la prevalencia de la esterilización y sus cambios en el curso de la transición de la fecundidad. Para finalizar se ha aplicado un procedimiento de descomposición de la variación de la prevalencia con el propósito de estimar cuál ha sido la contribución del mejoramiento de la educación y cuánto ha aportado el incremento en las tasa de prevalencia.

Si el estudio de la fecundidad ha recibido escasa atención en Venezuela, el análisis de sus variables intermedias, entre ellas la práctica de la contracepción, ha sido todavía menos abordado. Cuánto y cómo esas variables son modificadas debido a la influencia

* Demógrafa, Jefa del Departamento de Estudios Demográficos del IIES-UCAB.

de los factores individuales los cuales, a su vez, son condicionados por los factores del contexto político, económico y social es bastante poco conocido. Entre otras razones que explican ese vacío pueden señalarse: la mayor atención consagrada a otros temas demográficos tanto en el ámbito del sector público como entre los estudiosos de la población y, asociado con ello, se encuentra el hecho que la investigación por encuesta no había logrado considerables progresos. Hasta la fecha de realización de la Encuesta Social de 1993 (ENSO'93), no se disponía sino de una sola encuesta nacional de fecundidad efectuada en 1977 (ENF'77) en el marco del Programa de la Encuesta Mundial de Fecundidad. Más recientemente, en 1998, ha tenido lugar la Encuesta Nacional de Población y Familia (ENPOFAM'98) la cual nos ha permitido actualizar el conocimiento sobre algunos temas relacionados con el comportamiento reproductivo.

En Venezuela se ha registrado una expansión importante de la educación ligada a un proceso de transformación global. Esos cambios han modificado las normas y valores asociados con los roles de la mujer en la familia y la sociedad y, a su vez, esto ha provocado variaciones en las decisiones que conciernen al recurso a la contracepción. Queremos en este artículo poner en evidencia la influencia de la educación sobre el comportamiento en relación a la regulación de la fecundidad, con el propósito de *identificar cuál ha sido la evolución de las desigualdades en el acceso a la contracepción en función de la escolaridad de las mujeres, así como de las diferencias en la prevalencia según los tipos de métodos y sobre la contribución de la educación a la variación de las tasas de prevalencia en el curso de la transición de la fecundidad*¹.

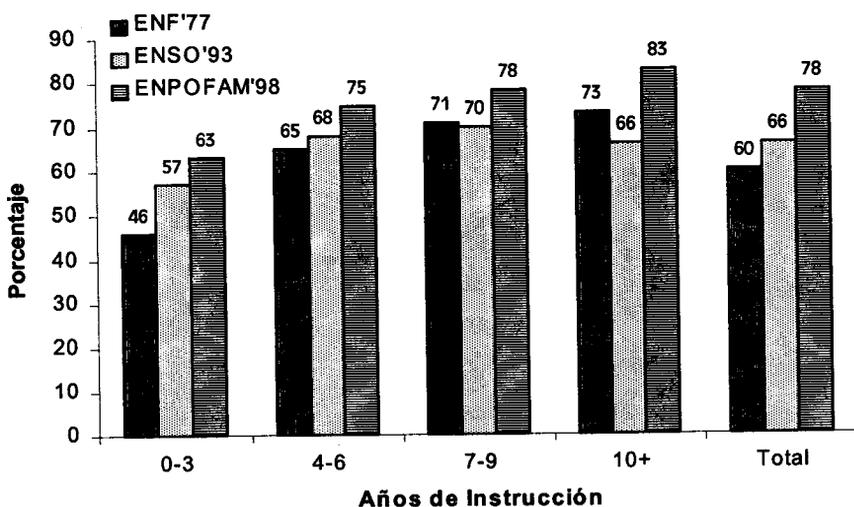
Los estudios sobre la influencia de la educación en el proceso de transición de la fecundidad han revelado que la misma incide positivamente sobre la práctica de la contracepción: en efecto, con la elevación de la escolaridad, las expectativas de las mujeres aumentan igualmente en relación con su propio desarrollo y el de sus hijos, lo cual activa la motivación en favor de una familia reducida; por otra parte, una escolaridad más elevada permite afrontar mejor los obstáculos para acceder a la contracepción, al disponer de más información y de recursos para obtener los métodos y hacer un mejor uso de ellos. Sin embargo, las evidencias disponibles están poniendo de manifiesto una reducción de las diferencias en el recurso a la contracepción según la escolaridad en el curso de la transición: los procesos de difusión contribuyen a que las mujeres menos instruidas entren en la práctica de la contracepción moderna; además los programas de planificación familiar se han dirigido esencialmente hacia el incremento de la contracepción entre las poblaciones menos favorecidas.

1 Una referencia más amplia a la influencia de la educación en el proceso de transición de la fecundidad puede encontrarse en los artículos publicados por la autora en los números 34 y 35 de esta revista.

Desigualdad en la práctica de la contracepción: ¿se reduce la brecha según la escolaridad?

En 1977 las usuarias de anticonceptivos representaban ya el 60% de las mujeres en unión². Ese nivel de prevalencia podía considerarse, en ese momento, bastante elevado, tratándose de un país latinoamericano, por cuanto no es sino a finales de los años 80 que la media de la región se aproximaba a 56% (M. Weinberger, 1990: 1). Durante el período transcurrido entre la ENF'77 y la ENSO'93, la tasa de prevalencia aumentó 6 puntos, lo que significa una variación de apenas 10%. Sin embargo, en los años 90, dicho indicador ha mostrado un cambio más acentuado, registrándose entre 1993 y 1998 un incremento en la tasa del orden de 18% (figura 1).

Figura 1
Porcentaje de mujeres en unión usuarias actuales de la contracepción según el número de años de instrucción. Años: 1977, 1993 y 1998.



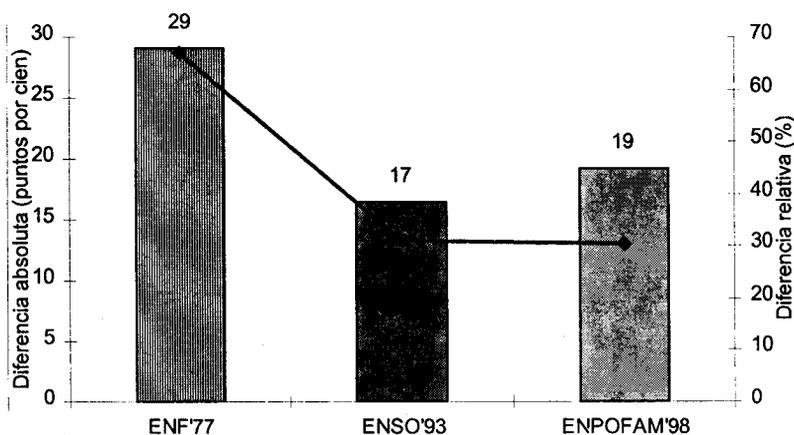
Fuentes: Cálculos propios basados en tabulaciones especiales de las encuestas: ENF'77, ENSO'93 y ENPOFAM'98.

- 2 Los porcentajes de utilización de la contracepción (o tasas de prevalencia) han sido estimados a partir de las mujeres en edad de procrear, quienes no estaban embarazadas y se encontraban en unión a la fecha de la encuesta. Aunque las mujeres esterilizadas no hayan estado expuestas a riesgo de embarazo, ellas han sido incluidas en la población de referencia en el sentido de que ellas utilizan un método de contracepción de la más alta eficacia.

Se debe destacar que el aumento de la tasa de prevalencia observado entre 1977 y 1993 es debido a la contribución de las mujeres menos instruidas (0 a 3 años), de hecho en el resto de las categorías de escolaridad dicho indicador muestra valores más bajos³. Ello llevó a una reducción de la diferencia absoluta en el recurso a la contracepción entre las más y las menos escolarizadas, pasando de 29 a 17 puntos de porcentaje, variación que se expresó en una reducción sustancial de la desigualdad en términos relativos, ya que la prevalencia entre quienes habían aprobado 10 años o más de instrucción resulta 31% más elevada que la de las mujeres menos instruidas, cuando al inicio del período de observación esa relación era del orden de 67%. Durante los años 90 no hay evidencias de continuidad de esa tendencia. Los resultados de la ENPOFAM'98 revelan que la brecha absoluta y relativa en el recurso a la contracepción se ha estancado, ya que el cambio ha sido proporcionalmente similar entre las menos y las más instruidas (figura 2).

Figura 2

Diferencias absolutas y relativas en la prevalencia de la contracepción entre las mujeres menos y más instruidas. Años: 1977, 1993 y 1998



Fuentes: Cálculos propios basados en tabulaciones especiales de las encuestas: ENF'77, ENSO'93 y ENPOFAM'98.

3 Esos menores niveles de prevalencia reportados por la ENSO'93 respecto a la ENF'77 pueden obedecer a las diferencias entre ambas encuestas en la forma de captar la información sobre la práctica actual de la contracepción. Esta última incluyó toda una batería de preguntas dirigidas a investigar el uso de anticonceptivos al momento de la entrevista, mientras que en la ENSO'93 hay sólo tres preguntas que dan cuenta de ello.

Este aumento de la prevalencia de la contracepción, entre las mujeres menos instruidas, puede ser, por una parte, una respuesta a los factores postulados por la hipótesis de la difusión, la cual supone que esas mujeres pertenecientes a las capas sociales menos favorecidas, por un proceso de imitación, han recurrido a los anticonceptivos a fin de evitar los nacimientos⁴. Es igualmente probable que la acentuación de las restricciones económicas haya servido de estímulo a ese proceso⁵. Sea asociada a los mecanismos de difusión y/o asociada a lo que se ha llamado el "malthusianismo de la pobreza" (M. Cosío, 1995: 411), el aumento en la utilización de la contracepción entre las menos favorecidas puede desarrollarse precisamente en la medida que esta población dispone de facilidades para obtener los métodos. Luego, cabe preguntarnos cuáles son las facilidades de acceso a la contracepción que ese grupo de mujeres encuentra en Venezuela. Este no es un aspecto muy conocido, se tiene la impresión que el programa de planificación familiar no parece haber contribuido notablemente en esta tendencia, entre otras razones por su baja cobertura y la inexistencia de actividades de promoción; se llega por consiguiente a pensar que, no obstante la precariedad de las economías familiares, la adquisición de los anticonceptivos se ha hecho una prioridad dada la motivación creciente en favor de una familia pequeña.

Con el propósito de tener una idea sobre la importancia de los servicios de planificación familiar del sector público, a continuación se examinan las distribuciones de usuarias de anticonceptivos según la fuente de suministro reportadas por la ENSO'93 y la ENPOFAM'98. Con relación al conjunto de todas las usuarias se revela una ligera disminución de aquéllas que obtienen el método de uso actual en establecimientos de salud de carácter público, lo cual puede esperarse en atención a la crisis persistente de los servicios de salud materno-infantil. De otra parte, destaca que entre las menos escolarizadas se observa un leve incremento del aprovisionamiento a través de los servicios públicos, hecho probablemente asociado con la necesidad de reducir los costos de la contracepción en medios donde las economías familiares se han deteriorado sustancialmente (cuadro 1).

La baja participación del sector público evidenciada en el cuadro 1 mueve a llamar la atención en torno a las dificultades crecientes que deben estar afrontando los grupos de población menos favorecidos para asumir los costos de la regulación de la fecundidad y sus implicaciones de diferente índole. En un trabajo sobre las decisiones reproductivas en un contexto restrictivo, realizado en los sectores populares de Buenos Aires, J. Balán

4 Como ha sido postulado por autores como: J. Cleland y Ch. Wilson, 1987; L. Rosero y J. Casterline, 1994; 1995; J. Bongaarts y S. Watkins, 1996; entre otros.

5 El análisis de la transición durante la crisis de los años 80 en América Latina ha dejado ver que la baja de la fecundidad puede ser una respuesta a la influencia de los factores de progreso o de crisis (J. M. Guzmán, 1990; M. E. Cosío, 1995; T. Castro y W. Njogu, 1994; J. De Carvalho y L. Rodríguez Wong, 1990).

y S. Ramos constatan que las restricciones económicas hacen difícil la práctica continua de la contracepción, por cuanto la inestabilidad y la precariedad de los ingresos de los hogares no permiten tener un poder de compra continuo (en el caso de los anovulatorios orales e inyectables) ni el desembolso de sumas considerables (en el caso del DIU) (J. Balán y S. Ramos, 1990:15). Esa problemática amerita ser analizada ampliamente por cuanto tiene implicaciones no sólo en el ejercicio de la vida sexual y reproductiva de las parejas sino que además genera tensiones que aumentan el ambiente de malestar en los núcleos familiares.

Cuadro 1

Venezuela. Distribución (porcentaje) de mujeres en unión usuarias de la contracepción 1/, según la escolaridad y las fuentes de suministro del método de uso actual. Años: 1993 y 1998.

Lugar de obtención del método actual	Años de instrucción				
	Total	0-3	4-6	7-9	10+
1998					
Farmacia	67	65	65	71	72
Ambulatorio	8	18	13	10	3
Hospital público	8	12	17	8	5
Hospital Seguro Social	1	0	1	1	1
Clínica privada	15	5	4	9	19
Otro	1	1	1	1	0
Nro. Mujeres	1374472	80227	306053	315363	784762
1993					
Farmacia	69	75	68	62	71
Ambulatorio	11	11	12	21	6
Hospital público	10	12	14	9	7
Hospital Seguro Social	1	1	1	1	1
Clínica privada	8	2	3	6	15
Otro	1	0	1	1	1
Nro. Mujeres	930554	92934	273922	177469	385889

Fuentes: ENSO'93 y ENPOFAM'98.

1/ Se excluye a las mujeres esterilizadas.

Transición, educación y desigualdad en la prevalencia de la contracepción

En las etapas tempranas de la transición, las diferencias en los niveles de prevalencia de la contracepción entre las mujeres menos instruidas y las más instruidas son más elevadas, sin embargo en el curso de la transición esas brechas tienden a disminuir en la medida que la utilización de los métodos contraceptivos se generaliza a toda la población (M. Weinberger et al, 1989:14; United Nations, 1995: 88; T. Castro y W. Njogu, 1994: 113). En seis países latino-americanos (Colombia, República Dominicana, Ecuador, México, Perú y Trinidad y Tobago), G. Rodríguez constata, a partir de un análisis de regresión, esa tendencia y demuestra también, por medio de un modelo simple de difusión social, que la noción de regulación de la fecundidad pasa de manera progresiva de una grupo a otro con un ritmo de diseminación que es casi proporcional al número de personas que practican la contracepción (G. Rodríguez, 1990: 2).

Esa convergencia en el comportamiento contraceptivo es igualmente puesto en evidencia cuando se observan las tasas de prevalencia de los países seleccionados en el cuadro 2, entre los cuales el aumento más importante se produce entre las mujeres sin instrucción. Particularmente, la reducción de las brechas es más remarcable en Colombia y República Dominicana. En cuanto a México, Ecuador y Perú, la desigualdad se ha hecho menor pero el porcentaje de utilización de la contracepción entre las más instruidas es todavía claramente más elevado que el registrado entre las mujeres sin instrucción.

Las estimaciones derivadas de las encuestas más recientes nos permiten reconfirmar la apreciación anterior: *las desigualdades en el recurso a la contracepción son menores para los países más avanzados en la transición, por cuanto las ganancias más grandes se han producido entre las mujeres sin instrucción*. De esta forma, se encuentran unos países tales como: Colombia, República Dominicana, Brasil y Venezuela donde la desigualdad oscila entre 30% y 60%, mientras que al otro extremo, en Guatemala, Bolivia y Haití, la utilización de la contracepción puede ser dos a cuatro veces más elevada entre las más instruidas en comparación con las mujeres que no han ido a la escuela (cuadro 3). Nos parece interesante llamar la atención sobre ese grupo de cuatro países cuya transición es más avanzada, porque ellos han conocido trayectorias diferentes en lo que concierne a los programas de planificación familiar. Colombia y República Dominicana han tenido unos programas bastante fuertes a diferencia de los casos de Brasil y Venezuela.

Cuadro 2**América Latina (6 países). Evolución de la diferencia en la prevalencia de la contracepción^{1/} entre las mujeres sin instrucción y las más instruidas**

Países	Año	Porcentaje de utilización de la contracepción					Año	Porcentaje de utilización de la contracepción				
		EMF	TGF	E s c o l a r i d a d		D i f e r e n c i a		EDS	TGF	E s c o l a r i d a d		D i f e r e n c i a
				0	10+					Abs.	Rel.(%) ^{2/}	
Colombia	1976	4.7	28	79	51	182	1986	3.3	60	80	20	33
R. Dominicana	1975	5.7	24	70	46	192	1986	3.8	43	66	23	53
Ecuador	1979	5.3	16	71	55	344	1987	4.3	22	67	45	205
México	1976	6.2	19	75	56	295	1987	4.1	31	83	52	168
Perú	1977-78	5.6	17	72	43	324	1986	4.5	24	76	43	217
Venezuela ^{3/}	1977	4.4	40	73	33	83						

Fuentes: T. Castro y W. Njogu, 1994: 108-109 (cuadro 2).

1/ Estimada a partir de las mujeres de 15 a 49 años, no encintas y que viven en parejas al momento de cada encuesta. En el caso de Venezuela, la información está disponible para las mujeres de 15 a 44 años.

2/ La diferencia relativa es igual a : [(Prevalencia(10+)/Prevalencia(0))-1]* 100.

3/ La información para 1977 proviene de tabulaciones especiales de la ENF'77. Para los años 80, no existe información.

Cuadro 3

América Latina (10 países). Desigualdad de la prevalencia de la contracepción entre las mujeres sin instrucción y las más instruidas. Años:1989-96.

Países 1/	Año	TGF	Total	Mujeres		Diferencia 5/	
				sin instrucción 3/	superior o más 4/	Abs.	Rel.(%)
Brasil	1996	2.5	74	55	90	35	63
Bolivia	1989	4.9	30	12	53	41	359
	1998	4.2	48	19	65	46	236
Colombia	1995	3.0	72	58	77	19	33
Guatemala	1991	5.1	31	14	72	58	411
Haití	1994-95	4.8	18	11	34	23	203
Nicaragua	1992-93	4.6	49	29	69	41	142
Paraguay	1990	4.7	48	31	62	32	103
	1995-96	4.4	51	33	64	32	98
Perú	1991-92	3.5	59	35	73	38	110
	1996	3.5	64	38	75	37	97
R. Dominicana	1996	3.2	64	53	71	17	33
Venezuela 2/	1993	2.7	66	42	67	25	60
	1998	2.4	78	61	84	24	39

Fuentes: 1/ EDS. Informes de los países respectivos.

2/ ENSO'93 y ENPOFAM'98.

3/ Las mujeres sin instrucción en el caso de Paraguay corresponde a la categoría 0 a 2 años.

4/ La categoría de las mujeres más instruidas es diferente en los países siguientes: Bolivia (media o más), Haití y Paraguay (secundaria o más).

5/ Estimada a partir de la expresión indicada en la nota 2 del cuadro 2.

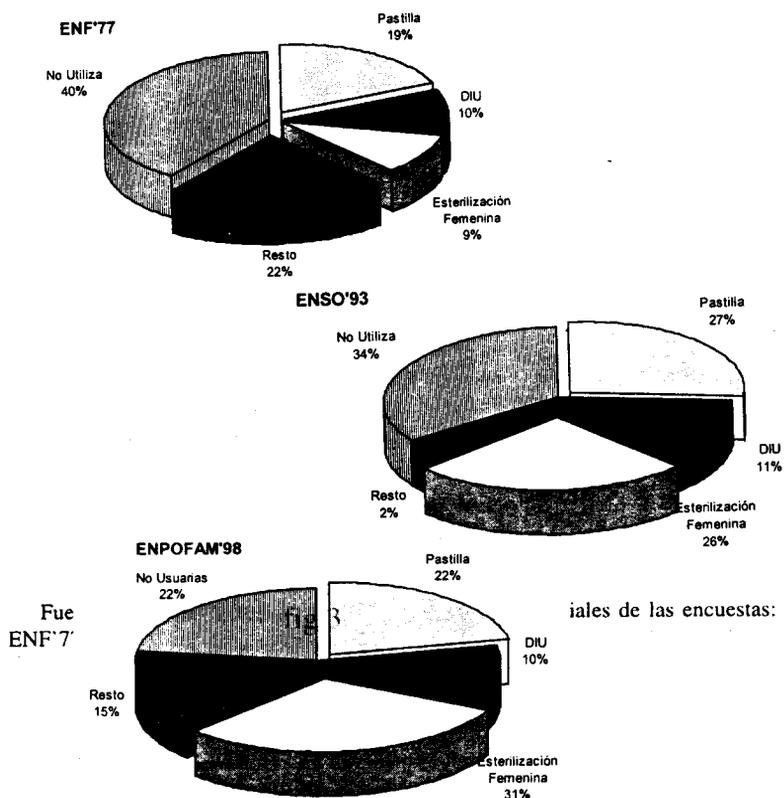
Los métodos de uso actual: Aumenta su prevalencia la esterilización femenina

En Venezuela, al igual que en otros países, en una primera etapa la oferta de anticonceptivos modernos se ha concentrado sobre la píldora, la cual era a mediados de los años 70 el método utilizado por una gran mayoría de mujeres. Luego, la oferta de esos métodos se amplificó gracias a la aparición del DIU (dispositivo intra-uterino), cuya aceptación creciente lo llevó a constituir el segundo método con más alto porcentaje de usuarias. Esos dos métodos concentraban casi la mitad de la prevalencia total de la contracepción registrada al momento de la ENF'77 (29%). Entre 1977 y 1993, se

constata un aumento del porcentaje de mujeres en unión usuarias de la píldora (24%) o el DIU (13%); sin embargo, el hecho más importante es el crecimiento notable de la esterilización femenina, cuyo porcentaje de utilización se ha prácticamente triplicado, pasando de 9% a 24% (figura 3). Así, en 1993, la esterilización femenina y la píldora eran los métodos de mayor uso con casi tres cuartos de la prevalencia total. Ese incremento de la esterilización continúa y, en 1998, poco más de tres de cada diez usuarias han optado por este método.

Figura 3

Distribución (en porcentaje) de las mujeres en unión según el método de contracepción utilizado. Años :1977, 1993 y 1998.

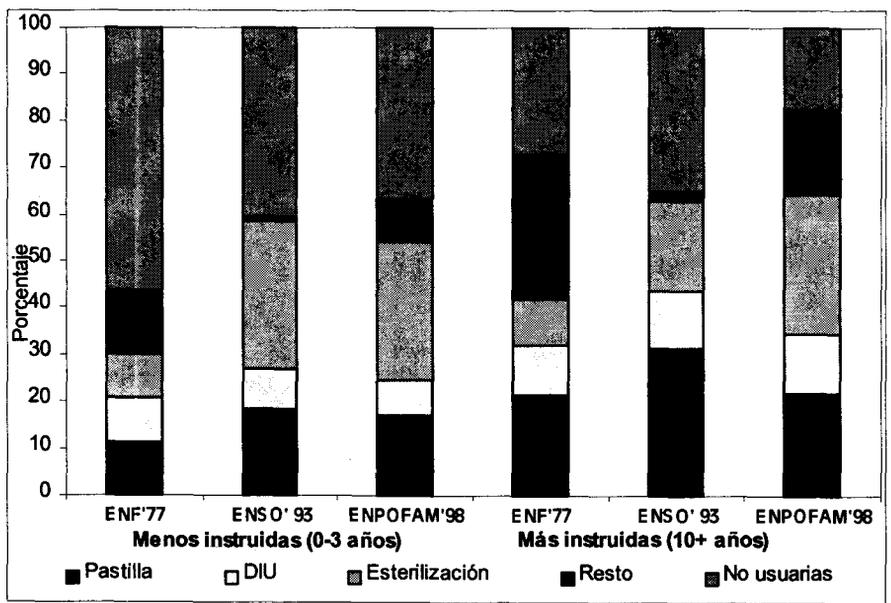


Fuentes: Cálculos propios basados en tabulaciones especiales de las encuestas: ENF'77, ENSO'93 y ENPOFAM'98.

Ese esquema de variación en la prevalencia por tipo de métodos se constata entre las mujeres menos y más instruidas. En ambos grupos se manifiesta una clara tendencia al predominio de la esterilización femenina, quedando las pastillas como segunda opción más utilizada para evitar los embarazos (figura 4).

Figura 4

Distribución (en porcentaje) de las mujeres en unión menos y más instruidas según el método de contracepción utilizado. Años :1977, 1993 y 1998



Fuente: Cuadro 4.

Cuadro 4

Distribución (en porcentaje) de las mujeres en unión menos y más instruidas según el método de contracepción utilizado. Años :1977, 1993 y 1998

Años de instrucción	Tipo de Método					No Usuarías
	Usuarías	Pastilla	DIU	Esterilización Femenina	Resto	
ENF'77	60	19	10	9	22	40
0-3	44	11	9	9	14	56
4-6	65	20	11	10	24	35
7-9	71	27	11	8	24	29
10+	73	21	10	10	31	27
ENSO'93	66	27	11	26	2	34
0-3	60	19	8	32	1	40
4-6	68	26	10	31	1	32
7-9	70	28	11	29	2	30
10+	65	31	12	19	2	35
ENPOFAM'98	78	22	10	30	15	22
0-3	63	17	7	30	9	37
4-6	75	22	10	32	12	25
7-9	78	25	8	28	17	22
10+	82	22	13	30	18	18

Fuentes: Cálculos propios basados en tabulaciones especiales de las encuestas: ENF'77, ENSO'93 y ENPOFAM'98.

La educación y la prevalencia de la esterilización en el curso de la transición

El aumento de la prevalencia de la esterilización femenina en Venezuela ha sido notable, sin embargo no ha llegado todavía a los niveles elevados alcanzados actualmente en Brasil (40%) o República Dominicana (41%) (cuadro 2). Al respecto, la experiencia de nuestro país parece estar más próxima de la práctica que se hace en Colombia, incluso teniendo en cuenta las diferencias según la escolaridad de las mujeres. En los dos países, la brecha en la prevalencia de la esterilización entre las mujeres sin instrucción y las que han alcanzado la enseñanza superior o más es reducida. Al contrario, en Brasil, la utilización de la esterilización es más frecuente entre las mujeres que no han asistido a la escuela, donde la prevalencia es 10 puntos porcentuales más elevada que la observada entre las más instruidas⁶.

En las etapas iniciales de la transición el recurso a la esterilización puede ser más frecuente entre las mujeres más instruidas, en la medida que ellas disponen de más información y de facilidades de acceso a ese tipo de servicios; sin embargo, posteriormente, la esterilización tiende a ser cada vez más adoptada por las menos instruidas, al punto que la prevalencia de ese método puede exceder a la observada entre las más instruidas. Las estimaciones realizadas por J. McCarthy han mostrado que, en los años 70, en Colombia y República Dominicana, el porcentaje de esterilizadas que superaban los 5 años de instrucción, duplica prácticamente al de las mujeres sin instrucción, a diferencia de lo que ocurría en Costa Rica - un país más avanzado en su transición -, donde la brecha en la prevalencia de la esterilización era claramente menor y en favor de las mujeres que no habían ido a la escuela (J. McCarthy, 1982: 194-195).

Las estimaciones más recientes confirman esas tendencias en los casos de Brasil, Colombia, República Dominicana y Venezuela. Sin embargo, hay algunas variaciones que nos revelan las particularidades de las experiencias de ciertos países (cuadro 5). Por ejemplo, en Guatemala y Bolivia, los cuales están en una fase inicial de su transición, las brechas en la prevalencia de la esterilización son acentuadas pero a unos niveles diferentes: el recurso a ese método es más frecuente en Guatemala. En Perú, la transición ha avanzado sin un recurso elevado a la esterilización (8%), la cual sigue siendo menos frecuente entre las mujeres sin instrucción (4%). Paraguay es igualmente un país cuya transición avanza con una reducida utilización de ese método (7%), sin embargo, en ese caso, la brecha en función de la escolaridad es mínima.

6 Esa diferencia, reflejada por la EDS'96, no confirma las conclusiones, sobre una asociación positiva entre el estatus social -medido por la educación y el ingreso- y la propensión a la esterilización, aportadas en los estudios citados por J. Carvalho y L. Wong los cuales han sido realizados a partir de encuestas más remotas (J. Carvalho y L. Wong, 1990: 13-14).

Cuadro 5
América Latina (10 países). Prevalencia de la esterilización entre las mujeres sin instrucción y las más instruidas. Años 1989-1998.

País 1/	Año	Total	Nivel de Instrucción		
			Ninguno	Superior o más 3/	Diferencia Abs.
Brasil	1996	40	46	36	-10
Bolivia	1989	4	1	7	6
	1998	7	4	8	5
Colombia	1995	26	29	25	-3
Guatemala	1991	14	9	24	15
Haití	1994-95	3	4	2	-2
Nicaragua	1992-93	19	16	16	0
Paraguay	1990	7	7	9	1
	1995-96	7	9	8	-1
Perú	1991-92	8	4	10	6
	1996	10	7	10	4
R. Dominicana	1996	41	43	38	-4
Venezuela 2/	1993	25	25	26	1
	1998	31	26	30	4

Fuentes: 1/ EDS. Informes de los países respectivos.

2/ ENSO'93 y ENPOFAM'98.

3/ En Bolivia, Haití y Paraguay se ha considerado la categoría "secundaria o más".

En Venezuela, si bien en los servicios de planificación familiar las actividades de promoción de la contracepción son prácticamente nulas, las redes personales deben estar jugando un rol importante en los procesos de difusión de la regulación de la fecundidad. En lo que concierne a la esterilización, es posible que las madres, quienes en el pasado confrontaron restricciones materiales y morales para limitar su descendencia, estimulen hoy a sus hijas a someterse a una operación de ligadura o de oclusión tubárica. De otra parte, ese método anticonceptivo tiene cada vez mayor aceptación social, de modo que habrá más mujeres esterilizadas dispuestas a hablar libremente, e incluso a transmitir informaciones sobre las ventajas de dicho método, sobre los lugares donde es practicado o sobre su costo.

Actualmente, la esterilización ha encontrado otro mecanismo de difusión. La política gubernamental en salud inscrita dentro de lo que se ha llamado el Plan Bolívar 2000, ha sacado, -se espera que de manera provisional- la práctica de la esterilización femenina del ámbito del programa de salud materno-infantil en la medida que la incorpora a sus operativos de "emergencia", con lo cual está reduciendo la atención en esta materia a la mera intervención quirúrgica, descuidando así los controles pre-

operatorios y las actividades de información a las mujeres sobre el tipo de operación, sus implicaciones a nivel físico, psíquico y familiar.

Recientemente, la ENPOFAM'98 ha prestado especial atención a la investigación de cuestiones relacionadas con la esterilización lo cual ha permitido conocer algo más sobre este tema. En relación a la edad de las mujeres al momento de la operación, los resultados indican que 8% de las esterilizadas se sometieron a este tipo de intervención antes de los 25 años mientras que 47% lo hizo entre los 25 y 35 años. Si se considera la escolaridad alcanzada por las mujeres se encuentra que entre las más instruidas la mayor parte de las esterilizaciones tuvieron lugar después de los 35 años, durante la etapa del ciclo vital en la que se tiende a poner término a las funciones reproductoras; mientras que una frecuencia mayor de las esterilizaciones precoces, antes de los 25 años, se registraron entre las menos instruidas (cuadro 6).

Por otra parte, la distribución de las mujeres esterilizadas según el lugar de la operación y la escolaridad alcanzada revela claramente que entre las menos instruidas, aproximadamente nueve de cada diez, han hecho uso de los servicios hospitalarios públicos al decidir una intervención quirúrgica de ligadura (cuadro 7).

Cuadro 6

Distribución (en porcentaje) de las mujeres de 15 a 49 años esterilizadas por edad al momento de la operación según años de escolaridad. Año: 1998

Años de Escolaridad	Total	Edad al momento de la operación		
		<25	25 a 34	35 a 39
0-3	95.997	7	44	49
4-6	294.615	10	44	45
7-9	234.009	13	53	35
10-12	263.841	6	56	38
13+	173.119	1	36	64

Fuente: Cálculos propios basados en tabulaciones especiales de la ENPOFAM'98.

Cuadro 7

Distribución (en porcentaje) de las mujeres de 15 a 49 años esterilizadas por edad al momento de la operación según lugar donde se efectuó la operación. ENPOFAM'98.

Lugar de la operación	Años de Escolaridad				
	0-3	4-6	7-9	10-12	13+
Ambulatorio	2	2	3	2	1
Hospital público	72	68	54	30	20
Clínica privada	11	18	28	57	69
Otro	0	1	5	2	1
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Cálculos propios basados en tabulaciones especiales de la ENPOFAM'98.

Descomposición de la variación en la prevalencia de la contracepción

La prevalencia de la contracepción puede aumentar, de una parte, a causa de una variación en la composición según el nivel de instrucción alcanzado, y por consiguiente en razón de un aumento en la proporción de las mujeres que pertenecen, a las categorías de escolarización más elevadas donde las tasas de prevalencia son más altas. De otra parte, la variación puede ser debida a un aumento de la utilización de la contracepción entre las menos escolarizadas, probablemente como expresión de un proceso de difusión que ha conducido a una convergencia del comportamiento contraceptivo en todos los grupos, cualquiera sea la escolaridad, sin rechazar la posibilidad de que ello pueda responder igualmente a una acción intencional de los programas de planificación familiar en razón de que su interés se centra normalmente sobre los grupos menos favorecidos.

Con la finalidad de identificar la contribución de uno o de otro componente en la variación observada en la prevalencia de la contracepción, en el curso del período transcurrido entre las tres encuestas que nos aportan la información para nuestro análisis, hemos aplicado el procedimiento de descomposición de la variación de las tasas utilizado por M. Weinberger et al. (1989)⁽¹⁾. Los resultados son presentados en los cuadros 8, 9 y 10, pero antes de pasar a comentarlos se debe señalar que las disminuciones en las tasas de prevalencia reportadas por la ENSO'93—antes se hizo referencia a ellas—, están afectando el ejercicio de descomposición para el período 1977-93 dando cuenta de una contribución negativa de las tasas. Frente a esa limitación hemos optado por presentar los resultados obtenidos para los períodos 1977-93 y 1993-98, no obstante

que nuestro análisis lo restringimos al período 1977-98 con el propósito de dejar fuera la distorsión que puede estar ocasionado la información referida a 1993.

A pesar del importante cambio en la composición según la educación observado entre las mujeres venezolanas⁽¹⁾, ese factor no contribuye sino moderadamente al aumento de la prevalencia de la contracepción (36%). Por consiguiente es el incremento de las tasas de utilización de la contracepción, particularmente entre las mujeres menos instruidas, el factor que ha contribuido de manera decisiva. El mismo ha sido responsable de 73% de la variación registrada en el nivel de prevalencia entre 1977 y 1998 (cuadro 10). Esto significa que de los 17 puntos de aumento que registró la tasa de prevalencia, 11 puntos se deben al incremento mismo de la prevalencia en cada categoría de escolaridad, mientras que los 6 puntos restantes se deben al aumento en la proporción de mujeres en las categorías de mayor escolaridad donde son más altos los niveles de prevalencia.

Cuadro 8

Descomposición de la variación de la prevalencia de la contracepción entre 1977 y 1993, identificando los cambios debidos a: las tasas, la educación y la interacción.

	Años de instrucción				Total	%	
	0-3	4-6	7-9	10+			
R (ENF'77)	43.5	64.8	71.3	72.6	60.3		
R (ENSO'93)	53.0	61.4	68.6	69.5	66.0		
Diferencia 93-77=DR(93-77)	9.474	-3.408	-2.694	-3.122	5.7		
% pobl.ENF'77=Ed(77)	0.220	0.391	0.227	0.161			
% pobl.ENSO'93=Ed(93)	0.113	0.274	0.195	0.418			
Diferencia 93-77=DEd(93-77,i)	-0.107	-0.117	-0.032	0.257			Cambio
DR(93-77,i) * Ed(77,i)	2.085	-1.334	-0.612	-0.503	-0.4	-15	tasas
R(77,i) * DEd(93-77,i)	-4.670	-7.607	-2.278	18.633	4.1	171	educación
DR(93-77,i) * DEd(93-77,i)	-1.016	0.400	0.086	-0.801	-1.3	-56	interacción

Fuente: Cálculos propios.

Cuadro 9

Descomposición de la variación de la prevalencia de la contracepción entre 1993 y 1998, identificando los cambios debidos a: las tasas, la educación y la interacción.

	Años de instrucción				Total	%	
	0-3	4-6	7-9	10+			
R (ENSO'93)	53.0	61.4	68.6	69.5	66.0		
R (ENPOFAM'98)	63.3	74.6	78.3	82.6	77.7		
Diferencia 98-93=DR(98-93)	10.296	13.140	9.663	13.036	11.7		
% pobl.ENSO'93=Ed(93)	0.113	0.274	0.195	0.418			
% pobl.ENPOFAM'98=Ed(98)	0.079	0.192	0.242	0.488			
Diferencia 98-93=DEd(98-93,i)	-0.034	-0.083	0.047	0.070			Cambio debido a
DR(98-93,i) * Ed(93,i)	1.162	3.602	1.887	5.446	12.1	92	tasas
R(93,i) * DEd(98-93,i)	-1.815	-5.075	3.222	4.860	1.2	9	educación
DR(98-93,i) * DEd(98-93,i)	-0.353	-1.085	0.454	0.911	-0.1	-1	interacción

Fuente: Cálculos propios.

Cuadro 10

Descomposición de la variación de la prevalencia de la contracepción entre 1977 y 1998, identificando los cambios debidos a: las tasas, la educación y la interacción.

	Años de instrucción				Total	%	
	0-3	4-6	7-9	10+			
R (ENF'77)	43.5	64.8	71.3	72.6	60.3		
R (ENPOFAM'98)	63.3	74.6	78.3	82.6	77.7		
Diferencia 98-77=DR(98-77)	19.8	9.7	7.0	9.9	17.4		
% pobl.ENF'77=Ed(77)	0.220	0.391	0.227	0.161			
% pobl.ENPOFAM'98=Ed(98)	0.079	0.192	0.242	0.488			
Diferencia 98-77=DEd(98-77,i)	-0.142	-0.200	0.015	0.326			Cambio debido a
DR(98-77,i) * Ed(77,i)	4.351	3.809	1.584	1.598	11.3	73	tasas
R(77,i) * DEd(98-77,i)	-6.161	-12.963	1.070	23.710	5.7	36	educación
DR(98-77,i) * DEd(98-77,i)	-2.797	-1.946	0.105	3.236	-1.4	-9	interacción

Fuente: Cálculos propios.

Este resultado coincide con los obtenidos por M. Weinberger et al. con relación a la Colombia, República Dominicana y Ecuador. Perú constituye una excepción, dado que tanto el porcentaje de cambio debido a las tasas como el debido a la educación son de la misma amplitud (cuadro 9). Desafortunadamente, una estricta comparación no es posible, por cuanto en el caso de Venezuela el período de referencia es más amplio dado que no disponemos de encuestas realizadas en los años 80.

Nos parece sin embargo interesante subrayar que en esos tres países así como en Venezuela está claramente evidenciado, que si la escolaridad de las mujeres no se hubiera modificado en el curso del período que separa las dos encuestas, el aumento mismo de las tasas de utilización de la contracepción el interior de cada categoría de escolaridad daría cuenta de 70% a 90% del cambio total del nivel de prevalencia.

Cuadro 11

América Latina (5 países). Descomposición de la variación de la prevalencia de la contracepción identificando los cambios debidos a: las tasas, la educación y la interacción.

País	Prevalencia de la contracepción(1)		Var. abs.	Cambio debido a:			% Cambio debido a:			Total
	EMF	EDS		Edu- Tasa	Inter- acción	Edu- acción	Inter- acción	Tasa	Edu- acción	
Colombia	43	65	22	20	5	-3	90	22	-11	100
R. Dominicana	32	50	18	16	6	-3	88	31	-20	100
Ecuador	34	44	10	8	4	-1	73	36	-10	100
Perú	31	46	15	7	7	0	49	49	2	100
Venezuela 2/	49	58	9	6	3	0	71	32	-4	100
	60	78	17	11	6	-1	73	36	-9	100

Fuentes: M. Weinberger et al., 1989: 13.

1/ Estimada sobre las mujeres de 15-49 años en unión a la fecha de la encuesta, a excepción de Venezuela donde se ha considerado a las mujeres de 15-44 años.

2/ Venezuela no ha participado en el programa de las EDS, los datos utilizados corresponden a la ENSO'93 y la ENPOFAM'98.

T. Castro y W. Njogu han trabajado igualmente sobre estos países, agregando además a México, realizando un ejercicio de descomposición de la evolución del comportamiento contraceptivo a través de la aplicación de una técnica de regresión. Sus resultados muestran también que en Colombia, e incluso en México, la expansión más fuerte de la contracepción es atribuible al cambio de las tasas de prevalencia, mientras que el mejoramiento del nivel de instrucción de las mujeres es el factor que tiene la incidencia más alta en Ecuador y Perú (T. Castro y W. Njogu, 1994: 122).

A modo de síntesis, se puede decir que Venezuela llegó a alcanzar a mitad de los años 70, una prevalencia elevada de la contracepción sin disponer sin embargo de un programa de planificación familiar ampliamente apoyado por las esferas gubernamentales. A finales de los años 90 cerca de cuatro de cada cinco mujeres en unión utilizaban algún método para regular su fecundidad, no obstante la reducida cobertura del programa de planificación familiar. De manera que la decisión de controlar los nacimientos, aun en los grupos sociales más desfavorecidos, está respondiendo a cambios de la conducta reproductiva que no han sido inducidos desde dicho programa y que determinan unos requerimientos de atención cuyo costo está siendo asumido, en buena medida, por los individuos. Es por ello que una de las reflexiones formuladas en el curso de este trabajo llamaban la atención sobre *cuáles pueden ser las perspectivas de los grupos en situación de pobreza de satisfacer su demanda en materia de contracepción, en el contexto actual de deterioro de las economías familiares.*

A nuestro juicio, los cambios en los niveles de prevalencia de la contracepción alcanzados en Venezuela están muy ligados con *la rápida modernización* que ha dado lugar a una modificación sustancial de los valores y actitudes frente a la procreación y que ha llevado a una aceptación generalizada del uso de anticonceptivos, la cual se refleja en la tendencia a brechas reducidas de prevalencia entre los grupos sociales. Por otra parte, se debe señalar que, en ausencia de campañas de planificación familiar dirigidas a informar a la población sobre los temas de la reproducción, incluido el control de los nacimientos, *el uso creciente de los servicios de salud* ha debido jugar un rol determinante⁷, por cuanto ello ha permitido el acercamiento de la población a los médicos y a otros profesionales de la salud. Este último factor, aunado a la propagación de ideas que se desarrolla a través de las mujeres que ya usan la contracepción, son probablemente dos importantes medios de difusión que ameritan ser analizados más exhaustivamente.

Referencias Bibliográficas

- ADEODATO, G. (1995) "Difusión de prácticas para limitar la procreación: momentos, mecanismos y determinantes", *Notas de Población*, No. 61.
- BALÁN, J. y Ramos, S. (1990), "Las decisiones reproductivas en un contexto restrictivo: El caso de los sectores populares de Buenos Aires", *Seminar on fertility transition Latin America*, IUSSP-CELADE-CENEP, Buenos Aires 3-6 April 1990.

7 El incremento de la población que utiliza los servicios de salud ha sido reconocido como un factor importante en el aumento del recurso a la contracepción en estudios sobre Brasil, México y otros países latinoamericanos (G. Adeodato, 1995 :15 ; G. Martine, 1996 :59-60 ; A. Mundigo, 1990).

- BONGAARTS, J. y WATKINS, S (1996), "Social interactions and contemporary fertility transitions", *Population and Development Review*, Vol. 22, No. 4.
- CASTRO, T. y NJOGU, W. (1994), "Un décennie de changements en matière de contraception en Amérique Latine: Une analyse à plusieurs variables", en *Bulletin de la population des Nations Unies*, No. 36.
- CLELAND, J. y WILSON, Ch. (1987), "Demand theories of the fertility transition: An iconoclastic view", *Population Studies*, No. 41.
- COSIO-ZAVALA, M. (1995), "Inégalités économiques et sociales et transitions de la fécondité en Amérique Latine" en *Transitions démographiques et sociétés Chaire Quetelet 1992*, Université Catholique de Louvain, Institut de Démographie, Académia/L'Harmattan.
- DE CARVALHO, J. y WONG, L. R. (1990), "La transición de la fecundidad en el Brasil. Causas y consecuencias", *Seminar on fertility transition Latin America*, IUSSP-CELADE-CENEP, Buenos Aires, 3-6 April 1990.
- MARTINE, G. (1996), "Brazil's fertility decline, 1965-95: A fresh look at key factors", *Population and Development Review*, Vol. 22, No. 1.
- MCCARTHY, J. (1982), "Contraceptive sterilization in four Latin American countries", *Journal Biosocial Science*, Vol. 14.
- MUNDIGO, A. (1990), "The role of family planning programmes in the fertility transition of Latin America", *Seminar on fertility transition Latin America*, IUSSP-CELADE-CENEP, Buenos Aires 3-6 April 1990.
- RODRÍGUEZ, G. (1990), "The spacing and limiting components of the fertility transition in LATIN America" Paper presented at the CELADE/IUSSP Seminar on *Fertility Transition in Latin America*, Buenos Aires, 3-6 april.
- ROSETO, L. y CASTERLINE, J. (1994), "Interaction diffusion and fertility transition in Costa Rica", *Social Forces* 73, No. 2.
- : (1995) "Difusión por interacción social y transición de la fecundidad: Evidencia Cuantitativa y Cualitativa en Costa Rica", *Notas de Población*, No. 61.
- UNITED NATIONS (1995), *Women's education and fertility behavior. Recent evidence from the Demographic and Health Surveys*, Division Departement for Economic and Social Information and Policy Analysis. Population Division (ST/ESA/SER.R /137), New York.
- WEINBERGER, M., LLOYD, C. y BLANC, K. (1989), "Women's education and fertility: A decade of change in four Latin American countries" en *International Family Planning Perspectives*, Vol. 15, No. 1.
- WEINBERGER, M. (1990), "Changes in the mix of contraceptive methods during fertility decline: Latin America and the Caribbean", *Seminar on fertility transition Latin America*, IUSSP-CELADE-CENEP, Buenos Aires.