

Hacia una tasa de reemplazo: programas y políticas que afectaron el curso de la fecundidad en Brasil

Ignez H. O. Perpétuo y Laura Rodríguez Wong

Universidad Federal de Minas Gerais

Resumen

La fecundidad en Brasil ha disminuido rápidamente, posicionándose en torno de la tasa de reemplazo antes de 2005. Esta transición fue producto de un complejo conjunto de transformaciones en las que el Estado brasileño tuvo —directa o indirectamente— un papel destacado. Este trabajo describe la evolución de la fecundidad brasileña y discute el rol del Estado en su descenso. Una serie de hallazgos correlatos son recopilados, dentro de los cuales se destaca la trayectoria de la fecundidad, incorporando nuevas evidencias producto de una reinterpretación del inicio del descenso de la fecundidad, para lo cual se usó información sobre cohortes de mujeres en vez de datos transversales, y datos recientes que señalizan la generalización de este descenso. Describe, además, la influencia del Estado en todo este proceso en aspectos como el cambio en las preferencias reproductivas, la demanda para regular la fecundidad y la oferta de anticoncepción.

Palabras clave transición demográfica, fecundidad, política de población, preferencias reproductivas, anticoncepción, Brasil.

Abstract

Towards a replacement rate: programs and policies which affected the fertility course in Brazil

Fertility in Brazil has diminished until reaching replacement levels by 2005. It was a dramatic fall caused by a complex symbiosis of institutional transformations, in which the Brazilian State had, direct or indirectly, an important role. The paper describes the evolution of the Brazilian fertility and discusses the influence of the State in these changes. A number of correlated findings are mentioned considering two aspects. On one hand, the fertility trend, incorporating new evidences that emerged by using a cohort approach instead of the longitudinal data; in doing so, the more recent data show a generalized downwards trend. On the other hand, it describes the influence of the State over the transition period in aspects like changes in reproductive preferences, demand for fertility regulation and contraception methods supply.

Key words: demographic transition, fecundity, population policy, reproductive preferences, contraception, Brazil.

Introducción

Tal como ocurre en la mayoría de los países de América Latina, la fecundidad en el Brasil ha disminuido más rápidamente de lo esperado, siendo probable que antes de 2005 llegue al nivel de reemplazo. Se

trata de una de las más intensas disminuciones observadas en tiempos modernos en países de gran tamaño poblacional, lo cual es considerado un proceso impresionante por una serie de características. Primero, el inicio del descenso de la fecundidad fue simultáneo a una fase de gran crecimiento económico, y su ritmo se mantuvo (y hasta se intensificó) en periodos de crisis económica. En segundo lugar, la generalización del proceso de reducción ha alcanzado inclusive a los excluidos —como la población rural o los menos educados— que no habían sido afectados, por lo menos directamente, por los cambios estructurales. En tercer lugar, esta transición se ha dado en ausencia de una política explícita de control del crecimiento poblacional o de planificación familiar y se ha viabilizado a través de dos métodos anticonceptivos altamente eficaces: la esterilización y la anticoncepción, en ese orden de importancia.

La transición de la fecundidad en el Brasil resultó de un complejo conjunto de transformaciones económicas, sociales, culturales e institucionales, en las que el Estado brasileño tuvo, directa o indirectamente, un papel destacado.

Este estudio describe la evolución de la fecundidad brasileña y discute el rol del Estado en su descenso. Así, una serie de hallazgos relativos a los aspectos mencionados son recopilados, destacándose dos aspectos. Por un lado, la trayectoria de la fecundidad, incorporando nuevas evidencias, producto de una relectura del inicio del descenso de la fecundidad, para la cual se usó información sobre cohortes de mujeres en vez de datos transversales y datos recientes que señalizan la generalización de este descenso. Por otro lado, describe panorámicamente la influencia del Estado en todo este proceso en aspectos como el cambio en las preferencias reproductivas, la demanda para regular la fecundidad y la oferta de anticoncepción.

Con este objetivo, la primera sección describe brevemente la transición de la fecundidad iniciada al final de la década de 1960; examina estimaciones de cohortes y de periodo y muestra evidencias recientes de la tendencia generalizada de extrema baja fecundidad. La segunda sección se detiene en dos de los aspectos más relevantes en la transición de la fecundidad brasileña: las preferencias reproductivas y la anticoncepción. Seguidamente, se considera la influencia del Estado en tres esferas. En primer lugar, acciones gubernamentales en pro del desarrollo y la modernización, discutiéndose la manera en que estas transformaciones habrían afectado los cambios en las preferencias reproductivas y la demanda por planificación familiar. En seguida se revisa la interpretación de Faria (1989) sobre las políticas y programas que tuvieron consecuencias no anticipadas en la conducta reproductiva al promover, intensificar y difundir el

proceso de cambio institucional que provocó la generalización de la demanda para controlar la fecundidad. Finalmente, se documenta la evolución de la posición del Estado en relación con la planificación familiar y se discuten las consecuencias de esta posición en términos de las condiciones de salud reproductiva de las mujeres, del padrón anticonceptivo del país y del proceso de reducción de la fecundidad.

La evolución de los niveles de fecundidad en Brasil

El final de la década de 1960 es, sin duda, el marco del inicio de la transición de la fecundidad en Brasil. Existen varios estudios que, utilizando medidas de periodo, así lo constatan.¹

Al entrar en la década de 1970, la tasa global de fecundidad (TGF) se situaba en torno de seis, después de haber mostrado una pequeña pero sostenida tendencia de descenso en las primeras décadas del siglo XX y cierta recuperación de sus niveles en determinadas zonas durante la década de 1950 (Frias y Carvalho, 1994). A partir de entonces se dio una abrupta disminución hasta llegar a la década de 1990 con un número medio de hijos por mujer definitivamente abajo de tres, con una reducción superior a 50 por ciento en dos décadas. En 2000, de acuerdo con datos censales, la TGF del país fue de 2.3.

Las cinco grandes regiones que componen el país —que son sabidamente diferentes en términos sociales, económicos y aun ambientales—² presentaron una gran variación con relación al inicio y al ritmo de esta transición. No obstante, también presentaron una fuerte tendencia de convergencia. En 1970 existía una diferencia de 3.3 hijos entre los niveles extremos —son los mayores valores para las regiones menos desarrolladas, con tasas próximas a ocho hijos por mujer; en 2000, la diferencia, persistiendo, disminuyó en dos tercios, siendo los niveles extremos 2.1 y 3.2 (IBGE, 2002).

Esta trayectoria se puede ver mejor al considerar las cohortes involucradas en este proceso y el contexto que las rodeó. El documentado descenso de la fecundidad se operó, ciertamente, en una población que experimentó cambios demográficos anteriores a la reducción de la fecundidad al mismo tiempo en que

¹ Ver, por ejemplo, Leite, 1980; Wong, 1983; Frias y Carvalho, 1994; Carvalho, 1997/1998.

² Brasil es un país de reconocida disparidad social y económica que se refleja en su gran extensión territorial. El Índice de Desarrollo Humano (PNUD, 2004), por ejemplo, varía de aproximadamente 0.805 para la región sur (una de las más desarrolladas y localizada abajo del Trópico de Capricornio) a 0.681 para la región nordeste, una de las más pobres, y con un territorio que pasa al norte de la línea ecuatorial).

el país intensificaba sus políticas de crecimiento económico y modernización. Así, las cohortes que iniciaron la transición de la fecundidad estuvieron expuestas, por ejemplo, a disminuciones de la mortalidad —tendencia que aparece desde por lo menos los años 40 para todas las regiones brasileñas. El inventario hecho por Camargo y Frias (2001) a este respecto muestra que la esperanza de vida en 1935, de poco más de 40 años al nacer, habría aumentado 10 años al llegar a 1955. Dado el perfil epidemiológico de la época, dominado por enfermedades infecciosas, fue obviamente en la niñez donde se operaron las mejoras.³

Esas cohortes también estuvieron expuestas a una intensa migración rural-urbana y de larga distancia dirigida a los polos industriales del sur del país y cuyo auge se dio en las décadas de 1960 y 1970. El volumen de este flujo migratorio resultó en un saldo rural negativo de 13.6 millones de personas en el decenio 1960-1970 y 18.1 millones en 1970-1980. Si los números absolutos impresionan por su grandeza, regístrese que, proporcionalmente en relación con las poblaciones rural y urbana enumeradas al final de cada decenio este volumen representaba, respectivamente, -33 y 26 por ciento en 1970, y -48 y 22 por ciento en 1980. En consecuencia, el grado de urbanización de la población brasileña aumentó de 45 a 68 por ciento entre 1960 y 1980 (Carvalho y García, 2002).

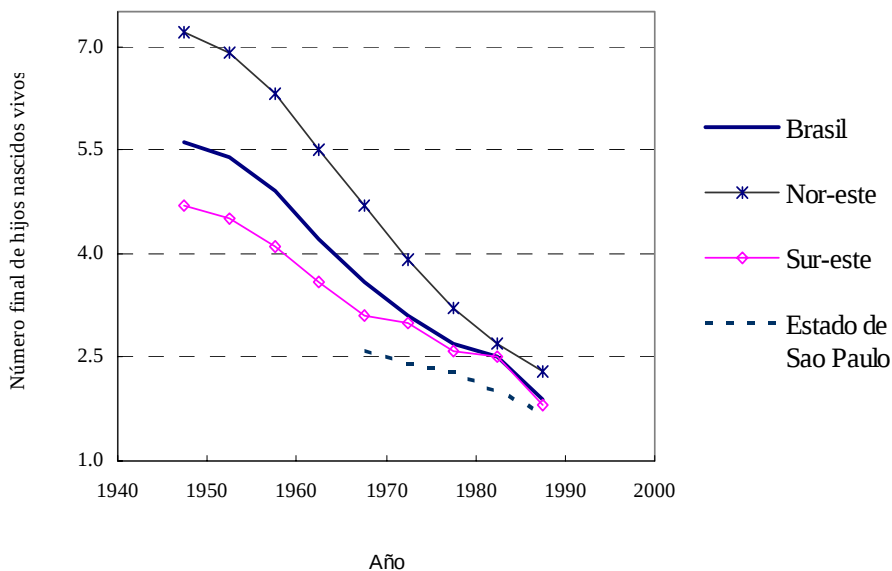
En este contexto, la fecundidad final de las cohortes de mujeres nacidas desde la década de 1940 en adelante, y cuyo mayor potencial reproductivo se dio a partir de la década de 1960, fue siempre menor que la de mujeres de las cohortes inmediatamente más viejas. La gráfica 1, elaborada a partir de las estimaciones de Horta *et al.* (2000), calculadas utilizando métodos indirectos, ilustra bien este comportamiento y sugiere su presencia en todo el territorio brasileño.

No es de extrañar que este gran descenso haya ocurrido en la región sudeste, que incluye las ciudades de Sao Paulo, Río de Janeiro y Belo Horizonte, y que además es la región más urbanizada y responsable, desde hace mucho tiempo, por avasalladora parte del PIB. Llama la atención que esto se haya dado también, y de forma mucho más acentuada, en el otro extremo del espectro socioeconómico del país: la región nordeste, la misma que, si bien no se modernizó tan rápidamente como el sudeste, ni ha alcanzado altos niveles de bienestar social,

³ La mortalidad infantil y la infanto-juvenil mostraron significativos descensos desde 1940. La reducción en estos grupos fue de más 70 por ciento, alcanzando 90 por ciento en el grupo etario 1 a 4. La mortalidad infantil pasó de 150 por mil en 1940 a cerca de 47 por mil en 1991. (Camargo y Frias, 2001: 13).

sí experimentó en un primer momento beneficios como, por ejemplo, la disminución en los niveles de mortalidad infantil. Comparando con la transición de la fecundidad en los países del Tercer Mundo, el caso brasileño ha seguido el padrón general, en la medida que el rápido descenso de fecundidad se inició primero en las áreas más desarrolladas (Frias y Carvalho, 1994). Por otro lado, sin embargo, una vez iniciado este proceso, su ritmo fue más acelerado en las regiones más pobres, al contrario de los hallazgos de Bongaarts y Watkins (1996) al comparar países de una misma región

GRÁFICA 1
BRASIL Y REGIONES GEOGRÁFICAS SELECCIONADAS: COHORTES
DE MUJERES CON EDADES 15-19 EN LOS AÑOS INDICADOS,
SEGÚN NÚMERO FINAL DE HIJOS



Fuente: Horta, *et al.*, 2000 y Estadísticas Vitales del Estado de Sao Paulo (Fundación SEADE).

Dado el contexto sociodemográfico de la época, es probable que la mayor sobrevivencia de los hijos —producto de las inversiones en saneamiento básico y otras medidas sanitarias y que se habrían sentido primero en las regiones más privilegiadas— haya sido el primer motivo para cambios en el comportamiento reproductivo. Es probable también que la migración, pieza importante del

proceso de industrialización y modernización del país, iniciado en la década de 1950 y que tuvo como consecuencia una gran concentración de la riqueza, haya jugado un papel importante, pues al mismo tiempo que impulsó una redistribución de la población en dirección a grandes centros urbanos excluyó gran parte de ella del proceso de desarrollo. Esto trajo como consecuencia el aumento de la marginalidad social y la pauperización, lo que, principalmente en momentos de crisis económica, como se detalla posteriormente, sería un factor importante para redimensionar el tamaño de las familias. Además, hay evidencia de que una parcela importante de este cambio en la fecundidad se debe a la migración, pues los migrantes tienden a presentar menores niveles de fecundidad cuando son comparados con aquéllos que se quedaron en sus lugares de origen.⁴

Durante periodos más recientes, en los cuales la mortalidad (inclusive la infantil) continuó disminuyendo fuertemente y la migración interna dio señales de contención y hasta cambios de dirección (Ribeiro *et al.*, 1996; Carvalho y García, 2002), la tendencia de disminución de la fecundidad continuó. La gráfica citada anteriormente muestra que mujeres en la fase de mayor contribución a la fecundidad en 2000-2005 (las cohortes que iniciaron su vida reproductiva entre 1985-1989) tendrían niveles de fecundidad extremadamente bajos, alcanzando un promedio de 1.9 hijos por mujer al final de la vida reproductiva.⁵

Las regiones más y menos desarrolladas mantendrían diferencias, notándose, sin embargo, para el nordeste, la continua e impresionante reducción a medida que las cohortes son más jóvenes. De este modo, cualquier extrapolación para esta región, aun siendo conservadora, resultaría en una TGF inferior a dos para las mujeres que han iniciado su vida reproductiva en la década de 1990 y una diferencia, en la práctica, no significativa si es comparada con los niveles de las regiones líderes. En adición, estimaciones para el Estado de Sao Paulo elaboradas a partir de estadísticas vitales sugieren, reforzando estos hallazgos, una fecundidad promedio de 1.7 hijos para las mujeres que finalicen su fase reproductiva en 2020-2025.

Los datos para las cohortes, en otras palabras, constatan los hallazgos relativos a recientes y adicionales descensos de la fecundidad, confirmando que

⁴ Wong y Oliveira muestran, utilizando los censos de 1980, que los migrantes con 10 o más años de residencia tienen en general una fecundidad menor *vis-a-vis* aquellos de igual lugar de nacimiento pero que no salieron.

⁵ Se asume que a partir de 2000, las cohortes que aún están en edades reproductivas completarían su fecundidad con tasas por edad iguales a las mostradas por cohortes inmediatamente más viejas. Así, para estimar la TGF de las cohortes con edades 15-19 en 1980, (o 35-39 en 2000) se presupone que al alcanzar la edad 40-44 presentarán las mismas tasas que las cohortes con esa misma edad en 2000.

se trata de cambios estructurales y difícilmente reversibles. Adicionalmente, la generalización de tasas de fecundidad situadas en torno del nivel de reemplazo para los primeros años de la década de 2000 parece bastante probable, dadas las evidencias que se discuten en seguida.

En primer lugar, se consideran datos recientes sobre los niveles de fecundidad según el grado de instrucción de la mujer (cuadro 1). Estos muestran efectivamente la asociación inversa esperada, con tasas más altas para mujeres menos instruidas. Para estas últimas, la TGF del país como un todo sobrepasa ligeramente la media de cuatro hijos por mujer. Unido a esto, es importante tener en cuenta dos aspectos: en primer lugar, el poco peso relativo de mujeres sin instrucción: de acuerdo al Censo de 2000, ellas representan aproximadamente ocho por ciento del total de mujeres. En las regiones sur, sudeste y centro-oeste, la proporción es de cinco por ciento. Únicamente en el nordeste y norte (esta última con muy poco peso poblacional: menos de 10 por ciento de la población brasileña), la proporción de analfabetas es superior a 10 por ciento. De este modo, aunque haya segmentos poblacionales con fecundidad relativamente alta, su pequeño volumen les resta posibilidades de influir en los niveles de fecundidad. En segundo lugar, son justamente estos grupos donde se han registrado las mayores reducciones.

Con relación a esta característica —instrucción de la mujer— importa enfatizar dos aspectos. Por un lado, además de la diferencia poco expresiva según años de educación, los niveles de fecundidad son extremadamente bajos; entre mujeres de 8 a 10 años de educación, la TGF es de 2.2, siendo menores en la región nordeste. Para las mujeres con 10 años o más de educación (lo que incluye aquéllas que no necesariamente han concluido una carrera universitaria), la tasa nunca sobrepasa el valor de 1.5. Por otro lado, sabiendo que, en media, ha mejorado el nivel de escolaridad de la población,⁶ es probable que ésta haya influido la continuación de la baja de la fecundidad. Sin embargo, el hecho de que aun entre las mujeres con menos instrucción se hayan registrado significativas disminuciones, indicaría la existencia de factores determinantes más relevantes que la educación en la baja de la fecundidad brasileña.

⁶ Los censos demográficos de 1991 y 2000, demuestran la proporción de personas menos instruidas (19 por ciento contra 10 por ciento) lo que se refleja en el aumento de la proporción de aquellos que tienen 11 años o más de estudio (13.8 contra 19 por ciento) (<http://www.ibge.gov.br/>).

CUADRO 1
TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD, SEGÚN AÑOS DE ESTUDIO. BRASIL, REGIONES NORDESTE Y
SUDESTE, DISTRITO FEDERAL Y UNIDADES SELECCIONADAS DE LA FEDERACIÓN, 2000

Años de estudio	Regiones				Unidades federativas	
	Brasil	Sudeste	Nordeste	São Paulo ^a	Río de Janeiro ^a	Bahía ^b Pernambuco ^b Distrito Federal ^c
Total	2.38	2.10	2.70	2.05	2.04	2.50 2.48 1.96
S/ instrucción o menos de 1 año ^d	4.12	3.44	4.32	3.33	3.01	4.17 4.10 2.76
1 a 3 años	3.62	3.22	3.81	3.19	3.17	3.63 3.75 3.23
4 a 7 años	2.97	2.86	3.00	2.92	2.85	2.80 2.83 2.79
8 a 10 años	2.22	2.21	1.92	2.29	2.18	1.76 1.79 2.28
11 años o más ^e	1.48	1.44	1.50	1.44	1.42	1.45 1.48 1.46
Diferencia [d-e]	2.64	2.00	2.82	1.89	1.59	2.72 2.62 1.30

^a Situado en la región sudeste del país.

^b Situado en la región nordeste del país.

^c Capital, situada en la región centro-oeste del país.

^d No se incluyó la categoría.

^e Años de estudio no determinado.

Fuente: IBGE, Censo Demográfico 2000.

En segundo lugar, otra evidencia de adicionales disminuciones en la fecundidad se encuentra en las principales ciudades metropolitanas, las mismas que han terminado la década de 1990 con tasas generalmente inferiores al nivel de reemplazo (cuadro 2). Además, ciudades como Salvador, Belén y Recife, situadas en la región nordeste —como ya se dijo, la más pobre del país— tienen, en media, tasas menores que ciudades como Brasilia —la capital administrativa del país— o Curitiba en el sur del país, ambas caracterizadas por altos niveles de vida.

CUADRO 2
CIUDADES METROPOLITANAS BRASILEÑAS Y DISTRITO FEDERAL,
AÑOS SELECCIONADOS DE LA DÉCADA DE 1990, TASA GLOBAL DE
FECUNDIDAD, EDAD MEDIA DE LA FECUNDIDAD Y PROPORCIONES
ACUMULADAS HASTA LAS EDADES 20 Y 35 AÑOS^a

Ciudades metropolitanas	TGF			Edad media	Fecundidad acumulada (%) hasta la edad:	
	1991	1995	1997		20	35
Brasil	2.85	2.60	2.50	27.1	15.3	85.2
Brasilia ^b	2.37	2.20	2.20	26.8	16.1	85.9
Fortaleza	2.30	2.58	2.13	27.3	15.1	86.7
Curitiba	2.20	2.35	2.32	26.6	17.1	89.2
Porto Alegre	2.20	2.33	2.14	27.7	14.2	85.7
Belo Horizonte	2.19	2.01	1.80	27.2	12.4	88.3
Recife	2.06	1.84	1.85	25.8	16.3	91.9
Belém	1.97	1.75	1.97	26.1	16.3	89.6
São Paulo	1.93	2.30	1.99	27.4	12.2	85.8
Río de Janeiro	1.86	2.18	1.95	27.1	14.8	86.9
Salvador	1.78	1.90	1.80	27.0	13.7	87.2
Diferencia entre los valores extremos	0.59	0.83	0.52	1.9	4.9	6.1

^a Corresponde al periodo 1995/2000.

^b No es área metropolitana, pero se incluye aquí por ser la capital administrativa del país.

Fuente: Adaptado de Wong, 2001.

Es importante resaltar aquí dos peculiaridades. Por un lado, los menores niveles de fecundidad se dan, como fue observado por Wong (2001), justamente entre las ciudades donde indicadores como desempleo, analfabetismo, nivel de pobreza y concentración de la riqueza se muestran más graves. Por otro lado, los niveles aquí presentados por ciudades son coherentes con los datos mencionados en el párrafo anterior, en el que se constató, al mencionar las mujeres con educación secundaria (que constituyen una importante parte de la población urbana), menores tasas para quienes residen en el nordeste.

En tercer lugar, datos bastante confiables para segmentos más vulnerables de la sociedad indican tasas muy cercanas al reemplazo. Este es el caso de las *favelas* localizadas en el Distrito Sanitario Oeste de Belo Horizonte,⁷ utilizadas aquí como ejemplo típico de uno de los segmentos de bajo estrato socioeconómico que componen las áreas metropolitanas brasileñas. En los grupos caracterizados con “muy elevado riesgo” —que corresponden a las *favelas*— la TGF pasó de 2.4 a 2.1 en el periodo 1996-2000, mientras que, en segmentos menos vulnerables, la TGF se mantuvo en torno de 1.4 (Lana *et al.*, 2002).

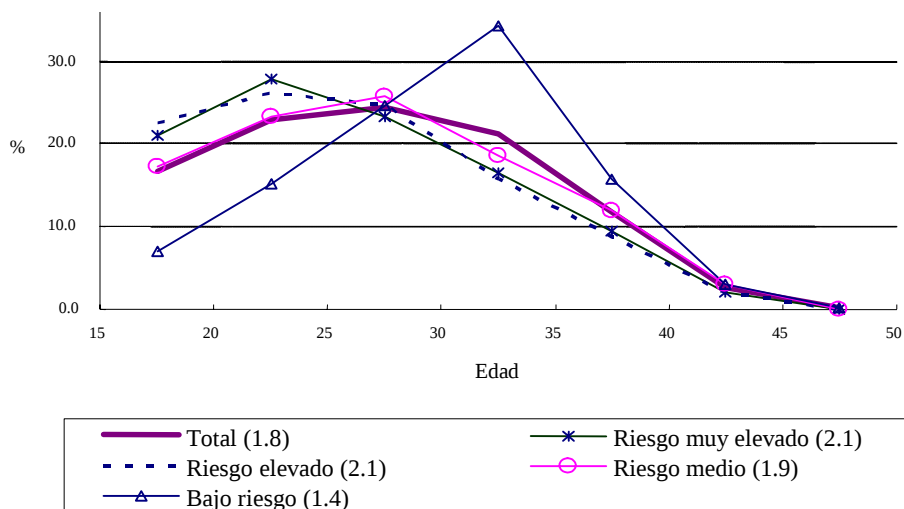
Por último, la evolución del padrón por edad es otro importante aspecto a ser considerado en la transición de la fecundidad en Brasil; ésta permaneció prácticamente inalterada hasta 1980, a pesar de las diferencias regionales y variaciones en la transición de la TGF ya mencionadas. Desde entonces ocurrió una gran disminución en la edad media de la fecundidad, caracterizada por la persistencia de altas tasas en las edades 15-19 y disminuciones proporcionalmente mayores entre las edades más viejas con relación a las centrales, lo que indica substancial grado de control voluntario de la fecundidad. La tendencia de rejuvenecimiento se mantuvo a lo largo de la década de 1990 con una disminución de la edad media de 2.6 años si se consideran datos censales.

Este padrón de reproducción extremadamente joven, es igualmente un fenómeno generalizado y talvez más acentuado entre la población urbana. Volviendo al cuadro 2, esto es lo que se nota en las ciudades metropolitanas, donde las mujeres con menos de 20 de años contribuyen con más de 15 por ciento de la fecundidad y, más aún, 85 por ciento de la fecundidad se da entre las mujeres con hasta 35 años apenas. Llama la atención que este perfil, marcadamente homogéneo, se dé en ciudades tan diferenciadas en términos de origen, expansión y desarrollo socioeconómico.

⁷ El Distrito Sanitario Oeste de Belo Horizonte posee una población de 268 mil habitantes, con buena cobertura de estadísticas continuas y un registro de aproximadamente 4.7 mil nacidos vivos en 2000.

La evidencia presentada con datos de Belo Horizonte sugiere que este padrón joven se debe a las tasas extremadamente altas de las mujeres menores de 25 años de las poblaciones más vulnerables. Como se observa en la gráfica 2, las mujeres menores de 20 años contribuyen con más de 20 por ciento del total de la fecundidad. Un cambio de comportamiento de estos grupos, orientado a imitar al de los grupos más privilegiados, “envejecería” la distribución por edad de la fecundidad, pues en éstos, la cumbre de la curva se sitúa en la edad 30-34 años.

GRÁFICA 2
DISTRITO OESTE DE BELO HORIZONTE, 2000. DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE LAS TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD EN POBLACIONES VULNERABLES, CON INDICACIÓN DE SU CORRESPONDIENTE TGF



Fuente: Lana, *et al.* (2003).

En síntesis, si bien la fecundidad corriente (o de periodo) comenzó a caer al finalizar la década de 1960, el comportamiento registrado por cohortes muestra que padrones orientados a un tamaño de familia menor estuvieron presentes en mujeres que entraron al periodo reproductivo una o dos décadas antes. A partir de la década de 1970, este nuevo padrón se habría reflejado en el veloz descenso registrado en los periodos siguientes.

Brasil entró al siglo XXI mostrando una fecundidad próxima al nivel de reemplazo y con una estructura por edad extremadamente joven. Se trata, aparentemente, de un perfil bastante homogéneo, considerando que se trata de una población con múltiples matices socioeconómicos y muy segmentada.

La anticoncepción y la fecundidad no deseada

La rápida disminución de la fecundidad se ha dado como respuesta a una cadena compleja de factores de diversas esferas, muchos de ellos relacionados a políticas de gobierno cuyos objetivos no estaban relacionados a la dinámica demográfica del país, por lo menos, no primordialmente. De cualquier manera, el descenso de la fecundidad se ha hecho orientado por un modelo reducido del tamaño de la familia, lo que al mismo tiempo, se viene alcanzando, gracias al acceso a medios eficaces de control de la fecundidad. Así, estos dos elementos se consideran a continuación.

Preferencias de fecundidad

El tamaño ideal de familia en el Brasil cayó de 2.8 a 2.3 hijos entre 1986 y 1996, sin que prácticamente exista variación entre subgrupos poblacionales (BEMFAM/DHS, 1997). Aproximadamente uno en cada tres niños habría sido no deseado por exceder el denominado número deseado de hijos. Esta proporción se constata también al evaluar lo que se conoce como fecundidad deseada (FD) y que se calcula de forma semejante a la TFM (tasa de fecundidad marital), utilizando datos de periodo. Las tasas de FD para mujeres unidas y la proporción de la fecundidad no deseada, según regiones seleccionadas y niveles de escolaridad, calculadas de acuerdo con el método propuesto por Bongaarts (1990) se presentan en el cuadro 3. El indicador resumen presentado, la TFM,⁸ señala una media de 4.4 hijos y la existencia de diferenciales regionales asociadas con el nivel de desarrollo. Se aproxima a cuatro en el sudeste y a cinco en el nordeste, y varía entre 5.7 y 3.2 para mujeres sin instrucción y de más altos niveles de escolaridad, respectivamente.

⁸ Operacionalmente, la TFM se calcula, como en el caso de la TGF, sumando las tasas de fecundidad por edad de las mujeres en unión. Así, equivale al número medio de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres en unión, desde la edad de 15 años y que permanecen unidas hasta el final del periodo reproductivo y experimentan los mismos riesgos de fecundidad por edad de la población observada. En razón de estos presupuestos, su interpretación puede llevar a conclusiones equivocadas sobre el número medio real de hijos de las mujeres en unión. Sin embargo, el indicador es utilizado aquí por no disponer de información sobre la fecundidad no deseada de las mujeres fuera de unión.

CUADRO 3
BRASIL, REGIONES SELECCIONADAS Y NIVEL DE ESCOLARIDAD
1995-1996. TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD MARITAL POR EDAD
NO DESEADA Y SU PROPORCIÓN CON RELACIÓN AL TOTAL
DE LA FECUNDIDAD MARITAL

Edad	Brasil	Regiones		Nivel de instrucción			
		Sudeste	Nordeste	Sin instrucción	Primaria	Secundaria	Superior
TFM	4.37	4.12	4.93	5.68	4.53	4.05	3.23
Fecundidad marital deseada							
15-19	248.72	222.06	233.44	249.87	227.84	245.86	
20-24	163.03	151.73	158.52	214.79	164.33	146.3	
25-29	94.57	83.86	115.47	97.21	92.67	83.34	157.94
30-34	52.77	55.04	49.93	40.68	49.94	41.85	113.97
35-39	24.4	27.39	21.7	13.62	13.53	22.01	50.63
40-44	10.2	12.99	7.15	5.05	5.04	7.78	50.09
Proporción de fecundidad no deseada con relación al total de la fecundidad marital							
15-19	17.38	20.3	27.29	32.53	26.89		
20-24	31.65	32.95	38.27	37.35	31.51	36.69	
25-29	40.05	42.44	39.61	50.97	44.63	43.85	2.36
30 o más	60.86	54.5	71.4	83.45	75.65	56.21	23.28

Fuente: Adaptado de Wong y Perpétuo (2002).

Las diferencias de la FD al observar las tasas por edad son menos obvias si se consideran las dos regiones representando diferentes grados de desarrollo. Las diferencias también son relativamente pequeñas, según el nivel de escolaridad, si no se considera el grupo más educado que —importante señalarlo— presenta las más altas tasas de FD. La fecundidad no deseada, en contraste, presenta grandes diferencias asociadas al nivel de desarrollo. Las mayores proporciones corresponden al nordeste y a las mujeres con menor escolaridad. Existe, también, una relación clara y directa con la edad: más de 75 por ciento de la fecundidad de mujeres con más de 30 años e instrucción menor o igual a primaria es no deseada. En este mismo grupo de edad, uno en cada tres nacimientos ocurridos en el sudeste es no deseado y en el nordeste, 1.5 de cada tres.

Las mujeres brasileñas unidas desean menos hijos, independientemente del lugar de residencia o de la escolaridad, siendo que existe casi una coincidencia en términos del número deseado en todos los subgrupos considerados.

Entre mujeres más educadas, las tasas revelan grupos en los cuales la fecundidad deseada y actual ya convergió, como aquéllas con 25 años o más, en los que el componente no deseado es mínimo, siendo posible que ya existan grupos bastante selectivos con fecundidad deseada mayor o igual que la fecundidad actual. Esto no es un comportamiento inesperado en grupos sociales que se encuentran en las últimas fases de la transición de la fecundidad, como muestra Van de Kaa (2001) al desenvolver el concepto de la segunda transición demográfica. Este autor, así como Bongaarts (2001), presentan datos nacionales para Europa y América del Norte, donde la FD es, en la mayoría de los casos, mayor que la real, lo mismo se ve en países de reciente y violenta reducción de fecundidad, como Taiwán y Tailandia (Bongaarts, 2001).

Anticoncepción

Aun cuando no existan datos nacionales sobre anticoncepción antes de 1986, se cree que la prevalencia habría sido de aproximadamente 30 por ciento al inicio de la baja de la fecundidad.⁹ Los resultados de las encuestas demográficas y de salud de 1986 y 1996 (Arruda *et al.*, 1988; Arruda *et al.*, 1987 y BEMFAN, DHS, 1997), permiten afirmar que, durante los años siguientes, la prevalencia anticonceptiva entre brasileñas unidas y en edad reproductiva aumentó rápidamente, alcanzando 69 por ciento en 1986, y casi 80 por ciento 10 años más tarde. Apenas dos métodos—la píldora y la esterilización—han sido responsables por más de dos tercios de la anticoncepción.

El perfil que caracteriza la anticoncepción en el Brasil, en síntesis, es la predominancia de la esterilización femenina, la cual es responsable por el aumento más reciente de la prevalencia anticonceptiva, pues la proporción de usuarias de otros métodos, en general, disminuyó. Además, la esterilización al mismo tiempo que se diseminó, se ha tornado más precoz. Entre 1986 y 1996, la edad mediana para esterilizarse cayó de 31.4 años a 28.9 años y la proporción de mujeres con más de tres hijos, entre las esterilizadas, disminuyó de 46 por ciento a 32 por ciento.¹⁰

Como era esperado, hay un gran diferencial en el uso anticonceptivo entre diferentes sectores de la población. Los grupos que presentaban la más baja

⁹ Merrick y Berquó (1982) estimaron la prevalencia contraceptiva en 25 a 32 por ciento para 1970, 41 a 47 por ciento para 1976 y 46 a 52 por ciento para 1980.

¹⁰ Vale notar que en el nordeste la tasa de esterilización de mujeres unidas de 25 a 29 años que tuvieron su tercer hijo alcanzaba 70 por ciento (Perpétuo, 1996).

prevalencia en 1986 (mujeres residentes en la región nordeste, en la zona rural y con menos escolaridad) presentaron crecimiento mayor, básicamente por el aumento de la esterilización (gráfica 3).¹¹ En 1996, 40 por ciento de todas las mujeres brasileñas unidas y en edad reproductiva se habían esterilizado, y en el grupo de las mujeres sin instrucción este porcentaje llegaba a 48 por ciento. São Paulo —un agregado poblacional más desarrollado y con fuerte movimiento en pro de la salud y derechos reproductivos— fue el único lugar donde la prevalencia de la esterilización permaneció estable en este periodo. El aumento de la anticoncepción debido a otros métodos modernos, particularmente al DIU y vasectomía, también aumentó, en cuanto el uso de métodos tradicionales disminuyó.

Adicionalmente, la esterilización se realiza en la mayoría de los casos al momento del parto (74 por ciento en 1996) y, más frecuentemente, junto con el parto cesáreo (60 por ciento).

En síntesis, la esterilización pasó a responder por más de dos tercios de la anticoncepción en los grupos menos privilegiados, una tendencia que puede ser explicada por los modelos de difusión y es consistente con diferencias sociales en la aceptación de métodos anticonceptivos no tradicionales y con el aumento de disponibilidad de la cirugía de esterilización, como sugieren algunos estudios.¹²

Resáltese un aspecto extremadamente peculiar de esta mezcla: se trata, paradójicamente, de métodos asociados a diferentes padrones de preferencias reproductivas y cuyo acceso, en Brasil, ha sido diametralmente opuesto. La píldora, típica opción de quien desea espaciar los nacimientos, ha sido siempre costeadada por la mujer (o la pareja). Esto se debe, entre otros factores, a su facilidad de uso, a su bajo costo y a su fácil acceso, pues en Brasil se compra el anticonceptivo oral en la farmacia y sin receta médica.

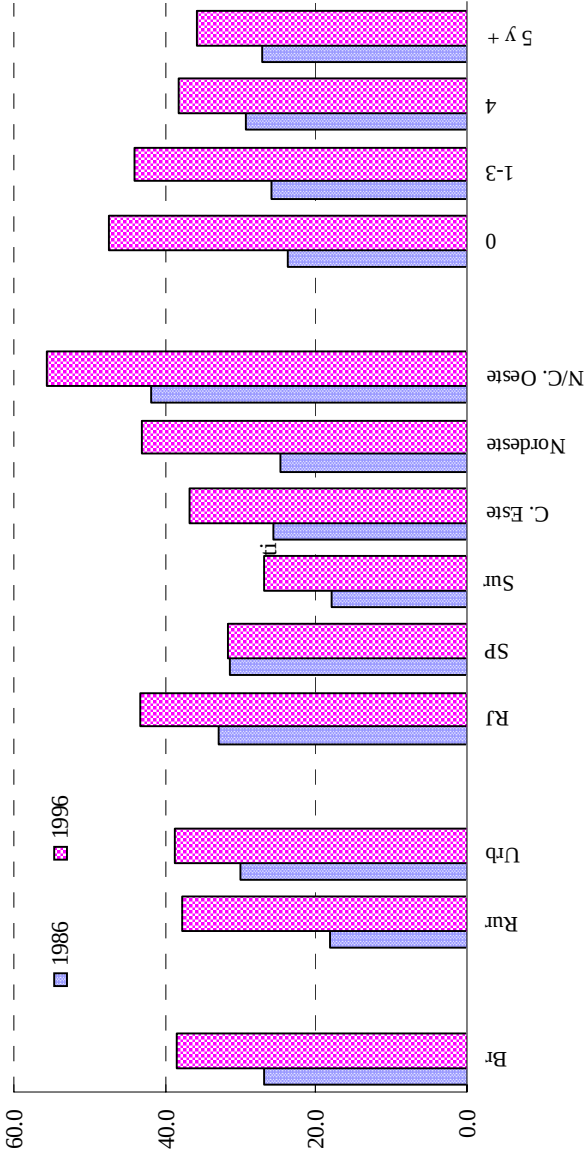
La esterilización, por el contrario, es opción de quien no desea tener (más) hijos; es un procedimiento caro y hasta hace muy poco tiempo, hecho con instrumental extremadamente invasor. Finalmente, de acuerdo con las estadísticas disponibles, ha sido costeadado mayoritariamente por el sector público y a pesar de su popularidad, contradictoriamente, hasta muy recientemente y con muy pocas excepciones, era ilegal.¹³

¹¹ La proporción de mujeres esterilizadas entre aquéllas que tuvieron el segundo hijo en los cinco años antes de la encuesta —una medida de la incidencia de la esterilización— fue de aproximadamente 30 por ciento en todos los estratos (Perpétuo, 1998).

¹² Por ejemplo, Correa (1995), Serruya (1992), Perpétuo (1995).

¹³ El argumento de que la esterilización significaba pérdida permanente de función vital la convertía en crimen de lesión corporal de acuerdo con el Código Penal Brasileño de 1941. El Código de Ética Médica de 1988 solamente la permitía en casos especiales, esto es, si una futura concepción representase riesgo para la salud.

GRÁFICA 3
BRASIL, 1986-1996: PREVALENCIA DE ESTERILIZACIÓN ENTRE MUJERES UNIDAS 15-49 AÑOS TOTAL,
LUGAR DE RESIDENCIA, REGIONES SELECCIONADAS Y EDUCACIÓN



Fuente: Microdatos de la DHS/Brasil de 1986 a 1996.

El mayor crecimiento del control de la fecundidad entre los estratos sociales más bajos —hecho a través de la esterilización y asociado a cambios en el padrón por edad— acabó por uniformar el impacto de la anticoncepción sobre los niveles de fecundidad, como se ha mostrado con los índices de Bongaarts presentados en el cuadro 4.

Considerando la educación, por ejemplo, el índice de la anticoncepción (I_c) variaba entre 0.33 y 0.58 en 1986, para mujeres con mayor y menor escolaridad, respectivamente. La diferencia entre ambos grupos prácticamente desapareció diez años después, principalmente porque el I_c del grupo menos educado cayó a 0.38 en 1996. Esto equivale a decir que el papel de la anticoncepción para inhibir la fecundidad fue proporcionalmente más importante entre las mujeres menos educadas en este periodo.

Así, la poca diferencia de fecundidad entre los diversos grupos socioeconómicos se debe, básicamente, a los otros determinantes próximos. El papel del aborto, consecuencia del control inadecuado de la fecundidad, o ausencia del mismo, y que se cree importante, es probable que haya tenido una doble función en la definición del actual perfil reproductivo brasileño. Habría funcionado como un factor inhibidor propiamente, tal como aparece definido en el marco conceptual de Bongaarts, pero también, dado su carácter ilegal y estigmatizador, como un paso previo determinante de la opción subsiguiente por la esterilización

Los otros índices, finalmente, han tenido una pequeña influencia en la transición de la fecundidad. De hecho, cambios en el padrón de casamiento contribuyeron positivamente en los cambios de la fecundidad operados durante la década de 1970 (Merrick y Berquó, 1983) y la influencia de los demás índices, que siempre fue pequeña, se tornó aún menor en 1996.

En resumen, sin duda la mejora del control de la fecundidad marital durante la década 1970 se debió al aumento de la anticoncepción y a la sustitución de métodos tradicionales por modernos. La baja de la fecundidad a partir de entonces se debió casi exclusivamente a la influencia de la esterilización que se diseminó en las regiones y grupos sociales menos privilegiados. La opción por la esterilización —en general al momento del parto— en ausencia de programas de planificación familiar y la precocidad de la decisión tendrían que ver, tal como se verá más adelante, con agentes ajenos al ámbito de la salud reproductiva.

CUADRO 4
BRASIL, REGIONES SELECCIONADAS Y NIVEL DE ESCOLARIDAD 1986 Y 1996: ÍNDICES DE LOS DETERMINANTES PRÓXIMOS DE LA FECUNDIDAD DE BONGAARTS^a

	I _m			I _c			I _a * I _i			TGF		
	1986	1996	Var. %	1986	1996	Var. %	1986	1996	Var. %	1986	1996	Var. %
Brasil	0.64	0.69	8	0.41	0.28	-32	0.88	0.86	-2	3.5	2.5	-28
Regiones												
Río de Janeiro	0.61	0.59	-4	0.36	0.26	-27	0.77	0.86	12	2.6	2.0	-23
São Paulo	0.57	0.54	-5	0.36	0.31	-14	0.83	0.91	10	2.6	2.4	-11
Sur	0.68	0.74	8	0.32	0.23	-28	0.81	0.88	9	2.8	2.3	-15
Centro-este	0.67	0.61	-8	0.32	0.27	-15	0.92	0.92	0	3.1	2.4	-21
Nordeste	0.68	0.69	1	0.52	0.34	-34	0.91	0.87	-5	5.0	3.2	-36
Norte/centro-oeste	0.64	0.72	14	0.48	0.31	-35	0.86	0.76	-11	4.1	2.7	-35
Años de estudio												
Ninguno	0.81	0.86	7	0.58	0.38	-34	0.88	0.95	8	6.4	4.9	-24
1-3 años	0.84	0.82	-3	0.48	0.35	-26	0.82	0.85	4	5.1	3.8	-25
4 años	0.73	0.81	10	0.36	0.32	-13	0.77	0.73	-5	3.1	2.9	-8
5 y más	0.55	0.59	6	0.33	0.32	-4	0.9	0.78	-14	2.5	2.2	-12

Fuente: estimaciones a partir de los micro datos de la DHS/Brasil 1986 y 1996

^aLos índices representan: I_m casamiento, I_c anticoncepción, I_a aborto, I_i lactancia materna.

El índice de anticoncepción fue estimado de acuerdo con el método propuesto por Casterline *et al.* (1984) que considera la variación etaria de la prevalencia de uso y del *mix* de los métodos.

Políticas estatales que afectaron la fecundidad

El análisis del papel de las políticas y programas nacionales en los cambios demográficos nos remite, en un primer momento, a explicitar el marco de referencia teórico que guía este análisis, lo que involucra definir lo que es “influencia del Estado en la fecundidad”, y a seleccionar las dimensiones de tal influencia, las cuales se examinarán. Esto, a su vez, está intrínsecamente relacionado con el enfoque explicativo sobre el descenso aquí adoptado, y que tiene que ver con las metas y la naturaleza de la influencia del Estado, independientemente de sus intenciones sobre esta materia. MacNicoll (2001), al tratar de esto, sugiere que, además de los programas que buscan explícitamente alterar el rumbo de la fecundidad, existen acciones gubernamentales que la afectan. En este sentido, habrían cuatro categorías de actuación del Estado que afectan el comportamiento reproductivo: a) programas de incentivo al control de la fecundidad; b) agentes de promoción de movilidad social, particularmente a través de sistemas de estratificación social y género, c) inversiones en infraestructura y de transferencia selectivas por edad o estatus familiar; d) agentes de cambios ideacionales. Estas categorías definen una visión de los determinantes de la fecundidad según la cual los resultados de la fecundidad son determinados por decisiones y percepciones individuales condicionadas por un amplio espectro de características del ambiente social y económico (MacNicoll, 2001).

Utilizando este enfoque, se argumenta aquí que, a pesar no haber establecido metas de crecimiento poblacional, y de que las políticas y programas sobre planificación familiar adoptadas no resultaron en acciones efectivas, el papel del Estado brasileño fue fundamental para cambiar el comportamiento reproductivo del país. En primer lugar, porque las medidas sanitarias constituyeron el factor más importante en la expresiva baja de la mortalidad ocurrida en la década de 1940 (Merrick, Graham, 1981; Arriaga y Davis, 1969), lo que habría sido un factor impulsador de la transición de la fecundidad. En el caso brasileño, como se ha mencionado al considerar las cohortes de mujeres que entraron en la década de 1970 en edad reproductiva, su efecto en la disminución de la fecundidad se habría dado a medida que la percepción de un mayor número de hijos sobrevivientes era cada vez más clara por parte de las mujeres (o parejas). En segundo lugar, porque a través de los instrumentos de política económica, el Estado fue el agente propulsor principal de las

transformaciones que son interpretadas como las causas estructurales del descenso (Carvalho *et al.*, 1983; Merrick y Berquó, 1983; Paiva, 1987). En tercer lugar, porque otro conjunto de políticas públicas implantadas por el gobierno federal a partir de 1964, aunque no tuviesen este propósito, fueron esenciales para acelerar el proceso de cambio sociocultural que posibilitó la generalización de la preferencia por familias pequeñas y la reducción del costo de regular la fecundidad (Faria, 1989; Faria y Potter, 1994). Además, la acción del Estado en lo que a planificación familiar concierne, a pesar de contradictoria y poco efectiva, fue importante en la configuración del padrón anticoncepcional vigente en el país, el cual, obviamente, afecta el curso de la fecundidad (Potter, 1999). Estas tres dimensiones se detallan a continuación.

Determinantes estructurales de la fecundidad

A lo largo del siglo XX, especialmente a partir de la década de 1950, Brasil pasó por un profundo proceso de cambio estructural, el cual dio origen a la actual sociedad industrial moderna, altamente urbanizada, con alto grado de proletarianización de la fuerza de trabajo y creciente participación femenina en el mercado laboral.

La depresión mundial de la década de 1930 fue el marco importante de este proceso que dio como resultado la quiebra del modelo agroexportador y el inicio del primer gran ciclo de desarrollo de la moderna industria brasileña. Desde entonces, la interferencia estatal fue fundamental para el despegue del proceso de sustitución de importaciones que elevó el grado de diversificación industrial e hizo crecer la economía, aumentando, al mismo tiempo, el desequilibrio regional y la desigualdad de ingresos, con todas sus consecuencias económicas, sociales y políticas.¹⁴

Posteriormente, al inicio de los años sesenta, surge una severa crisis económica, caracterizada por alto desempleo urbano, inflación, incapacidad de honrar los compromisos de la deuda externa y crisis política. Este periodo culminó con el golpe militar de 1964, instituyendo una dictadura que permaneció hasta 1989 y dio origen a una nueva fase de la historia económica y política del

¹⁴ Tal interferencia se dio fundamentalmente por medio de la política de cambio, que facilitó la importación de bienes de capital e insumos esenciales, y de políticas de inversión en los sectores de infraestructura que representaban puntos de estrangulamiento al proceso de industrialización, tales como energía, transportes y siderurgia, además de incentivos y subsidios al cambio de moneda y aduaneros para la entrada de capital extranjero oficial y privado, con objeto de financiar la inversión en sectores como la industria mecánica (Tavares, 1976, Prado Jr, 1976) .

país; marca, también, el inicio del rápido descenso de los niveles de la fecundidad. Durante este periodo en que los derechos políticos fueron abolidos y los canales de manifestación cortados, la conducción de la política económica del país se hizo por un grupo de tecnócratas que promovió la reforma y modernización de la máquina administrativa y posibilitó que el Estado influenciase efectivamente en la vida económica y social del país. De una forma absolutamente esquemática se puede decir que la política económica adoptada buscó consolidar y estimular el proceso de industrialización, expandir y diversificar las exportaciones integrando el país a la economía mundial y a los mercados financieros internacionales, al igual que capitalizar e industrializar el campo. Esto, conocido como el “modelo brasileño de desarrollo” se dio dentro de un contexto internacional favorable y propició el ‘milagro económico’ en el periodo 1969-1974, una fase en que la tasa de crecimiento económico anual superó frecuentemente 10 por ciento, pero que, también, como se dijo, aumentó la desigualdad del ingreso, la concentración de la propiedad agrícola, y provocó el mayor éxodo rural visto en el país.

Los autores que tratan de analizar los determinantes económicos subyacentes al descenso de la fecundidad (Carvalho *et al.*, 1983; Paiva, 1985 y 1987) señalan el importante papel del proceso de proletarización en la medida en que éste casi destruyó las bases de control institucional de la fecundidad, como también modificó el sistema de subsistencia basada en la producción doméstica, transformándolo en un sistema monetario. En esta perspectiva, la desestabilización de los niveles de fecundidad se daría a través de tres procesos principales: la monetarización de la economía, a partir de la cual la subsistencia familiar estaría sujeta a las variaciones de precio; la diversificación del padrón de consumo, a través del acceso a bienes industrializados (facilitado por el crédito al consumidor) y a la homogeneización del mercado de trabajo no calificado, que lleva a posibilidades diferenciadas de empleo y desempleo para los diferentes miembros de la familia (Paiva, 1985 y 1987). Cabe recordar que, con el proceso de integración de los mercados, incluso la población inserta en relaciones precapitalistas de producción sería afectada, vía la monetarización de la economía y la diversificación de la canasta básica de consumo. Por otro lado, la exclusión de grandes parcelas de la población del proceso de desarrollo, aliado al proceso de redistribución de la población en dirección a grandes centros urbanos, habría traído como consecuencia el aumento de la marginalidad social y la pauperización, lo que, principalmente en momentos de crisis

económica, sería un factor adicional de la disminución de la demanda por hijos (Carvalho y Wong, 1996).

Consecuencias no anticipadas sobre la fecundidad

Si las políticas económicas más generales promovieron los cambios estructurales referidos líneas arriba, influyendo el comportamiento reproductivo, el Estado brasileño, según la interpretación de Faria (1989), tuvo una influencia aún más poderosa, pero inadvertida, sobre la fecundidad, por medio de políticas aplicadas con otros objetivos. Las políticas de crédito directo al consumidor, de telecomunicaciones, de seguridad social y de atención a la salud tuvieron un papel fundamental en la institucionalización de la demanda por regulación de la fecundidad, pues, como se verá en seguida, produjeron, multiplicaron y difundieron nuevos valores, preferencias y normas de comportamiento en relación a la sexualidad y a la reproducción.

La política de crédito directo al consumidor fue parte de la estrategia de estructuración de una sociedad de consumo que buscaba estimular el proceso de acumulación mediante la incorporación al mercado de las camadas más pobres de la sociedad. Tuvo un carácter selectivo, propiciando la adquisición de bienes semiduraderos, como electrodomésticos, muebles o automóviles, pero sin financiar bienes y servicios esenciales para la reproducción de la familia, como alimentos, alquiler, transporte colectivo, educación o medicinas. Ha contribuido para la reducción de la fecundidad, porque, en un contexto de acentuada pobreza, surgía la posibilidad, real o simbólica, de acceso a bienes que no eran los de primera necesidad, aun cuando estos últimos continuasen faltando en el hogar. Esto introdujo en el cotidiano de las familias de estratos sociales medio y bajo el ejercicio del “cálculo económico” sobre la evaluación del costo/beneficio de los hijos, *vis-a-vis* el costo/beneficio de la adquisición de tales bienes, al mismo tiempo que contribuía para la elevación del costo de producción de los hijos.

La política de telecomunicaciones buscaba facilitar la integración nacional y el control territorial. Movida por fuertes inversiones públicas y privadas, propició la expansión de la televisión, que, gracias también al crédito directo al consumidor, se tornó conspicua en los hogares brasileños.¹⁵ Su papel fue

¹⁵ Actualmente, casi la totalidad de viviendas urbanas brasileñas poseen o tienen acceso a una televisión, lo mismo ocurre en el área rural donde 65 por ciento de las viviendas tiene un aparato de TV. Datos de la Encuesta Nacional de Hogares de 2001, IBGE.

importante no sólo por la influencia de este medio —los efectos de la “exposición en sí”—, aspecto válido en cualquier contexto, sino también y, principalmente, por las especificidades que adquirió en Brasil.

Con relación al primer aspecto, estudios en el área de comunicación demuestran que la exposición a la televisión, independientemente de su contenido, modifica el comportamiento de los telespectadores por el simple hecho de introducir realidades exteriores en los hogares. De esta forma, la TV amplía el campo, en el seno del cual se definen los valores y comportamientos socialmente aceptables, provocando un cambio en la percepción de los “delimitadores de comportamiento apropiado, según lugar, sexo, posición en la sociedad y en la estructura de la familia” (Faria, 1989: 85). Esto tiene gran impacto en el comportamiento femenino, provocando una erosión en la autoridad masculina, un cambio en la moral sexual, en la división entre lo ‘público’ y lo ‘privado’, entre sexualidad y reproducción; dimensiones sobre las cuales descansa el régimen de fecundidad elevada. En lo particular, las especificidades asumidas por la TV brasileña, así como la idiosincrasia de la sociedad brasileña serían responsables por su gran importancia (Faria, 1994). La primera de ellas tiene que ver con la profunda influencia como canal de información y entretenimiento por excelencia, debido a la poca tradición de comunicación escrita que tiene el país. En segundo lugar, porque la televisión brasileña desarrolló un género particular, que se tornó central en su programación —la telenovela—, cuyo contenido se centra fuertemente en temas relacionados con el estilo de vida, valores familiares, sexualidad, comportamiento reproductivo, que frecuentemente se abordan de una manera no tradicional, y difunde “nuevos contenidos de conciencia”. Es frecuente, por ejemplo, la imagen de familia con pocos hijos, relaciones interpersonales igualitarias, alto nivel de consumo, inestabilidad conyugal, arreglos familiares no convencionales. En tercer lugar, su alta calidad técnica y artística concede altísimo realismo y atracción a estas novelas, lo que potencia sobremanera su impacto sobre el público.

En resumen, la televisión en Brasil ha tenido una importante influencia en la institucionalización de la regulación de la fecundidad al promover el ideal de familia pequeña, el culto a la juventud y a la belleza, la separación de la actividad sexual de la actividad reproductiva y al promover el consumo. Si esto fue argumento utilizado para explicar el descenso de la fecundidad en la década de 1990, como observaron Carvalho y Wong (1996), continua vigente al entrar al nuevo siglo.

La política de seguridad social, a su vez, propició una gran expansión de la población asegurada debido a la incorporación progresiva de nuevos segmentos de trabajadores urbanos en un primer momento, y rurales, después. De esta forma, a mediados de la década de 1980, cerca de 60 por ciento de la PEA contribuía activamente a la seguridad social (Faria, 1989: 80), lo que aseguraba el derecho a pensiones, jubilaciones, auxilios en caso de enfermedad, accidente, invalidez y maternidad, así como el acceso a asistencia médica. Esta última, debe esclarecerse, de mejor calidad que la prestada por el Ministerio de Salud, lo que representó un estímulo adicional para la inscripción y expansión del sistema de seguridad, contribuyendo para la institucionalización de la demanda por regulación de la fecundidad, básicamente por tres mecanismos. En primer lugar, porque instituyó el derecho a la jubilación como una dimensión básica de ciudadanía. En segundo lugar, porque transfirió del ámbito de la familia o comunidad hacia el Estado la responsabilidad por el soporte en la vejez y en situaciones adversas como enfermedad, viudez, accidente. Ambas ayudaron a redefinir el tránsito de derechos y deberes entre padres e hijos, haciendo desaparecer las motivaciones e incentivos que sustentaban la preferencia por una familia numerosa como garantía de soporte para la vejez y situaciones de riesgo. En tercer lugar, porque el aumento de la cobertura de seguridad social representó la expansión de la exposición a los servicios médicos, lo que también es un determinante institucional importante de la demanda por regulación de la fecundidad, como veremos enseguida.

La política de atención a la salud implementada por el régimen militar proporcionó una gran expansión de la cobertura de servicios, como consecuencia de la asociación que se estableció entre la asistencia médica y la inscripción en la seguridad social, como ya fue referido. Además, tornó hegemónico un modelo asistencial que privilegiaba la medicina curativa, en detrimento de la medicina preventiva, y favoreció el crecimiento de la medicina privada, financiada con recursos públicos, en torno de la cual se estructuró todo el sistema de salud. En consecuencia del aumento del personal médico y paramédico y del aumento de personas atendidas por este servicio, la política de salud potenció y aceleró la *medicalización* de la sociedad brasileña¹⁶ y facilitó profundamente la institucionalización de la demanda por regulación de la fecundidad por una serie de motivos. En primer lugar, a partir de la medicalización, aspectos como

¹⁶ Medicalización es el proceso por el cual aumenta la “exposición de la población a la subcultura médica y la inclusión progresiva de nuevas esferas de comportamiento social en el ámbito del control y de la autoridad médicas” (Faria 1989: 90).

la sexualidad, la reproducción y el parto pasaron a ser regidos por la autoridad médica y no más por autoridades tradicionales (religiosa, paterna y marital). En segundo lugar, la población pasó a incorporar valores de la subcultura médica, tales como la posibilidad, legitimidad y, aun, deseo de interferencia externa en los procesos biológicos; la importancia de los cuidados con la salud y con el cuerpo; la creencia en la eficacia de los medicamentos y procedimientos quirúrgicos. Finalmente, la medicalización consagró la posibilidad de separar sexo y reproducción, logrando secularizar las normas que rigen el comportamiento sexual y reproductivo, legitimar el uso de la moderna tecnología reproductiva, aumentar el costo de criar hijos al establecer nuevos parámetros para el cuidado de los mismos (Faria, 1989: 90).¹⁷ Adicionalmente, la expansión de los servicios de salud, aquí incluida la red de farmacias, significó una mayor disponibilidad y difusión de los medios anticonceptivos, lo cual, como ya se dijo, repercutió fundamentalmente en la popularización del uso de la píldora, el recurso a la esterilización y el uso (y abuso) del aborto provocado (Faria, 1989; Potter, 1999).

Políticas y programas ligados a la planificación familiar

Si mediante los efectos indirectos del conjunto de políticas hasta aquí discutidas el Estado brasileño influyó profundamente el curso de la fecundidad, su papel directo en la diseminación de la anticoncepción que, como vimos, fue el determinante próximo más importante del descenso, fue irrisorio.

De hecho, en contraste con lo ocurrido en otros países en desarrollo, el gobierno brasileño nunca adoptó políticas para reducir la fecundidad ni aplicó un programa nacional de planificación familiar que proporcionase acceso a la anticoncepción. Al contrario, hasta por lo menos el final de la década de 1960, prevaleció una posición claramente pronatalista, bajo el argumento de un crecimiento poblacional vigoroso para mantener altas tasas de crecimiento económico y garantizar la soberanía nacional, por medio de la ocupación de los espacios vacíos en las regiones amazónica y en el Planalto Central del país.¹⁸

¹⁷ Cavenaghi y Potter (2000) constataron la asociación entre disminución de la fecundidad y expansión del sistema público de salud, lo que, al parecer, es evidencia adicional del papel de la medicalización del proceso de reproducción.

¹⁸ La evolución de la política y programas de gobierno que afectan la fecundidad puede ser seguida a partir, por ejemplo, de los estudios de Canesqui (1983); Martine y Faria (1986), Mundigo (1987); Correa (1993).

El cambio hacia una postura pronatalista aparece tímidamente al inicio de la década de 1970, al asumir la planificación familiar como una cuestión de “responsabilidad familiar” o “paternidad consciente” (Canesqui, 1985). Este cambio de posición parece relacionarse con el inicio del fin del apogeo del milagro económico, el pesimismo ocasionado por la crisis del petróleo, y el fracaso de los programas de colonización; se manifestó al mundo en la Conferencia de Población de Bucarest de 1974, donde la delegación brasileña reconoció, por primera vez, que todas las parejas deberían tener libertad para planificar su familia, siendo responsabilidad del Estado asegurarles el acceso a informaciones y métodos anticoncepcionales (Martine, 1986; Mundigo, 1987).

La posición proplanificación familiar fue incorporada al II Plan Nacional de Desarrollo (1975-1979), que admitía que la tasa de crecimiento de la población comprometía el aumento del ingreso per capita y los niveles de empleo y proclamaba como política demográfica la posición expresada en Bucarest. Actividades de planificación familiar integraban el elenco de acciones contempladas en el Programa de Salud Materno-infantil (1975), el Programa de Prevención del Embarazo de Alto Riesgo (1977), el Programa de Paternidad Responsable (1978), sin que por eso fuesen efectivamente aplicadas, tanto por falta casi absoluta de recursos operacionales y presupuestarios, cuanto por la resistencia de sectores políticos tanto de derecha como de izquierda, inclusive del movimiento feminista.¹⁹

Al iniciarse la década de 1980, gran parte de la resistencia a la actuación del poder público en programas de asistencia anticoncepcional había desaparecido. Como observan Martine y Faria (1986: 21):

...o apoio a programas de planejamento familiar e controle da natalidade difundiu-se, tornando-se questão corrente no âmbito dos setores dominantes. Ao mesmo tempo do processo de democratização, constatou-se que o acesso a informações técnicas de planejamento familiar era uma importante demanda dos movimentos populares, sobretudo das mulheres das grandes cidades, o que fez com que os grupos pronatalistas ligados a partidos de oposição perdessem sustentação.

La constatación de esta demanda y el reconocimiento de que la ausencia del sector público en la práctica anticoncepcional comprometía la salud de las mujeres (Berquó, 1993, 1995), abrió camino para que la planificación familiar

¹⁹ Es interesante notar a este respecto que apenas en 1979 fue aprobada una ley que, finalmente, permitía el anuncio de medios para evitar el embarazo, acción que hasta entonces, era considerada crimen (Martine y Faria, 1986).

fuese colocada en un nuevo contexto: el de salud y derechos reproductivos. Esto desencadenó la discusión sobre la forma más adecuada de que el Estado asumiera la asistencia a la salud reproductiva, y culminó con la elaboración, en el Ministerio de la Salud y bajo fuerte influencia del movimiento feminista, del Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer (PAISM), en 1983 (Correa, 1993). Este programa contiene actividades básicas de prevención, diagnóstico y terapéutica, donde la planificación familiar aparece en el contexto de servicios para garantizar, vía la salud, el derecho a la opción cuanto a tener hijos, equidad social, información y acceso a los medios de control de la fecundidad.

En esta época, el Ministerio de la Salud disponía de una red que operaba directamente por el sector público y propiciaba el acceso a los servicios de salud para los segmentos más pobres de la población. Parte sustancial de la asistencia médica se hacía a través del sistema de seguridad social operada por el sector privado, el cual cubría principalmente a las clases medias urbanas. En este contexto, apenas con la incorporación del PAISM al Ministerio de Previdencia y Asistencia Social (MPAS) en 1986 se abrió la posibilidad de ampliar la cobertura de tales servicios.

La efectiva implementación del PAISM, sin embargo, debería adoptar una serie de medidas, como la modificación de la legislación vigente cuanto a la producción y comercialización de ciertos métodos anticonceptivos, elaboración de normas técnicas, el entrenamiento de recursos humanos, equipamiento de unidades de salud para la atención ginecológica, confección de material informativo, etc. Esto demandaba, por un lado, recursos financieros de porte, y por otro, la activación de la 'máquina' del sistema de salud, lo que de hecho, por problemas políticos, administrativos y financieros, por lo menos hasta inicios de la década de 1990 aún no había llegado a suceder.²⁰

En 1996, finalmente, el Congreso Nacional aprueba una Ley sobre Planificación Familiar (ley núm. 9263), que, entre otras medidas, legalizó la esterilización voluntaria, permitiendo que sea oficialmente realizada por el sistema público de salud. La implementación de esta ley, entretanto, está aún lejos de ser completa y ha sido motivo de muchas frustraciones, tanto del lado de la oferta como de la demanda, y sus efectos están aún siendo evaluados. La

²⁰ Según evaluaciones realizadas por Costa (1992), el grado de cobertura de la asistencia anticoncepcional era inferior a 10 por ciento en más de la mitad de las 14 secretarías estatales de salud entrevistadas y apenas tres de 16 secretarías municipales ofrecían servicios que alcanzaban más de 40 por ciento de las mujeres en edad fértil.

ley permite esterilizar mujeres jóvenes (a partir de 25 años) o con pocos hijos, exigiendo que se les ofrezca, antes, información sobre los otros métodos y sobre los riesgos de la esterilización. En atención a la salud reproductiva, no permite la esterilización durante el parto y exige un plazo de 60 días entre la manifestación de la intención de esterilizarse y la cirugía. En atención a los derechos reproductivos, estos criterios buscan estimular el uso de métodos reversibles, desincentivar la esterilización, pero asegurar también el acceso pleno a la esterilización.

En la práctica, estudios que evalúan la aplicación de esta ley (Luiz, 2000; Berquó, 2002) verifican que, a pesar de la protesta por movimientos de vanguardia para su pleno cumplimiento, los médicos exigen criterios más rigurosos (como tener más de 25 años y más de dos hijos) como una forma de restringir el acceso, sea por creer que la ley es muy permisiva o para contener una demanda que sobrepase la capacidad operacional.

Es probable que, si persistiese la demanda precoz —debido a la consolidada “cultura de la esterilización”— y aumentase la presión por la expansión de la oferta, aumentaría la prevalencia de la esterilización. En este único caso, el Estado habrá interferido directamente en la trayectoria de la fecundidad, reforzando su rumbo a niveles extremadamente bajos, y disminuyendo aún más la posibilidad de fluctuaciones o reversiones.

Consideraciones finales

Si bien la fecundidad brasileña comenzó a caer al finalizar la década de 1960, los datos aquí presentados muestran que padrones orientados a un tamaño de familia menor estuvieron presentes entre las mujeres que entraron al periodo reproductivo una o dos décadas antes. Esto se reflejó a partir de la década de 1970 y en los periodos siguientes con un descenso más veloz aún. Así es que el Brasil entra al siglo XXI con una fecundidad prácticamente en nivel de reemplazo, con una estructura por edad extremadamente joven y con un perfil bastante homogéneo en una población con múltiples matices socioeconómicos y muy segmentada.

El descenso de la fecundidad se dio orientado por un modelo reducido del tamaño de la familia, lo que se viene alcanzando gracias al uso de medios eficaces de control de la fecundidad. Las mujeres brasileñas, independientemente del lugar de residencia o de la escolaridad, desean menos hijos, existiendo casi una coincidencia en términos del número deseado en todos los subgrupos

considerados. La prevalencia anticonceptiva aumentó rápidamente, básicamente por la diseminación de métodos modernos.

El Estado brasileño tuvo una influencia fundamental en la transición de la fecundidad. Por un lado, porque políticas y programas gubernamentales en diferentes dominios promovieron, intensificaron y difundieron transformaciones estructurales y socioculturales que posibilitaron el establecimiento y la generalización de la preferencia por familias pequeñas, y la institucionalización de la demanda por regulación de la fecundidad. Por otro lado, porque estas mismas políticas y programas, en el vacío dejado por la falta de una política pública de planificación familiar, configuraron el padrón de oferta de métodos anticonceptivos en el país —privada, no reglamentada y (hasta) ilegal— lo que llevó a un padrón de uso que penaliza a las mujeres: a) la popularización de la píldora, adquirida sin prescripción médica, con la consecuente alta tasa de falla y efectos colaterales; b) el incentivo a procedimientos medicalizados, como la esterilización, está asociada a partos cesáreos, subsidiado por la máquina estatal y muy frecuentemente ilegal; c) y el aborto, como última alternativa, hecho con las condiciones sanitarias que el status socioeconómico de la mujer (o la pareja) le permite comprar.

El proceso de descenso de la fecundidad en el Brasil, sorprendente e impresionante por su magnitud y rapidez, no es un caso *sui generis*, toda vez que descensos semejantes y con similar perfil ocurrieron en otros países. Lo que lo hace singular y es motivo de reflexión es que aunque el Estado no haya pretendido interferir en el curso de la fecundidad, tuvo una influencia marcada —decisiva, tal vez— en el proceso de descenso, tanto por el efecto no anticipado de medidas gubernamentales que tenían otros objetivos, cuanto por la propia ausencia de una actuación efectiva en el campo de la planificación familiar.

Finalmente, el Estado brasileño, si por un lado ha contribuido para una baja tan significativa de la fecundidad, acentuándola aún más, tal vez por otro no ha contribuido para garantizar niveles ideales de salud y preservación de los derechos reproductivos. Así, cualquier estudio comparativo que tenga por finalidad evaluar el papel de políticas y programas que afectan fecundidad debería considerar con atención este país, donde la demanda por regulación del tamaño de la familia fue satisfecha a despecho de un vacío de políticas adecuadas y con un costo social que no ha sido medido aún.

Bibliografía

- ARRIAGA, E. y K. Davis, 1969, "The pattern of mortality change in Latin America", en *Demography* 6 (3).
- ARRUDA, J., L. Morris, E. Ferraz y H Goldberg, 1988, "Tendências recentes da fecundidade e do planejamento familiar na região Nordeste: 1980-1986", en Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Olinda (PE), *Anais*, ABEP, Belo Horizonte.
- ARRUDA, J., N. Rutemberg, L. Morris y E. Ferraz, 1986, *Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil planejamento familiar*, PNSMIPF Brasil, BEMFAM, IDR, Rio de Janeiro.
- BEMFAM/DHS, 1997, *Brasil: pesquisa nacional sobre demografia e saúde, 1996*, BEMFAM, Macro Internacional, Rio de Janeiro.
- BERQUÓ, E, 1993, Brasil, "Um caso exemplar anticoncepção e parto cirúrgicos à espera de uma ação exemplar", en *Estudos Feministas*, vol.1, num. 2.
- BERQUÓ, E., 1995, *A saúde das mulheres na década perdida*, mimeo, São Paulo.
- BERQUÓ, E., S. Cavenaghi, 2002, *Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação sobre esterilização voluntária*, XIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP, Ouro Preto.
- BONGAARTS, J. 2001, "Fertility and reproductive preferences in post-transitional societies", en R. Bulatao y J. Casterline, *Global fertility transition*, Population Council, Population and Development Review, vol. 27, suppl., Nueva York.
- BONGAARTS, J. y S. Watkins, 1996, "Social interactions and contemporary fertility transitions", en *Population and Development Review*, vol. 22, núm. 4.
- BONGAARTS, J., 1978, "A framework for analyzing fertility determinants", en *Population and Development Review*, vol. 4, núm.1.
- BONGAARTS, J., 1990, "The measurement of wanted fertility", en *Population and Development Review*, vol.16, núm. 3.
- CAMARGO, A. y L. Frias, 2001, "Some aspects of the Brazilian mortality: the XX century and perspectives", en International Union for The Scientific Study of Population, General Conference, *Proceedings*, Paris, IUSSP, Salvador.
- CANESQUI, A., 1985, Planejamento familiar nos planos governamentais, en *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, vol. 2, núm. 2, 1985.
- CARVALHO, J. de, y L. Wong, 1996, "Causes and consequences of the fertility decline in Brazil", en J. Guzmán et al., *The fertility transition in Latin America*, Oxford University Press, Oxford.
- CARVALHO, J. y R. Garcia, 2002, *Estimativas decenais e quinquenais de saldos migratórios e taxas líquidas de migração do Brasil, por situação de domicílio, sexo e idade, segundo Unidade da Federação e Macrorregião, entre 1960 e 1990, e estimativas de emigrantes internacionais do período 1985/1990*, <http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/migracao/Estimativas%20saldos%20migratorios.pdf>

- CARVALHO, J., 1997/1998, "Demographic dynamics in Brazil: recent trends and perspectives", en *Brazilian Journal of Population Studies*, vol.1.
- CARVALHO, J., P. Paiva y D. Sawyer, 1983, *A recente queda da fecundidade no Brasil : evidências e interpretação*, UFMG/CEDEPLAR, monografia num.12, Belo Horizonte.
- CAVENAGHI, S. y J. Potter, s/f, *A spatial-temporal analysis of fertility transition and the health care delivery system in Brazil*, XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP 2000, <http://www.abep.org.br/>
- CORREA, S., 1993, "Uma história sem fim", en *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, vol.10, núm.1/2
- CORREA, S., 1995, *Não exatamente uma escolha: viver diferentemente*, Edición brasileña de Vivre autrement, Dacar, ENDA.
- COSTA, A. y O Paism, 1992, *Uma política de assistência integral à saúde da mulher que precisa ser resgatada*, Comissão de Cidadania e Reprodução, São Paulo.
- FARIA, V. y J. Potter, 1990, *Development, government, policy, and fertility regulation in Brazil*, University of Texas, Texas Population Research Paper, 12.02, Austin.
- FARIA, V. y J. Potter, 1994, *Television, telenovelas, and fertility change in northeast Brazil*, Paper submitted to IUSSP Seminar on Values and Fertility Change, Sion, Switzerland.
- FARIA, V., 1989, Políticas de governo e regulação da fecundidade: consequências não antecipadas e efeitos perversos, en *Ciências sociais hoje: anuário de antropologia, política e sociologia*, ANPOCS, Vértice, São Paulo.
- FONSECA, Sobrinho, D., 1993, *Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil*, Rosa dos Tempos, FNUAP, Rio de Janeiro.
- FRIAS, L. y J. Carvalho, 1994, *Fecundidade nas regiões brasileiras a partir de 1903: uma tentativa de reconstrução do passado através das gerações*, Anais IX Encontro de Estudos Populacionais, CAXAMBU, vol. II.
- HORTA et al., 2000, *Recomposição da fecundidade por geração para Brasil e regiões: atualização e revisão*, XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP 2000, <http://www.abep.org.br/>
- IBGE, 2002, *Resultados preliminares do Censo Demográfico de 2000*, <<http://www1.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/08052002fecundidad.shtm>>
- LANA, R., P. Evangelista, I. Perpétuo y M. Almeida, 2003, *Diferenciais intra urbanos no padrão reprodutivo da mulher: uma questão instigante*, Secretaria Municipal de Saúde, UFMG/CEDEPLAR, en prensa, Belo Horizonte.
- LEITE da M., 1980, *Níveis e tendências da mortalidade e da fecundidade no Brasil a partir de 1940*, en Anais II Encontro Aguas De São Pedro, vol. I.
- LUIZ, O. y M. Citelli, 2000, *Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de São Paulo: organização e oferta de serviços*, Comissão de Cidadania e Reprodução, mimeo, São Paulo.

- MARTINE, G. y V. Faria, 1986, "Contexto social da política e da pesquisa em população no Brasil", en *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, vol.3, núm. 1.
- McNICOLL, G., 2001, "Government and fertility in transitional and post-transitional societies", en *Population Development Review*, A supplement to vol. 27.
- MERRICK, T. W. E. Berquó, 1983, *The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility*, National Academy of Science, Washington, D.C.
- MERRICK, T., Graham, W., 1981, *População e desenvolvimento econômico no Brasil: de 1800 até a atualidade*, Zahar, Rio de Janeiro.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1983, *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases para uma prática educativa*, MS/INAM, Documento preliminar, Brasília.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher*, Resolução INAMPS num. 132.
- MUNDIGO, A., 1987, "Os casos de China e Brasil", en *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, vol .4, núm.1.
- PAIVA, P., 1985, "O processo de proletarização como fator de desestabilização dos níveis de fecundidade no Brasil", em C. Miró, *et al. Transição da fecundidade: análises e perspectivas*. SP, Clacso, Representacion de la población y desarrollo, 5.
- PAIVA, P., 1987, "O processo de proletarização e a transição da fecundidade no Brasil", en *Revista Brasileira de Economia*, vol. 41, núm.1.
- PERPÉTUO, I., 1995, *Esterilização feminina: a experiência da região nordeste, 1980-91*, Tese Doutorado em demografia, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais.
- PERPÉTUO, I., 1998, "Contracepção e declínio da fecundidade na Região Nordeste, 1980-1996", en *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, vol.15, núm.1.
- PNUD, 2004, *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*, <http://www.undp.org.br/HDR/Atlas.htm>
- POTTER, J., 1999, "The persistence of outmoded contraceptive regimes: the cases of Mexico and Brazil", en *Population Development Review*, vol. 25, núm. 4.
- PRADO JR., C., 1976, *História econômica do Brasil*, Brasiliense, São Paulo.
- RIBEIRO, T., Carvalho, J. y L. Wong, 1996, *Migração de retorno: Algumas possibilidades de mensuração*, en Anais X Encontro Caxambu.
- SERRUYA, S., 1992, *Ligação de trompas e imaginário feminino*, en Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 8, Brasília.
- TAVARES, M., 1976, *Da substituição de importações ao capitalismo financeiro: ensaios sobre economia brasileira*, Rio de Janeiro.
- VAN DE KAA, D. 2001, "Postmodern fertility preferences: from changing value orientation to new behavior", en R. Bulatão y J. Casterline, *Global fertility transition*, en *Population Council, Population and Development Review*, vol.27, suppl., Nueva York.
- WONG, L. 2001, *Below replacement fertility levels in the Brazilian metropolitan cities: 1991-2010*. 2001, presented in Population American Association, Annual Meeting.

WONG, L. y I. Perpetuo, 2000, *Perspectivas de uma fecundidade abaixo do nível de reposição: algumas evidencias para o Brasil*, em Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 13, Anais. Belo Horizonte, ABEP, Ouro Preto.

WONG, L. y J. Oliveira, 1984, *Níveis e diferenciais de fecundidade para o Brasil segundo os dados censitários de 1980*, en Anais IV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP.

WONG, L., 1983, "Níveis e tendências da fecundidade nas diversas regiões do Brasil. Aplicação do método dos filhos próprios ao censo de 1970", en *Informe Demográfico*, Fundação Seade, núm. 9, São Paulo.