

**LA TRANSICION DE LA FECUNDIDAD EN CALI ANALIZADA A TRAVES DE CUATRO (4)
CASOS DE GRUPOS FAMILIARES EN TRES GENERACIONES DE MUJERES**



MIGUEL ANGEL HIGUITA HIGUITA

Código: 9512036

**SANTIAGO DE CALI,
UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONOMICAS
2019**

**LA TRANSICION DE LA FECUNDIDAD EN CALI ANALIZADA A TRAVES DE
CUATRO (4) CASOS DE GRUPOS FAMILIARES EN TRES GENERACIONES
DE MUJERES**

MIGUEL ANGEL HIGUITA HIGUITA

Código: 9512036

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Sociólogo

Asesor: FERNANDO URREA GIRALDO

Sociólogo - Magíster en Ciencias Políticas

Investigador Emérito (IE)

SANTIAGO DE CALI,

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONOMICAS

2019

AGRADECIMIENTOS

Sinceros agradecimientos a las familias que con la mejor disposición colaboraron con el desarrollo del presente trabajo, a pesar de que la temática contemplaba aspectos de su intimidad que en muchas ocasiones les incomodaba, pero que finalmente compartieron de corazón.

A mi familia por su apoyo incondicional. Finalmente a Dios por sostenerme en todo momento.

Mil gracias a todos.

TABLA DE CONTENIDO

	PAG.
1. INTRODUCCION.....	6
1.1. PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	8
1.2. OBJETIVOS.....	8
1.2.1. OBJETIVO GENERAL.....	8
1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	8
2. METODOLOGIA.....	9
3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	11
4. MARCO TEORICO.....	20
5. ANALISIS DE LOS CASOS.....	36
5.1. ESTUDIO DE LAS FAMILIAS.....	39
5.1.1. FAMILIA 1.....	39
5.1.2. FAMILIA 2.....	44
5.1.3. FAMILIA 3.....	50
5.1.4. FAMILIA 4.....	57
5.2. CUADROS DE SINTESIS POR CATEGORIAS....	62
5.3. HALLAZGOS TRANSVERSALES.....	65
5.3.1. ABUELAS.....	65
5.3.2. MADRES INTERMEDIAS.....	67
5.3.3. MADRES JOVENES.....	69
5.4. EMBARAZO ADOLESCENTE.....	70
6. CONCLUSIONES.....	72
7. BIBLIOGRAFIA.....	77
8. ANEXOS.....	79
8.1. GUIA DE ENTREVISTAS.....	79

1. INTRODUCCION

Este trabajo se desarrolla con la idea de analizar los cambios que han afectado la fecundidad en tres generaciones de mujeres residentes en las comunas 17, 19, 14 y 1 de la ciudad de Cali, según reza en el objetivo general.

La ENDS 2015 (Encuesta Nacional de Demografía y Salud), nos define la fecundidad como la “capacidad reproductiva de una población” y que, como categoría demográfica, hace referencia al número de hijos e hijas que una mujer tendría a lo largo de su período reproductivo que, generalmente se toma de los 15(13) a los 49 años de edad.

El pilar básico de la transición demográfica lo constituye la transición de la fecundidad. Es claro que la reducción en los índices de la mortalidad también afecta la demografía en sentido contrario, pero es la transición de la fecundidad el factor que ha incidido notablemente en la transición demográfica.

La transición de la fecundidad se ha producido en razón de cambios de conducta promovidos por la modernización y la globalización de culturas foráneas que fueron cambiando nuestros valores y actitudes, nuestros estilos de vida a instancias, igualmente, de cambios socio económicos. También, lógicamente, el desarrollo de los medios de comunicación, la urbanización creciente de nuestras poblaciones, la concesión de los derechos civiles a las mujeres en igualdad de condiciones a los varones. Todo esto impulso su participación en la fuerza de trabajo lo cual le exigió el mejoramiento de su fundamentación académica, que muchas mujeres

emprendieron acicateadas por las opciones de superación de su status y de la condición de dependencia que siempre les había limitado una expresión acorde con sus necesidades subjetivas, biológicas y sociales.

El desenvolvimiento de esta temática se hizo siguiendo los lineamientos de Carmen Elisa Flórez, principalmente, en su obra “Las Transformaciones Sociodemográficas en Colombia” y, también los textos de la ENDS, 2015, como guías confiables en el manejo de estas situaciones conexas con la fecundidad. Igualmente, se consideraron los aportes de Virginia Gutiérrez de Pineda, descritos en su ponencia “Cambio Social, Familia Patriarcal y Emancipación Femenina en Colombia”, presentada en el Segundo Congreso de Trabajo Social, en Bogotá, en octubre de 1998. Se consultaron, igualmente, otros autores cuyos nombres y obras consultadas están incluidas en la Bibliografía.

1.1. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cómo han sido los cambios en el comportamiento reproductivo en 4 familias residentes en la ciudad de Cali, ocurridos desde la segunda mitad del S. XX.?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Estudiar el cambio de los patrones reproductivos sucedidos en tres generaciones de mujeres en cuatro familias de las comunas 17, 19 14 y 1, de la ciudad de Cali.

2.1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 2.1.2.1. Analizar la evolución de los patrones reproductivos que han incidido en la transición de la fecundidad, en las tres generaciones de mujeres indicadas.
- 2.1.2.2. Estudiar la importancia del nivel educativo que puede haber modificado las condiciones de vida en el interior de la familia.
- 2.1.2.3. Analizar la importancia de los métodos anticonceptivos en la definición de los cuadros familiares.
- 2.1.2.4. Presentar algunos aspectos de la vida en pareja y el estado marital de las mujeres involucradas en este estudio.

2. METODOLOGIA

Para este estudio de los cambios reproductivos de la fecundidad, se hizo un diseño cualitativo descriptivo de entrevistas semiabiertas a 12 mujeres madres residentes en zonas urbanas de la ciudad de Cali de las comunas 17, 19, 14 y 1.

Se les interrogó acerca del número de hijos; si tuvieron o no, cuidados prenatales y, también, durante el parto y el puerperio; los niveles educativos que habían logrado y su lugar de residencia, entre otras variables.

Con la información anterior se desarrolla un estudio descriptivo de corte longitudinal, basado en fuentes primarias utilizables en la determinación de cuadros familiares.

La metodología utilizada consistió en el desarrollo de los siguientes puntos:

a)-. Ubicación espacial de las personas objeto de este estudio: a través de las relaciones que mi familia sostiene en las diferentes comunidades a las cuales pertenece, por ejemplo, instituto de bellas artes, colegio donde estudian mis nietos etc.

En particular, hubo una de las madres que además ayudó a contactar a 5 personas más.

Una antigua compañera de estudios de Univalle ayudó con otro grupo familiar.

El otro grupo familiar pertenece a la comunidad de madres del colegio de mis nietos.

De esta forma se completó el grupo de las 4 familias que se analizaron en este estudio.

En principio se logró elaborar una tabla con una población de 9 familias a entrevistar, de las cuales se seleccionaron finalmente 4, dado que cumplían con el requerimiento de tener las tres generaciones (a excepción de una).

b)-. Por tratarse de una temática sensible que abarcaba la exposición de varios aspectos de la intimidad sexual de las entrevistadas (mujeres mayores, con hijos), en principio, se consideró que las entrevistas debían ser realizadas, al menos, por dos mujeres, en el convencimiento de que con ellas los resultados serían óptimos, pero mi Director del Trabajo de Grado, me sugirió que era yo quien debía hacerlas, por lo cual recurrí a la estrategia de hacerme acompañar, en unos casos de mi esposa y en otros de mi hija. En las primeras entrevistas mi esposa ofreció la preparación de un “chocolate”, y mi hija con sus dotes de relacionista ayudaron a generar un efecto de confianza y a propiciar un ambiente agradable, mediante el cual las entrevistas se realizaron de manera exitosa.

En una ocasión las tres personas de una familia estaban reunidas en la misma casa; otras dos familias se reunieron con dos de sus integrantes y las otras entrevistas si fueron de manera disgregada. Como se les explicó que era para mi trabajo de grado, me desearon muchos éxitos.

c)-. Instrumentos utilizados: Los instrumentos que se utilizaron fueron la guía de entrevistas de 80 preguntas tomadas de la ENDS, 2015; una grabadora para obtener los audios de las entrevistas y, finalmente, los espacios donde se realizaron las entrevistas que fueron en las propias viviendas de las entrevistadas a excepción de 2 que se llevaron a cabo en dos cafeterías de la ciudad de Cali.

d)-. Análisis de los hallazgos

-Ver Numeral 5 “Análisis de los Casos”-

Como se dijo, se trata de un estudio cualitativo de casos, a través de 4 familias de mujeres de distintas generaciones.

3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

En este apartado se presentan las investigaciones sobre los determinantes y características de la fecundidad tanto en Colombia como en otros países de América Latina. Se incluyeron estudios de América Latina porque, además de la relación con fenómenos similares acaecidos en Colombia, sirven como una referencia tanto empírica como teórica. Cabe aclarar que los estudios sobre fecundidad, al ser un campo muy amplio, en este ejercicio de investigación se tendrán en cuenta algunos estudios. Estos sirvieron de guía metodológica, conceptual de este ejercicio investigativo.

En lo que respecta a América Latina, Chackiel, J. & Schkolnik, S. (2004) estudian los efectos de la declinación de la fecundidad sobre las estructuras familiares en la región. Para lograrlo, los autores tienen en cuenta la Encuesta Mundial de Fecundidad (WFS), los censos de población y estadísticas vitales referidas a la década del setenta; y las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) de 1980, 1990 y 2000. Los autores clasifican los países según el nivel de tasa de fecundidad: muy alta (Guatemala), media alta (cinco países), media baja (ocho países), baja (Brasil y México), países que han pasado de niveles altos a bajos (Chile), de media alta a muy baja (Cuba), países que han mantenido en media baja (Argentina), de media baja a fecundidad baja (Uruguay).

En el estudio se asegura que, debido a la heterogeneidad entre los países de la región, se debe hablar no de transición (que describe cambios en los componentes promedio de una población) sino de transiciones, “dado el comportamiento demográfico diferencial de los distintos sectores sociales o áreas de residencia” (2004, pág. 51). Los datos de finales de la década del noventa y principios del dos mil la crisis económica de la época

“... no habrían detenido la disminución en la mortalidad infantil ni en la fecundidad y que los cambios demográficos se habrían independizado del proceso de desarrollo. Más aún, la crisis habría profundizado el deseo de tener menos hijos por la dificultad de asegurar una crianza adecuada. En este sentido, para los grupos rezagados se esperaría la continuación de la disminución de la fecundidad.”

Además, se muestra la heterogeneidad del comportamiento de la fecundidad según la posición socioeconómica. Aunque los sectores sociales con menor nivel educativo también han disminuido la tasa global de fecundidad, el comportamiento en los sectores de alto nivel educativo la tasa se ha estabilizado la reducción y no alcanzaban los niveles de Europa Occidental, los cuales son muy bajos. La fecundidad, entonces, es determinada por una serie de factores: Urbanización, acceso a la educación, cambio de roles de las mujeres, políticas públicas de planificación familiar, acceso a información y uso de métodos anticonceptivos. También inciden la edad al casarse o unirse, la nupcialidad, importancia del celibato, duración de las uniones, etc. Por lo general, el aumento de anticonceptivos es proporcional al aumento del nivel educativo.

No obstante, la fecundidad no es el único factor que determina el tamaño de la familia. Hay otros factores que impulsan esta dinámica como la capacidad socioeconómica de la familia, migración de un miembro de la familia, la jefatura femenina, la reducción de la familias extendidas y compuestas (Arriagada, 2004). Respecto a la cuestión de los cambios en América Latina de una posible segunda transición demográfica, la autora considera que en los países con mayor desarrollo social como Argentina, Chile y Uruguay se presentan, en los sectores sociales con mayor educación e ingresos, “patrones de conducta sexual, nupcial y reproductiva ampliamente extendidos en los países desarrollados” (2004, pág. 460). Una expresión de esto es el aumento en divorcios, retraso de las uniones y año de maternidad/paternidad entre los jóvenes de altos niveles de educación e ingresos. Esta segunda transición se relaciona con un profundo cambio de los valores, proceso característico de la modernidad tardía. Empero, muchos de estos cambios, especialmente en las mujeres de sectores populares, los esquemas de acción no responden necesariamente a estos valores, sino como mecanismos de supervivencia (Arriagada, 2004).

En cambio, en las regiones y sectores sociales marginalizados la mortalidad infantil es mayor y temprana, altas tasas de fecundidad, uniones y matrimonios a edad temprana, maternidad temprana. En estos sectores sociales, entonces, aunque han reducido sus niveles de fecundidad, el proceso de la transición demográfica y de la fecundidad es más pausada. Por lo general, esta situación se reproduce en las generaciones venideras de padres y madres de los sectores con condiciones de pobreza. El peso del factor económico que Tuirán (2002, pág. 34) les otorga a las condiciones económicas (en su vínculo con la transición demográfica/fecundidad y las trayectorias de vida de las personas) se evidencia cuando afirma que

La condición de pobreza —al restringir el acceso de los individuos a la estructura de oportunidades y delimitar el espacio social y el entretejido de redes en las que participan— ejerce una profunda influencia en el comportamiento demográfico de los sectores marginados, retardando la transición de altos a bajos niveles de mortalidad y fecundidad.

Respecto de Argentina, Sana (1999) enumera seis¹ hechos demográficos típicos de la segunda transición demográfica europea, y los intenta vincular a la realidad argentina. Se intenta identificar en qué medida los cambios de esta transición responden a cambios en los valores sociales. Para lograrlo, el autor analiza los cambios en los patrones de formación y disolución familiar en Argentina. Conceptualmente, se parte de la idea de la segunda transición demográfica, “según la cual dos procesos complementarios, secularización e individualismo, son los motores de los cambios observados en el sistema familiar y en la fecundidad” (1999, pág. 1).

Por su parte, Arias, B. & Colantonio, S. (2003) describen la pauta de la fecundidad en la provincia de Córdoba, Argentina. Se realiza una distinción entre la población urbana de la ciudad capital y la rural, se considera la distribución por grupos etarios y estado civil de las mujeres. Para llevar a cabo el estudio revisan el censo poblacional de 1991 de la provincia de Córdoba. Como en los estudios ya citados, los autores evidencian un rezago de las zonas rurales respecto de las zonas urbanas: tienen hijos a una edad más temprana y continúan en edades más avanzadas, mayor número de hijos; matrimonio tres años antes que las parejas de ciudad capital, y en unión consensual un año antes. Este resultado les permite a los autores afirmar que la fecundidad en la zona rural no está determinada directamente por la edad de unión, sino por una temprana edad al casarse en la ciudad de Córdoba. Es por ello que los valores de la TGF de la época ubican a la zona rural de Córdoba en una transición hacia la fecundidad, mientras que en la ciudad de Córdoba ya se encuentra en esa etapa.

Pasando a otra investigación, Di Cesare, M. & Rodríguez, J. (2006) estudian cuáles son los determinantes de los factores de riesgo de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia. Para ello analizan las encuestas de demografía y salud (*Demographic Health Survey*) de Brasil 1996, y Colombia 2000. Teóricamente, los

¹ a) el auge de las uniones consensuales, b) la difusión de la procreación dentro de las mismas, c) el aumento en la incidencia de la separación y el divorcio, d) el aumento de la edad al primer casamiento y de la edad a la maternidad, e) la revolución anticonceptiva, y f) el descenso de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo (Sana, 1999).

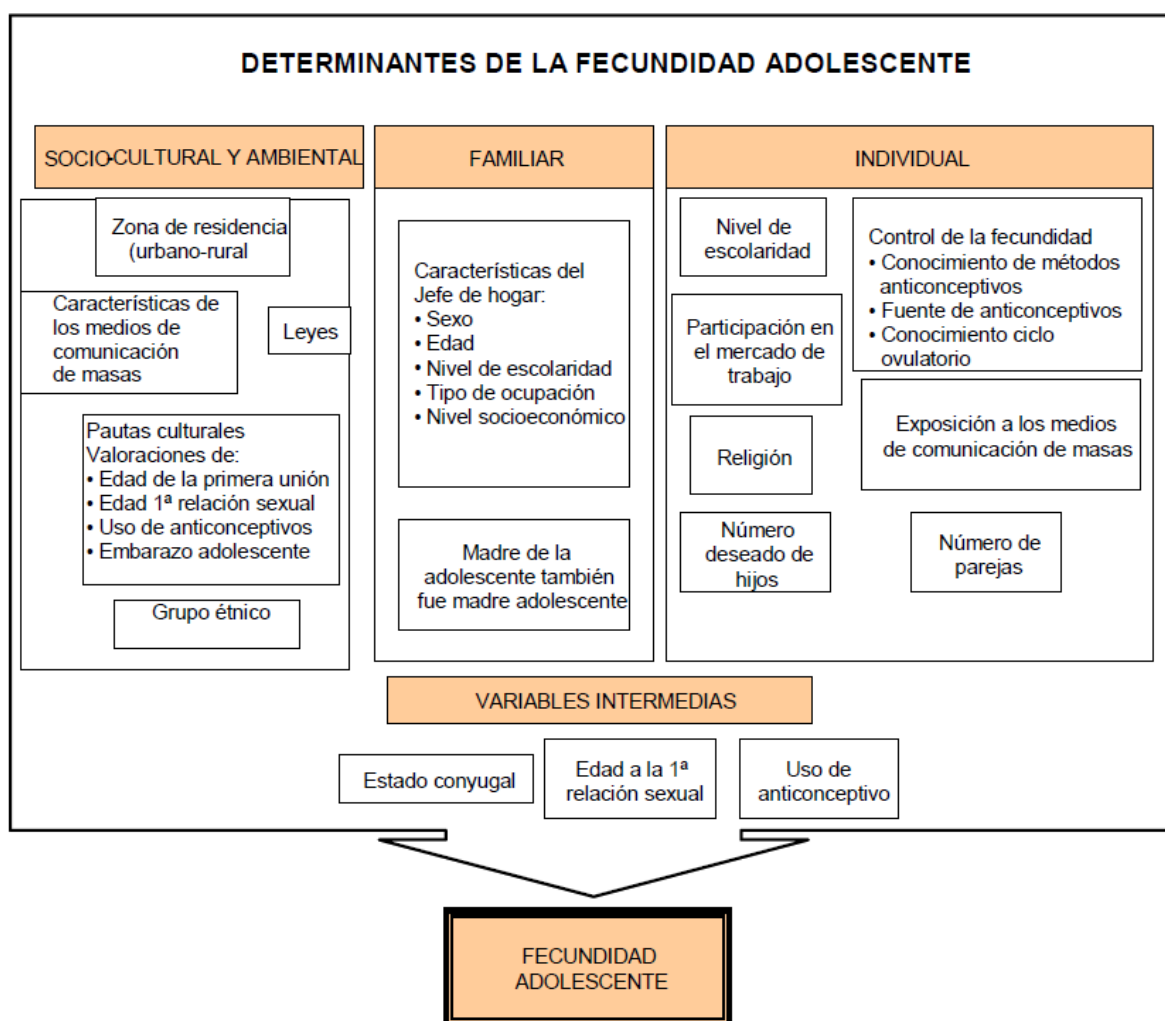
autores consideran que la fecundidad está condicionada directamente por los determinantes próximos, es decir, los factores vinculados con la exposición al riesgo de embarazo, con la concepción (uso eficaz de métodos de anticoncepción) y, posteriormente algunos autores han incluido la infertilidad posparto, el inicio de las relaciones sexuales/matrimonio/unión, y aborto (ENDS, 2015). Empero, también incluyen otros factores subyacentes (véase el cuadro 1) en la configuración del comportamiento de la fecundidad, en este caso de la fecundidad adolescente: los factores subyacentes como los relacionados con aspectos socioculturales (as pautas culturales y de valores, las leyes, los medios de comunicación, la zona de residencia y el grupo étnico de pertenencia.), ambientales, familiares (nivel socioeconómico durante la niñez, control de los padres, diálogo sobre sexualidad con los padres, estructura monoparental de la familia) e individuales (nivel educativo, acceso al mercado laboral, religiosidad, número deseado de hijos, conocimiento sobre anticonceptivos, conocimiento del periodo fecundo, la “exposición a los medios de comunicación, número de parejas, autoestima y varios otros atributos psicológicos” (Di Cesare, M. & Rodríguez, J., pág. 117)). El peso dado a la anticoncepción dado por los autores (Di Cesare, M. & Rodríguez, J., 2006, pág. 114) queda claro en el momento en que aseguran que

“...hay consenso en que la variable intermedia “uso de anticonceptivos” es la más importante para explicar el descenso abrupto de la fecundidad acaecido en las últimas décadas en el mundo y en la región, particularmente en los 30 años recientes. De hecho, un uso totalmente eficiente de este recurso hace irrelevante “desde el punto de vista del control de la fecundidad, que no del logro de las aspiraciones reproductivas” las demás variables intermedias, porque todo el peso de la regulación pasa a descansar en los medios anticonceptivos; la exposición al riesgo de quedar embarazada dependería exclusivamente del uso de anticonceptivos”.

No obstante, se considera que las adolescentes, en comparación con las mujeres adultas, hacen un uso menor de métodos anticonceptivos (Di Cesare, M. & Rodríguez, J., 2006), lo que explicaría, principalmente, la no disminución sustancial de la fecundidad adolescente en América Latina. El uso de anticonceptivos responde de la “voluntad individual (posponer, espaciar o limitar la fecundidad) como de la aceptación social de los mismos” (Di Cesare, M. & Rodríguez, J., 2006, pág. 114), como la oferta de programas de planificación familiar o comercialización de anticonceptivos, además del acceso a la información por parte de las potenciales usuarias, la capacidad de acceso a dichos programas, capacidad económica y “la

superación de por lo menos dos barreras: los costos “biopsicosociales” de los métodos anticonceptivos y el rechazo cultural o de “otros significativos” (en particular la pareja) al uso de anticonceptivos” (2006, pág. 114).

Cuadro 1: marco teórico para el análisis de los determinantes de la fecundidad adolescente



Fuente: Di Cesare, M. & Rodríguez, J. (2006).

A partir de las encuestas, los autores consideran que las adolescentes con altos niveles socioeconómicos tienen menos probabilidades de quedar embarazadas, en tanto que inician a edades más tardías sus primeras uniones y relaciones sexuales, tienen mayor acceso a educación afectivo/sexual/reproductiva, mayor acceso a métodos de anticoncepción y probablemente acceden más fácilmente al aborto, además de tener mayor comunicación y control por parte de los padres. Esto implica

que haya una diferenciación entre la población con altas condiciones de vida y los sectores sociales marginalizados como los sectores populares, indígenas, negros (incluso residentes de zonas urbanas). Pero la educación y el lugar de residencia tienen consecuencias ambiguas en el embarazo adolescente, porque la primera variable pierde incidencia específica, según los autores, al controlar el estrato socioeconómico. En ese sentido, por un lado, no habría una relación lineal entre la educación y fecundidad adolescente en países con cobertura universal de educación primaria, afectando, en cambio, otros factores como la deserción escolar, la externa pobreza, etc. Por otro lado, hay una “devaluación de la educación como factor protector, no porque haya perdido esta capacidad, sino porque los umbrales necesarios para “blindar” frente a la maternidad adolescente se han elevado” (2006, pág. 134). Respecto a la ambigüedad de la zona de residencia (rural o urbana) no determina los altos niveles de fecundidad adolescente. No habría diferencia de acceso a métodos anticonceptivos e información sobre los mismos en ambas áreas.

Di Cesare, M. & Rodríguez, J. (2006) concluyen que el patrón de fecundidad adolescente no responde a una lógica tradicional, sino a la secularización valórica y mayor libertad de conducta, pero limitado por aspectos como las dificultades del acceso a la información sobre prácticas sexuales/reproductivas, acceso a la salud, etc.). En ese sentido, estos cambios de actitudes y valores han modificado las prácticas sexuales, “pero no ha hecho lo mismo en materia de responsabilidad sobre los comportamientos y, sobre todo, en lo que respecta al acceso de las muchachas y muchachos a instrumentos culturales y prácticos necesarios para hacer efectiva tal responsabilidad” (Di Cesare, M. & Rodríguez, J., 2006, págs. 134-135).

En el caso específico de Colombia, Flórez, C. & Sánchez, L. (2012) se preguntan si la disminución de la TGF, el cambio de la estructura de hogares, los cambios de actitudes y valores, la revolución sexual son indicios de que en país empezó la segunda transición demográfica. Para resolver esta duda, las autoras hacen uso de los censos a partir de 1964 hasta 2005, las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) entre 1990 y 2010. Sobre estas fuentes se tuvieron en cuenta una serie de indicadores referidos a la segunda transición demográfica:

Tabla 1: indicadores característicos de la segunda transición demográfica

A. MATRIMONIO	B. FECUNDIDAD
• Descenso en la proporción de casadas • Aumento en la edad al primer matrimonio • Aumento en cohabitación (pre y post-matrimonio) • Aumento en divorcio más temprano. • Disminución del re-matrimonio luego de un divorcio o viudez.	• Descensos adicionales en fecundidad vía posponer el primer hijo, aumento de la edad al primer nacimiento, fecundidad estructural por debajo del reemplazo. • Revolución contraceptiva: contracepción eficiente salvo en grupos determinados. • Aumento de la fecundidad fuera del matrimonio, dentro de cohabitación. • Aumento de parejas sin hijos
C. CARACTERÍSTICAS SOCIALES	
• Aumento de autonomía individual • Secularización, revolución sexual y revolución de género. • Aumento en la igualdad en los roles de género y la autonomía económica femenina. • Organización flexible del curso de la vida, múltiples organizaciones familiares - incluyendo hogares unipersonales.	

Fuente: Flórez, C. & Sánchez, L. (2012)

Las autoras reconocen los vacíos de su estudio y del uso de las ENDS para la construcción de indicadores típicos de la segunda transición demográfica. Al respecto, las académicas (2012, pág. 19) nos señalan que la ENDS:

“...no permite construir trayectorias por tipo de uniones y, por ende, no permite identificar nacimientos de hijos según tipo de unión cuando hay más de una unión. Por tanto, no es posible relacionar el nacimiento y crianza de los hijos con los cambios en el tipo de unión. Esta limitante es importante por cuanto algunos de los postulados de la STD se relacionan con rematrimonios, cohabitación postmatrimonio legal, y el matrimonio como institución para la crianza de los hijos”.

Aclarado este punto, las autoras entienden por segunda transición demográfica como los “cambios en la formación de la familia, disolución de las uniones y patrones de reconstitución de la familia experimentados por las naciones occidentales desarrolladas, después de la Segunda Guerra Mundial” (Flórez, C. & Sánchez, L., 2012, pág. 16). En cuanto a los resultados, las autoras encuentran que en el país se observan algunos aspectos propios de la segunda transición demográfica, pero sus efectos son heterogéneos: en ocasiones se observa según el nivel de desarrollo de la región del país, el nivel educativo y de condiciones económicas. Así, en el país aún no se alcanzan los niveles de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo, ni observa una postergación de la maternidad: al contrario, hubo un aumento desde finales del siglo XX de la fecundidad adolescente, por ejemplo. Cabe decir, no obstante, que en las mujeres de mayor nivel educativo y de regiones más

desarrolladas sí alcanzan estos niveles característicos de la segunda transición demográfica.

Igualmente, no hay cambios significativos en la edad del primer matrimonio/unión, incluso en las mujeres más educadas. En los sectores más educados se observa un aumento de uniones libres que responde más a una lógica de modernidad tardía a una tradicional, común en los estratos bajos y zonas rurales. Igualmente, no hay un vínculo directo entre sexualidad, matrimonio y procreación, y un detrimento del matrimonio como “institución para la crianza de los hijos” (Flórez, C. & Sánchez, L., 2012, pág. 54). En las principales ciudades surgen formas alternativas de organización familiar: hogares unipersonales. En cambio, se reducen el modelo tradicional de familia nuclear biparental. Estos hechos permiten a las autoras afirmar que en el total de país no se llevan a cabo todos los fenómenos característicos de la segunda transición demográfica, especialmente no alcanzar un nivel de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y aumento en la edad de la primera unión. Pero el hecho de cumplirse algunos rasgos, querría decir que el país se encuentra “en la senda del proceso de la STD, aunque en diferente estadio” (2012, pág. 54). Para 2010, las regiones más desarrolladas era Bogotá, Medellín. Las más rezagadas eran Guajira, Bolívar y Atlántico, con menor desarrollo y una cultura con mayores rasgos tradicionales. En ese sentido, el paso a la segunda transición democrática sería similar a la ocurrida en la primera transición: comenzó en los sectores de la población y en regiones con mejores estándares de vida (Flórez, C. & Sánchez, L., 2012).

En síntesis, las investigaciones citadas tienen en cuenta, por lo general, una definición de la primera y segunda transición demográfica como procesos enmarcados en la modernidad, incluyendo los diversos factores socioeconómicos y culturales que las determinan. Un común denominador en las investigaciones, tanto en América Latina como en Colombia, específicamente, es la heterogeneidad con la que se lleva a cabo los fenómenos relacionados con estas transiciones, como por ejemplo la reducción de la fecundidad (tanto adulta como adolescente): según el nivel educativo, de riqueza y de estándares de vida de la región/zona. Además, evitando el reduccionismo económico, se incluyen los factores culturales como la percepción que las mujeres tengan sobre la maternidad y sus roles en la sociedad. Se considera, también, que la segunda transición demográfica no se ha llevado a cabo aún en la mayoría de países de la región, aunque hay una tendencia a la realización de ese fenómeno, principalmente en los sectores sociales dominantes. En los trabajos citados, *grosso modo*, prima una metodología de tipo cuantitativa. En el presente ejercicio investigativo se nutre de dichos aportes, principalmente, de

las nociones y determinaciones entorno a las transiciones demográficas, aunque se resaltan aspectos tanto sociales como individuales de los casos estudiados, como se observará más adelante.

Por su parte, Virginia Gutiérrez, nos pone en contacto con la idea de que en la época de los años 60 y siguientes, sobrevivían escasos reductos de la familia tradicional, patriarcal, monogámica, con conceptos de pecado sexual de virginidad y castidad, además del concepto de fidelidad ampliamente aplicado a la mujer, lo cual era también una reminiscencia del pasado religioso.

Frente a todo esto se venían presentando una creciente ruptura familiar acentuada con posterioridad a la época de 1960, la cual era más notable en las uniones consensuales. Esto es confirmado por las investigaciones de las sociólogas Zamudio y Rubiano citadas por Virginia.

Ellas dicen que entre 1964 y 1969 las uniones terminan en ruptura en su cuarta parte.

La tasa de las uniones consensuales definidas como unión libre en 1965, era seis veces mayor a la tasa existente en 1910. Entre estas uniones se encontraban parejas de casados cuyo matrimonio legal había sufrido una quiebra irreversible. Otra forma de unión de hecho se presentaba entre un hombre casado legalmente y una mujer soltera, pero que también es muy frecuente la presencia de una mujer supletoria, es decir, “la segunda”.

Una forma de familia incompleta, según Virginia Gutiérrez (2005, Huellas Escritas, pág. 294), es el padresolterismo y el madresolterismo. Estas son figuras existentes desde el pasado colonial. El padresolterismo comienza a aparecer en los centros urbanos, por ruptura de una unión, en la cual la madre abandona a su compañero y a sus hijos que deja a su cuidado. También puede presentarse cuando el padre es quien decide la ruptura de la unión quedándose solo con sus hijos.

El madresolterismo más generalizado, desde los tiempos coloniales, tipificado por el abandono del padre a la compañera y a los hijos.

4. MARCO TEORICO

Elementos contextuales para la comprensión de las dinámicas de la fecundidad en Colombia

El siglo XX fue el periodo en el que se llevó a cabo grandes transformaciones en aspectos sociales, económicos y demográficos en Colombia y en el resto de América Latina. En ese sentido, la región no ha estado exenta del proceso de la transición demográfica que ya se estaba llevando a cabo en los países desarrollados, la cual consiste en la reducción de los niveles de mortalidad y, luego, de la fecundidad. El descenso de la mortalidad en América Latina se inició en la primera mitad del siglo XX, acentuándose *a posteriori* de la Segunda Guerra Mundial. Entre 1950 y 2000 la esperanza de vida pasó de más de 50 años a casi 70 años. De forma más pausada pero sustancial, la fecundidad empieza a descender, pasando en 35 años de 6 hijos en promedio por mujer a 2,8 hijos (Flórez, 2000). Producto de este fenómeno, se redujo la tasa de crecimiento media anual y comenzó un proceso de envejecimiento de la población de la región. Estos procesos reflejan un fenómeno, dentro del marco de una transición demográfica y una transición epidemiológica, denominado *transición de la fecundidad*, entendido como el paso de un régimen de fecundidad natural a un régimen de control voluntario, trayendo como consecuencia una reconfiguración en el patrón reproductivo (Flórez, 2000, pág. 34).

Los niveles altos de fecundidad de la región a mediados del siglo XX sólo eran superados por África (6,8 hijos por mujer), ubicándose por encima del promedio mundial (5 hijos por mujer). En contraste, a finales de ese siglo, la región alcanzaba una fecundidad de 2,76 hijos por mujer, levemente por arriba al promedio mundial de 2,3 hijos. Sin embargo, la región alcanza las cifras similares de determinados países de Europa de hace cinco décadas, los cuales algunos a finales del siglo XX alcanzaban un nivel de fecundidad de 1,4 hijos por mujer (Chackiel, 2004). El descenso de la fecundidad ha sido un fenómeno común a todos los países América Latina, aunque en algunos casos como Costa Rica, República Dominicana, Brasil y México ha sido más pronunciado al alcanzar entre 1950-2000 una reducción del

60%. Como señala Chackiel (2004, pág. 11) estos últimos países mencionados son un ejemplo de que las transformaciones de los niveles de fecundidad no responden directamente a políticas públicas de apoyo a programas de planificación familiar: en México, por ejemplo, se manifiesta claramente la voluntad política de apoyo a estos programas, pero en Brasil no se evidencia tan claramente. A pesar de ello, como se dijo, Brasil ha tenido una reducción importante de la fecundidad.

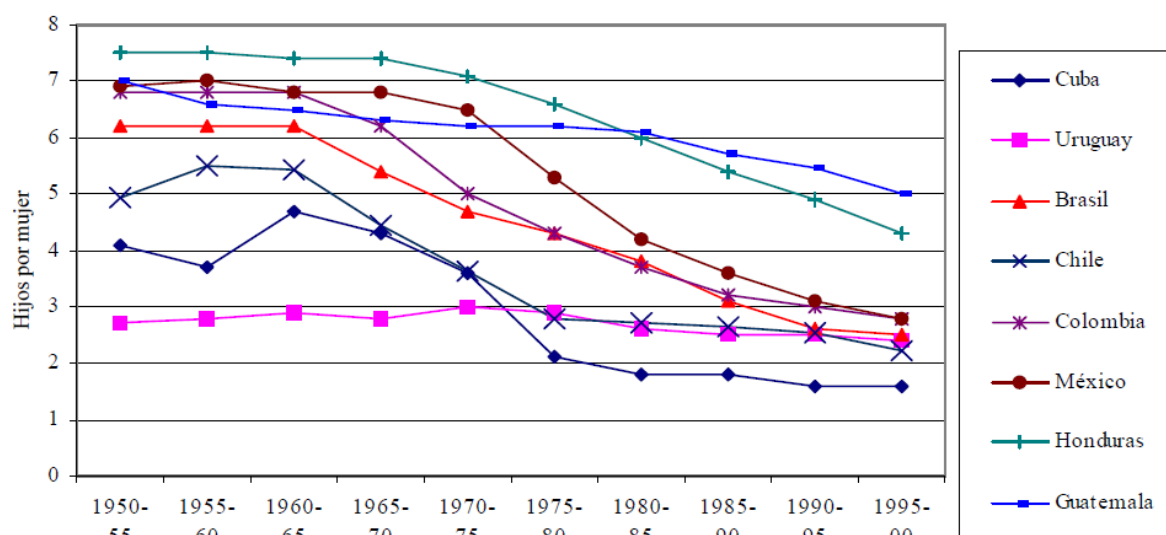
Los países con una fecundidad baja, alrededor de 2,4 hijos por mujer, son Uruguay, Brasil y Chile, como se puede observar en la gráfica 1. El primero, con una transición temprana de la fecundidad, tenía una fecundidad de 2,7 hijos por mujer a mediados del siglo XX, siendo la más baja de la región en ese entonces. Por su parte, Cuba es el único país con un nivel muy bajo de fecundidad. Alrededor de 1950 tenía un nivel moderado de 4,1 hijos por mujer, el cual asciende luego de la Revolución Cubana en 1959. Pero a partir de 1970 la fecundidad descendió a 2,1 hijos por mujer. A finales de siglo alcanzó 1,6 hijos. Chackiel (2004, pág. 16) considera que esta diferencia de Cuba respecto del resto de América Latina y el Caribe se debe a las transformaciones socioeconómicas producto de la Revolución, las cuales modificaron, entre otras cosas, “el rol de la mujer en la sociedad, de que las políticas del Estado proporcionaron más decididamente los medios de control de nacimientos, siendo el único país en América Latina que tiene una ley de despenalización del aborto”.

En los países con elevados niveles de fecundidad se encuentran, entre otros, Honduras, Haití y Guatemala. Aunque estos países han reducido la fecundidad, como el caso de Honduras que la redujo de 7,5 hijos por mujer (la más alta de la región) a mediados del siglo XX, en el periodo 1995-2000 se redujo alrededor de 4. Guatemala, por su parte, pasó de 7 hijos por mujer a 5. Queda manifiesto, entonces que, aunque la reducción de la fecundidad se ha dado en toda la región, el grado de este proceso no es homogéneo y responde a las situaciones socioeconómicas particulares de cada país y subregión.

Específicamente, Colombia a principios del siglo XX era un país fundamentalmente rural con una estructura socioeconómica pre-moderna: limitado acceso a la educación, la salud y servicios básicos (energía, acueducto, alcantarillado), lo que explicaría las precarias condiciones sanitarias de la mayoría de la población y sus efectos: altas tasas de mortalidad infantil² y adulta, lo que incidía en una alta tasa

² Es la probabilidad que tiene un recién nacido de morir antes de cumplir un año de vida (Celade/Cepal).

Gráfica 1: Tasa global³ de fecundidad para algunos países de América Latina, 1950-2000



Fuente: Cepal/Celade, citado por Chackiel (2004). de fecundidad⁴, y una baja tasa de crecimiento. Durante las primeras décadas del siglo XX, la tasa total de fecundidad fue de 6,4 hijos por mujer. Entre 1905-1950 la población aumentó en 2,9 veces (Mesa, C. & Junca, G., 2011).

En contraste, a mediados de siglo se llevaron a cabo, paulatinamente, cambios significativos. En este periodo se implementaron programas en salud y educación que, aunque concentrados en las ciudades, influyeron en las dinámicas demográficas. En ese sentido, hubo grandes flujos migratorios del campo a la ciudad que explican el crecimiento de ésta y un aumento de la urbanización, generándose una concentración urbana en cuatro ciudades principales del país: Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla. Los descensos en mortalidad (iniciados desde los años treinta por el mejoramiento en las condiciones sanitarias) y una fecundidad constante produjeron, en los sesenta, una explosión demográfica (Flórez, 2000). Entre 1951-1964 la tasa bruta de natalidad⁵ llega a su nivel más alto: 45,4 por mil. Así, entre 1960-1964 la fecundidad total alcanza los 7 hijos por mujer. Empero, como se observa en la gráfica 1, tanto en Colombia como en el resto de la región,

³ Es el número de hijos que en promedio tendría una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad del período en estudio y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil (Celade/Cepal).

⁴ Índice que refleja la cantidad de nacimientos con vida que se registra en un año por cada mil mujeres de entre 15 a 49 años (ENDS, 2015).

⁵ Expresa la frecuencia con que ocurren los nacimientos en una población determinada (Celade/Cepal).

desde la segunda mitad de la década del sesenta, debido principalmente al acceso masivo a la educación (iniciada en la década del cincuenta), se produjeron las condiciones que permitieron la modificación de los valores y actitudes sobre el tamaño de la familia, el rol de los hijos y de la mujer en el hogar (Flórez, 2000, pág. 131).

Estos procesos reflejan una transición de la fecundidad en el país. En ese sentido, desde la segunda mitad de la década del sesenta la fecundidad total disminuye. En veinte años (entre 1960-65 y 1980-85), la fecundidad se redujo un 50%: descendió de 6,8 a 3,7 hijos por mujer (ENDS, 2015). El nivel de fecundidad fue de 6,7 hijos por mujer en 1967, de 3 hijos en 1990-95 y 2,1 en 2010, en el queda más patente la transición de la fecundidad, lo que determina que el ritmo de descenso de la fecundidad se reduzca más lento: de 2,6 a 2,0 en 2015. También, debido al control de natalidad, la distancia del espaciamiento entre hijos ha aumentado progresivamente, pasando de 41,6 meses en 2005 a 50,7 meses en 2015. Adicionalmente, esta transición ha implicado que el descenso del nivel de fecundidad sea paralelo al rejuvenecimiento del patrón de fecundidad⁶, adquiriendo rasgos propios del control de natalidad. Este rejuvenecimiento permite advertir una preferencia de las parejas (las cuales se casan a temprana edad) por tener hijos en seguida de la unión o matrimonio, para luego controlar la fecundidad. A pesar de estas transformaciones, el inicio del papel reproductivo no ha variado sustancialmente en la última década: este inicio es de 21,7 años entre el grupo etario de mujeres de 25 a 49 años (ENDS, 2015).

En contraste con lo ocurrido en Colombia y en América Latina, en Europa presenta una tasa máxima en los grupos etarios de 30-34 años, como en Países Bajos y en España, los cuales también tienen una edad de unión más tardía y mayor intervalo intergenésico⁷, como señala Chackiel (2004). No obstante, la postergación de la unión no determinaría una reducción de la fecundidad, como queda patente en Cuba (en el caso de América Latina), Rumania y Estonia (en Europa Oriental). Por el momento, excepto Uruguay y Argentina, los países de América Latina no tendrían un comportamiento análogo al patrón tardío de Europa Occidental, porque en la región prevalece la tendencia de fecundidad temprana (Chackiel, 2004).

⁶ Se refiere a las Tasas de Fecundidad por edad de un año o período particular, y mide el número de hijos e hijas por cada mil mujeres en cada edad específica¹ en ese año o período (ENDS, 2015).

⁷ “El intervalo intergenésico mide el tiempo transcurrido entre nacimientos, es decir el espaciamiento entre los hijos e hijas, mientras que el intervalo protogenésico mide el tiempo transcurrido entre la unión y el nacimiento del primer hijo e hija” (ENDS, 2015, pág. 275).

Los cambios de valores y actitudes fueron el factor fundamental en la transición demográfica (Flórez, 2000, pág. 56), los cuales posibilitaron la expansión de los programas de planificación familiar, y que estos programas, a su vez, ampliaron la velocidad con la que se llevó a cabo la transición. El cambio de valores y actitudes sobre la familia se evidencia en el tamaño ideal de la familia que en 1995 era de 2 hijos para mujeres sin hijos, y 2,7 para mujeres unidas con hijos. Según Flórez (2000), hay una serie de factores que incidieron en la transición de la fecundidad en el país. En primer lugar, responde a procesos más complejos propios de la modernidad: el aumento del acceso a la educación por parte de la población (especialmente de las mujeres quienes accedieron en mayor medida al mercado laboral), urbanización, mejores en condiciones de salud y medioambientales, relativa industrialización.

En segundo lugar, el incremento de recursos públicos y de programas de salud y programas educativos en las décadas del treinta y cuarenta; crecimiento de la economía en las décadas de sesenta y setenta, lo que a su vez influyó a un mayor acceso a la educación y de mejoramiento de las condiciones de vida de la población. La educación ha tenido un papel fundamental en este proceso, debido a que permite enclasar y es un medio para acceder a una mejor calidad de vida al permitir emplearse en oficios calificados. Más allá de esto, la educación les permite a las mujeres ampliar y reflexionar sobre la maternidad y su rol en la sociedad. Así, las mujeres urbanas con estudios superiores llegaron a una fecundidad de 1,8 hijos entre 1992-95, mientras que las mujeres sin ningún estudio, la tasa total de fecundidad alcanzó 3,9 hijos por mujer urbana. Las mujeres más educadas usan métodos de anticoncepción: 58%, y 77% para mujeres con educación superior entre 1992-95 (Flórez, 2000).

En tercer lugar, la participación de instituciones privadas de planificación familiar, debido a la explosión demográfica de la década del cincuenta. En 1964 se crea la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), en 1966 se crea la Asociación Pro-Bienestar de la Familia en Colombia (Profamilia), instituciones que implementaron programas de planificación familiar. Estos programas, que fueron facilitadores de la transición de la fecundidad, expresaron el empeño en el país de llevar a cabo programas de anticoncepción. La disponibilidad de anticonceptivos amplió su uso en la planificación familiar. En 1967, sin evidenciarse aún la transición de la fecundidad, sólo un 27% de la población en edad fértil usaba métodos anticonceptivos. En cambio, en 1997, durante la transición, el 72% de personas en edad fértil usaban métodos de anticoncepción (principalmente la esterilización femenina), creciendo también en las zonas rurales con un 67%. Atlántico, por

razones culturales como la importancia dada al matrimonio, la familia, la maternidad, sólo llega a un 64% en el uso de anticonceptivos (Flórez, 2000).

En ese sentido, la anticoncepción, influida por la educación, ha tenido un peso determinante en la reducción de la fecundidad. A nivel de América Latina, el uso total de los métodos (tradicionales y modernos) es proporcional en los países de bajos niveles de fecundidad (Chackiel, 2004). A finales del siglo XX, en Costa Rica prevalece el uso de anticonceptivos en un 80%, Brasil con 77%, Cuba con 73%. Los países con mayor uso se acercan a la proporción de España, Francia y China (este último con 83%, el más alto a nivel mundial). En cambio, en países con altos niveles de fecundidad el uso es menor: Haití con 28%, Honduras con 62% (Chackiel, 2004). En Colombia, como se dijo, con la creación de Ascofame y de Profamilia y los convenios del gobierno con diversas organizaciones multilaterales, especialmente con la Organización Panamericana de la salud (OPS) en 1969, se consolidan las acciones por la planificación familiar. La planificación familiar por medio de métodos anticonceptivos

“...facilitó y aceleró la transición de la fecundidad en Colombia (...) los planes planificadores jugaron un papel instrumental como facilitadores de la transición de la fecundidad, pero no fueron los agentes responsables de esos cambios (...) [porque] ya existía un “exceso” de fecundidad, es decir, una demanda insatisfecha por planificación familiar (...) donde las mujeres ya usaban métodos anticonceptivos, principalmente tradicionales” (Flórez, 2000, pág. 54-55).

A diferencia del peso importante de la anticoncepción en la transición de la fecundidad, hay una reducida incidencia de otros factores como la nupcialidad o uniones libres (afecta a la fecundidad por factores como la edad de iniciada la unión, la proporción de soltería, y la proporción de divorcios y separaciones), y la duración de la lactancia (Flórez, 2000, pág. 45), los cuales no son determinantes en una etapa avanzada de transición de la fecundidad, debido a la leve tendencia a los matrimonios tardíos en zonas rurales y urbanas. Esto contradice la hipótesis de que los procesos ya mencionados propios del modernismo y la transición de la fecundidad suponen un aumento de la edad en las uniones, aunque sí es más marcada en las zonas más urbanizadas y en mujeres con niveles altos de estudios. Pero no hay una relación de causalidad entre los efectos de la modernidad y la edad de inicio de las uniones, sino que responde más a factores culturales (Flórez, 2000).

El aborto, por su parte, “no debería promoverse como método de planificación de la familia”, según señala el Programa de Acción de la CIPD de 1994 (Naciones Unidas,

2014, pág. 76). En cambio, según menciona dicho documento, los gobiernos deber brindar mecanismos para que las mujeres eviten el aborto. A pesar de que por ser un procedimiento penalizado salvo en tres excepciones en Colombia, el aborto clandestino supone mayor riesgo para la salud y vida de la mujer. Según Gonzáles (2005), los embarazos que finalizan en aborto son del 16,0% de las causas de muerte materna. El 22,9% de mujeres entrevistadas entre 15-55 años afirmaron haber realizado un aborto inducido. Se señala que las mujeres de 19 años tenían mayor riesgo de aborto que una mujer mayor (Gonzáles, 2005). A pesar de la prohibición, en América Latina en 2003 ocurrieron 4,1 millones de abortos, una tasa de 31 por 1000 mujeres de 15-44 años. De esta cifra, 95% de los abortos son de alto riesgo (Prada; Biddlecom; & Singh, 2012). En Colombia, aunque los datos son limitados, el aborto inseguro fue la segunda causa de la mortalidad materna alrededor de 1995. Más allá de estos datos, debido a que en la mayoría de países de América Latina el aborto no es legal, hay limitaciones en la información (Chackiel, 2004).

Esta transición de la fecundidad, sin embargo, ha sido diferenciada en Colombia. Se ha llevado a cabo, principalmente, en las urbes y en los grupos con mejores estándares socioeconómicos. En lo que respecta al diferencial espacial, aunque ha habido una reducción significativa de la fecundidad en las zonas rurales con rasgos propios de una transición de la fecundidad: de 8 a 4,3 hijos entre 1965 y 1995, esta reducción no ha sido análoga a la ocurrida en las urbes, estableciéndose una brecha sustancial entre lo rural y lo urbano (Flórez, 2000). En ese sentido, la fecundidad es mayor en las zonas rurales y departamentos con menos desarrollo, menores estándares de vida, menores niveles educativos y de riqueza.

En 1973 la zona rural estaba en una fase pre-transicional, con una fecundidad mayor a 5,5 hijos por mujer. Bogotá, en cambio, tenía menos de 3 hijos por mujer, las zonas urbanas de la región andina (la cual ha tenido altas condiciones socioeconómicas) entre 3 y 4.5 hijos por mujer. (Flórez, 2000) En contraste, la Orinoquía y Amazonía (con bajos niveles socioeconómicos) tenían una fecundidad de 4.5 y 5.5 de hijos por mujer. Empero, para el año de 1973 la mayoría de urbes presentaban una transición clara de la fecundidad. La disimilitud se acentúa a nivel departamental: Caldas tenía una tasa global de fecundidad de 1,3 hijos por mujer, en cambio, Vichada tenía una tasa de 4,6, la misma que tenía el país en 1972. Así, había una diferencia de 43 años entre el departamento con más y con menos tasa global de fecundidad (Flórez, 2000).

Respecto de la comparación zona urbana/rural en la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015, como se observa en la tabla 1, para 2015 la zona urbana

tenía una tasa global de fecundidad de 1,8; mientras que la zona rural era de 2,6. Desagregado por región, la zona Atlántica tenía la mayor tasa con 2,0; Orinoquía y Amazonía con 2,2; Bogotá con 1,8, Pacífica con 1,9; y la de menor nivel fue la región Central con 1,6. Por subregiones, Guajira, Cesar y Magdalena tenían la tasa más alta: 3,1; Medellín A.M. tenía la tasa más baja: 1,1; Bogotá con 1,8; Cali A.M. con 1,6; Valle sin Cali ni Litoral: 1,7; y Litoral Pacífico con 2, 8. La brecha entre la zona rural y la zona urbana respondería al hecho de que en la primera:

“...el uso de los anticonceptivos es limitado, los hijos son mano de obra rural y se consideran una garantía para la vejez. En estas condiciones, hay una edad temprana a la unión, hay diferencia de edad entre los conyugues y las uniones tienden a ser estables [...]. Sin embargo, en las zonas rurales las mujeres no valoran tanto el costo de oportunidad de tener un hijo de acuerdo con las circunstancias laborales definidas por su nivel educativo, porque allí las mujeres con baja educación se incorporan al trabajo remunerado por la necesidad de incrementar los ingresos del hogar (Medina 2005, 82)”.

Tabla 2: Tasa global de fecundidad según zona, región y subregión de Colombia, 2015

Característica	Tasa global de fecundidad
Zona	
Urbana	1,8
Rural	2,6
Región	
Atlántico	2,5
Bogotá	1,8
Central	1,6
Pacífica	1,9
Orinoquía y Amazonía	2,2
Subregión	
Guajira, Cesar y Magdalena	3,1
Bogotá	1,8
Medellín A.M.	1,1
Cali A.M.	1,6
Valle sin Cali ni Litoral	1,7
Litoral Pacífico	2,8
Orinoquía y Amazonía	2,2

Fuente: ENDS, 2015.

En lo que respecta a los diferenciales educativos y de riqueza, fueron las mujeres en posiciones socioeconómicas altas, alto nivel educativo, inmersas en el mercado laboral y con actitudes no tradicionales del tamaño de la familia y del rol de los hijos, las que impulsaron la transición de la fecundidad (Flórez, 2000). En 2015 (como se puede ver en la tabla 2) las mujeres sin educación tenían un nivel de fecundidad de 3,9 hijos por mujer (el promedio a nivel nacional en 1980), entre tanto las más educadas tenían un nivel de fecundidad de 1,6 hijos. En ese sentido, entre el campo y la ciudad hay un rezago de 35 años en la reducción de la fecundidad entre las mujeres más educadas y las menos educadas (ENDS, 2015). Frente al diferencial por riqueza, el quintil más alto alcanzó una tasa global de fecundidad de 1,3; mientras que el quintil más bajo fue de 2,8. Como se puede observar en la tabla 3, en la región pacífica la tasa global de fecundidad según el nivel educativo es de 3,3 para las mujeres sin educación/primaria; secundaria con 2,8; superior con 1,1. Para Atlántico, las mujeres con educación primaria/sin educación alcanzan el 3,8; secundaria con 2,9; superior con 1,5. Amazonía-Orinoquía en educación primaria alcanza el 3,7; secundaria con 2,6; y superior con 2,0. Bogotá, por su parte, en primaria/sin estudio tiene un 3,0; secundaria con 2,8; y superior con 1,2.

Tabla 3: Tasa global de fecundidad según educación y riqueza en Colombia, 2015.

Característica	Tasa global de fecundidad
Educación	
Sin educación	3,9
Primario	3,0
Secundario	2,1
Superior	1,6
Quintil riqueza	
Más bajo	2,8
Bajo	2,3
Medio	1,9
Alto	1,5
Más alto	1,3
Total 2015	2,0
Total 2010	2,1

Fuente: ENDS, 2015.

Tabla 4: Tasa global de fecundidad en Colombia, 2010

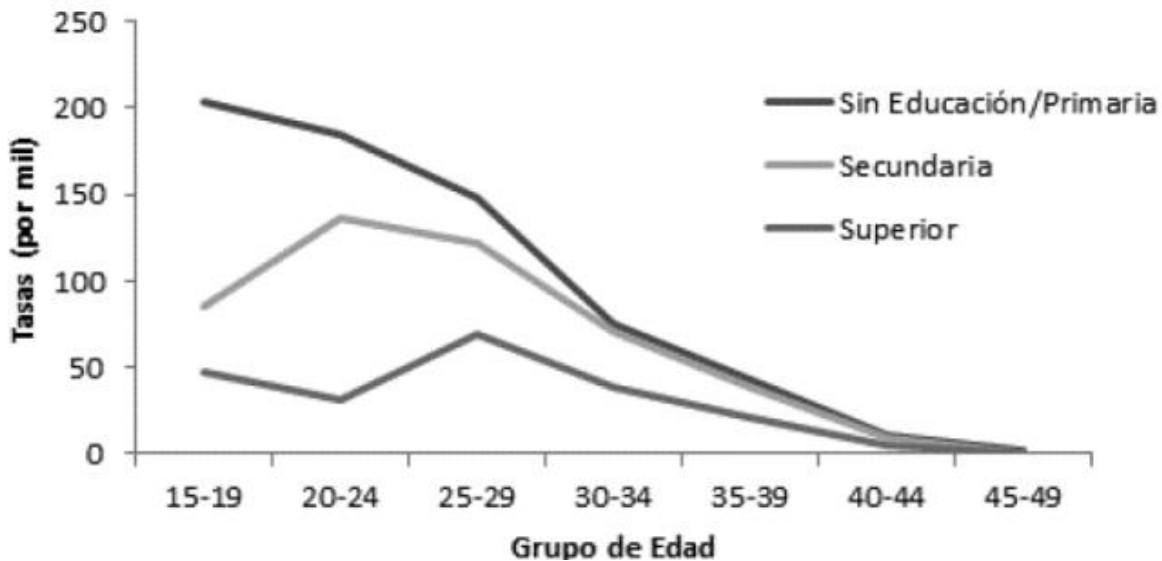
	Niveles educativos			
Característica	Sin educación/primaria	Secundaria	Superior	Total nacional
Región				
Atlántica	3,8	2,9	1,5	2,7
Oriental	3,4	2,5	1,6	2,5
Central	3,3	2,3	1,4	2,2
Pacífica	3,3	2,3	1,1	2,3
Bogotá	3	2,8	1,2	2,1
Amazonía-Orinoquía	3,7	2,6	2	3
Zona de residencia				
Urbana	3,3	2,6	1,3	2,2
Rural	3,8	2,7	2,1	3,2
Total	3,5	2,5	1,3	2,4

Fuente: Medina, 2012.

Según se observa en la gráfica 2, la región Pacífica presenta los menores niveles en la tasa específica de fecundidad⁸ en el nivel educativo superior, resaltando en el grupo de edad entre 25-29 años. Entre cada 1000 mujeres profesionales de entre 25-29, nacen alrededor de 70 niños. En contraste, las mujeres sin educación/primaria tiene prevalencia sobre el nivel superior y secundaria, principalmente en los grupos etarios de 15-19 con una tasa de 200.

⁸ La tasa específica de fecundidad por edad es el número de nacimientos de mujeres en una edad o grupo de edad específica, que ocurren en un período de tiempo, ya sea un año o varios años, por cada mil mujeres en esa misma edad o grupo de edad (ENDS, 2015).

Gráfica 2: Tasa específica de fecundidad por niveles educativos- región pacífica 2010



Fuente: Medina, 2012.

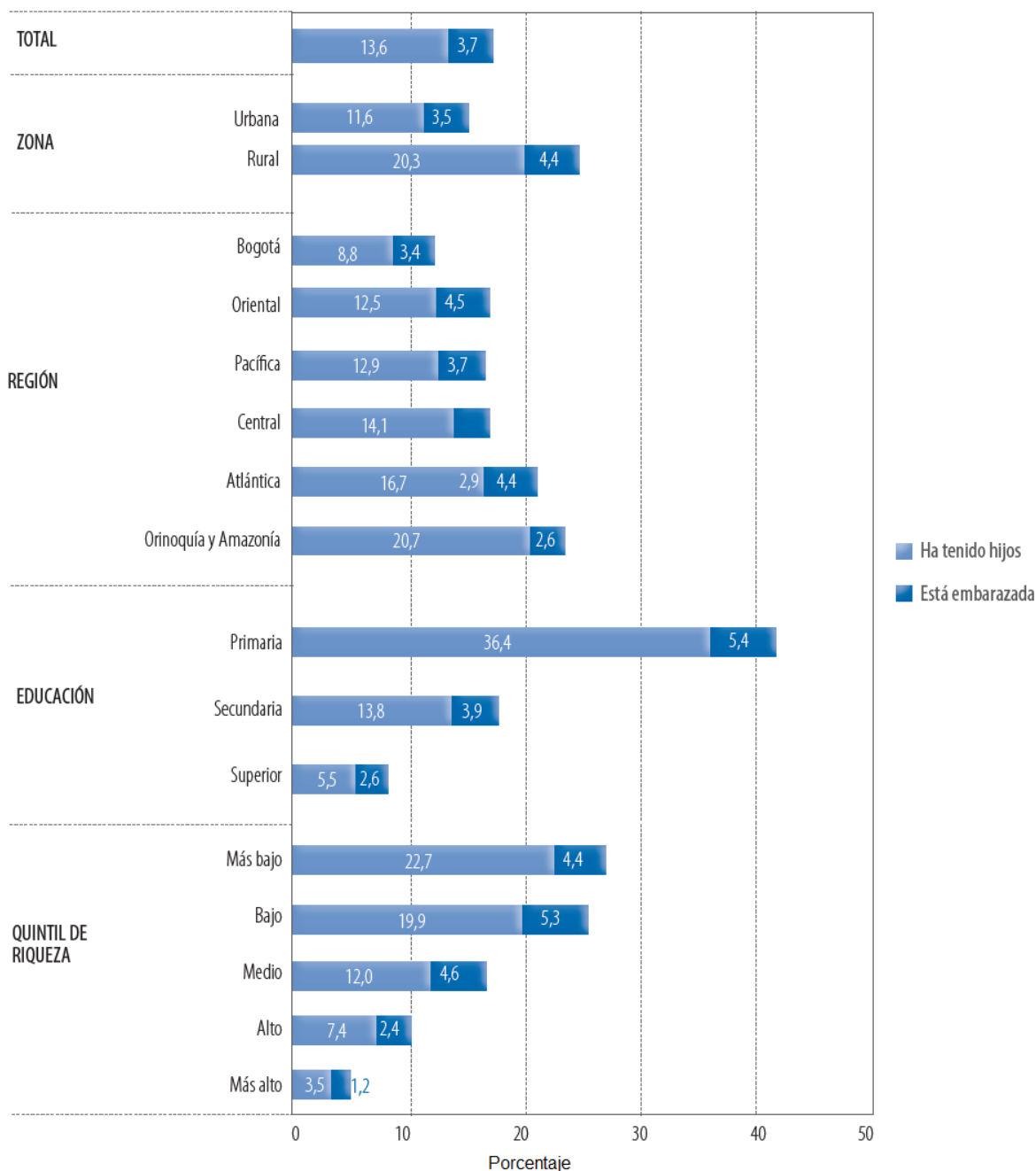
De la misma manera, el inicio del rol reproductivo es más lejano según se acrecientan los estándares de vida, y a mayores estándares de vida, mayor distancia intergenésica, lo que implica que haya, por ejemplo, una brecha entre la zona rural y la urbana en cuanto al inicio del rol reproductivo y el intervalo intergenésico (ENDS, 2015). En la actualidad, no obstante, persisten esos diferenciales entre las regiones más avanzadas socioeconómicamente y las regiones y departamentos limítrofes, quedando manifiesta la relación entre los niveles de fecundidad y las condiciones socioeconómicas y de mortalidad según las zonas geográficas. Ante ese panorama,

“...estos marcados diferenciales geográficos y socioeconómicos en fecundidad evidencian que el país tiene un largo camino por recorrer en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos para poder llegar a materializar el “enfoque de cierre de brechas” del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, y el principio de “no dejar a nadie atrás” consagrado en la Agenda 2030, que comprende a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ENDS, 2015)”.

En lo que concierne a la fecundidad adolescente, desde la década del ochenta se convirtió en un problema de salud pública. La tasa de fecundidad en los grupos

etarios de 15-19 años baja de 99 a 70 por mil entre 1969 y 1990. Pero a partir de este último año esta cifra aumenta sustancialmente hasta llegar a 90 por mil en 2005, para posteriormente reducirse a 74 por mil en 2015 (ENDS, 2015). Al igual que la fecundidad en el resto de grupos etarios, la fecundidad adolescente también está determinada por el nivel educativo de la mujer, la zona/región y el grado de riqueza en el hogar. Así, en la zona rural prevalece un 24,8% de madres o mujeres embarazadas de su primer hijo en 2015, mientras en la zona urbana tan sólo 15,1%, como se observa en la gráfica 2. Desagregado por región, la Orinoquía y la Amazonía alcanzan los niveles más altos: 23,3%; Bogotá con 12,2% y la zona Pacífica con 16,6%. Desagregado por educación, en las mujeres que cuentan sólo con primaria prevalecen los embarazos o maternidad adolescente con un 41,8%, mientras que las que cuentan con estudios superiores alcanzaron tan solo el 8%. Frente al nivel de riqueza: el quintil más bajo y bajo con 27,2% y 22,2%, respectivamente; el quintil más alto y alto con 4,7% y 9,8%, respectivamente. Por departamento, Vaupés es el departamento con mayor prevalencia de embarazo o maternidad adolescente con 46,9%; le siguen Guanía con 37,0% y Caquetá con 35,1%. En contraste, Santander, Valle del Cauca y Bogotá son los de menor porcentaje: 11,3%; 11,7; y 12,2%, respectivamente.

Gráfica 3: Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años embarazadas por primera vez en Colombia, 2015



Fuente: ENDS, 2015.

La presión y normal social que advierte el adolescente para el comienzo de las relaciones sexuales, de la maternidad y el uso del condón son algunos de los

factores que inciden en la maternidad adolescente (ENDS, 2015). Es por ello que la prevalencia de la maternidad en mujeres de 13 a 19 años es de 23.3%, las cuales perciben que sus amigas ya comenzaron las relaciones sexuales, mientras que las que consideran que sus amigas no han iniciado relaciones sexuales es de sólo 2,4%. Igualmente, prevalece con un 15,8% en las mujeres cuyas amigas activas sexualmente no usan condón. En cambio, es menor, con 7,5%, con las amigas que piensan que todas usan condón. En cuanto a la presión de los pares para iniciar relaciones sexuales, es de 18,2% para las que sienten presión, y 10% para las que dicen no sentirse presionadas.

Frente a la relación y el impacto que tiene la educación sobre la reducción de embarazos adolescentes, las Naciones Unidas señalan que,

“...La educación es una variable clave de política para propiciar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y, de esta manera, romper la secuencia negativa de fecundidad, pobreza y exclusión. La educación contribuye al cambio del comportamiento reproductivo y es un factor protector frente a la maternidad adolescente. Deberán realizarse grandes esfuerzos no solo por aumentar la cobertura sino también para lograr que la educación impacte eficazmente sobre la formación de decisiones reproductivas informadas y autónomas por parte de las mujeres y de las adolescentes en particular (CEPAL 2011, 82)”.

En la ponencia presentada por Virginia Gutiérrez de Pineda, en el Segundo Congreso del Trabajo Social, realizado en Bogotá, en octubre de 2019, vemos su gran interés por los cambios sociales sucedidos en torno a la lucha de las mujeres por aliviar las pesadas cargas que siempre las sumieron en posición de desventaja frente a los privilegios masculinos. (Gutiérrez, Virginia, Cambio Social, Familia Patriarcal y Emancipación Femenina en Colombia, Revista de Trabajo Social No. 1, 1998, Bogotá)

En dicha ponencia ella expone los avances y metas perseguidos a instancias de un cambio social que ubicara a la mujer en la posición que realmente le correspondía, dado su compromiso natural de perpetuadora de la especie en mayor grado que el que le compete al hombre. Este compromiso que pesa sobre la mujer no ha sido verdaderamente reconocido por el hombre, sino que, por el contrario, él ha creído que, simplemente, es obligación de ella, mientras él recoge los frutos de ser merecedor de todas las ventajas por razones mal infundadas en sus atributos como la fuerza física y la virilidad y, también, creyendo equivocadamente, que la mujer, por tener los hijos estaba condenada a suplir las necesidades funcionales del hogar para las cuales el hombre nunca quiso prepararse. Estos cambios sociales

involucran, desde luego, cambios culturales cuyo resultado es la equiparación de géneros.

Ella destaca que las funciones familiares de cambio más notable son: la económica, la sexo-reproductiva, la de generación gratificante y la de socialización y crianza (Gutiérrez, Virginia, *óp. cit.*, pág. 39). La económica a través de su vinculación al trabajo remunerado ha sido la más importante. El trabajo femenino se ha vuelto obligatorio, en muchos casos, porque el padre abandona sus obligaciones o ya no las considera de su responsabilidad y, además, la búsqueda de la igualdad de género también genera conflicto con el orden anterior y, allí, suele aparecer la violencia intrafamiliar.

En este proceso Virginia parte de las condiciones que afrontaba la mujer bajo las condiciones del patriarcalismo que tuvo curso en la Colonia y en los s. XIX y XX, y que en algunos conglomerados humanos aún tiene presencia. Ella expone los avatares, las discriminaciones y ataques de que ha sido objeto en su búsqueda de la equiparación de géneros, el reconocimiento de sus capacidades y la valoración de sus ocupaciones tanto familiares como laborales. Estas situaciones han sido comunes en la vida de las mujeres que participaron en este trabajo como el sometimiento (patriarcal), la subvaloración de sus capacidades y el abandono o la separación.

Hoy muchas de estas situaciones ya no son las mismas. La satisfacción sexual para la mujer es una meta buscada para la cual los hombres deben ser educados. Virginia Gutiérrez, le concede vanguardia a la mujer demarcando la separación entre gratificación y reproducción en la función sexual (Virginia Gutiérrez, *óp. cit.* pág. 44). El madresolterismo es causa (o causado) por mujeres que en su última opción, para ser madres, (por su edad) recurren a la fecundación por un hombre, que no tiene que cumplir con la obligación paternal, sino solo biológica o, también, buscan procesos especializados para lograr tal fecundación. (Virginia Gutiérrez, *óp. Cit.* Pág. 45)

El informe de la UNFPA, (Fondo de Población de las Naciones Unidas), presentado en oct. De 2018, indica que una fecundidad reducida contribuye al desarrollo de los niveles de bienestar social y que esto puede lograrse respetando los derechos reproductivos de las mujeres, de tal manera, que ellas tengan acceso a los medios anticonceptivos y a las terapias de fertilidad.

El informe titulado “El Poder de Decidir” indica que los hogares más pequeños (por su número de personas), están en lugares donde las mujeres tienen mayor capacidad de decisión, relaciones más equitativas, calificados servicios en su salud sexual y reproductiva, una educación buena y a un trabajo que satisfaga sus requerimientos vitales.

Este informe recalca como primordial el bienestar de las mujeres y los niños, que puedan disfrutar sus derechos y que no sientan un mínimo de discriminación; un lugar donde las mujeres puedan tomar sus decisiones, en materia del deseado número de hijos con absoluta libertad.

5. ANALISIS DE LOS CASOS

En este capítulo se hace el análisis de las variables encontradas en los patrones reproductivos de las cuatro familias. En tal análisis es muy representativo que las personas seleccionadas sean todas mujeres, y es igualmente decisiva su conformación familiar, su nivel educativo, su nupcialidad etc., es decir, todo lo que atañe con su fecundidad.

Para su realización, las entrevistas fueron transcritas a través del programa ATLAS-ti, el cual, también, facilitó el estudio cualitativo de los casos por categorías.

Una vez clasificadas las categorías, se elaboraron tres tablas en las cuales se presenta toda la información obtenida, lo que facilitó el cruce de cada generación con su descendencia, o sea, que cada tabla permite una visión clara, en primer término, longitudinal (abuela, madre, hija) pero también permite observar las diversas relaciones transversales entre las personas de una misma generación, por ej., entre las abuelas, etc. Para facilitar el manejo de esta temática, se ha denominado a la generación más antigua como las “abuelas”, la siguiente como las “madres intermedias” y a las más jóvenes como las “madres jóvenes”

Las categorías determinadas se fueron aplicando a cada persona para registrar su edad, número de hijos, número de uniones, primera relación sexual, etc., para así, establecer sus condiciones frente a la transición de la fecundidad, que es el objetivo de esta investigación.

Una aplicación del barrio de residencia y el estrato ya nos daba una idea de su capacidad socioeconómica, el cual era definido mediante su actividad laboral, sus ingresos y su profesión.

Los años de estudio nos informarían su nivel educativo para determinar su capacidad de relación social individual, laboral y en el análisis de planes y comprensión de ideas de otros grupos y personas.

El número de hijos, de parejas, su información sobre sexualidad y la atención recibida en sus embarazos y partos, darían cuenta de su seguridad maternal y del liderazgo que, como madre, haya ejercido para establecer el “número deseado de hijos”, como esta descrito en el informe de la UNFPA, de octubre de 2018, cuando declara “El Poder de Decidir”, de la mujer en relación con su composición familiar.

La edad al primer embarazo y su primera unión y su primera relación sexual, darían cuenta de ese liderazgo construido con anterioridad mediante los recursos de que haya dispuesto, sola si es el caso, o en comunicación y apoyo de su familia pendientes de su desarrollo social y psicomotor.

La fecha de nacimiento se toma como una categoría importante porque permite ubicar históricamente a la persona en el punto de contacto con los aspectos sociales contemporáneos. Así, se logra especificar cuáles eran los desarrollos de las aplicaciones, por ejemplo, en la salud, la educación, etc., de manera somera o especializada, pero se necesita el concurso de los archivos de las instituciones que han manejado estas áreas.

Todas las categorías estudiadas no inciden por igual sobre la fecundidad. De los denominados determinantes próximos que favorecen el riesgo de embarazo la unión, legal o consensual, se presenta como la variable principal. La edad de iniciación de la mujer en su vida sexual y reproductiva se sucede a diferentes edades, como se comprobó con las diferentes personas de este estudio.

En este trabajo presentamos tres categorías ampliamente vinculadas con esta iniciación como la edad a la primera relación sexual, la edad a la primera unión y la edad al primer embarazo. Esta edad de iniciación en la vida sexual de la mujer es muy importante, porque cuanto más temprana es, mayor será su ciclo reproductivo y como este ciclo puede ser iniciado desde los 13 años, y aun antes, puede

determinar un número mayor de hijos. Sin embargo, un embarazo temprano (adolescente), puede encender las alarmas para evitar hijos futuros, derivadas, casi siempre, de la reacción del grupo familiar.

La última relación sexual implicó para las mujeres de nuestra investigación el término de su vida reproductiva. Pero, en general ‘esta puede no ser definitiva por cuanto, si es por una separación temprana, su vida reproductiva puede ser reiniciada nuevamente, con una unión posterior, pudiendo llegar hasta el límite de los 49 años. En nuestro caso, hay dos madres jóvenes que están separadas, que podrían reiniciar tal ciclo si así fuera su decisión. El uso de anticonceptivos es, hoy en día, muy importante para una mujer moderna que tenga “El poder de Decidir” (título del informe de la UNFPA, de octubre 2018”. Las mujeres de esta investigación, en principio, no fueron muy receptivas al uso de los medios de anticoncepción. Las madres jóvenes si los utilizaron como resultado de la educación para la sexualidad que recibieron y a eso se debió que el número de sus hijos estuvo en los niveles esperados. Las cuatro madres jóvenes tuvieron 8 hijos, “en promedio dos), lo cual está por debajo de las aspiraciones teóricas.

Una amplia información sobre sexualidad, integrada en los programas generales de estudio, es también, básica en la toma de decisiones acerca del “número deseado de hijos” que una mujer quiera tener. Pero la categoría educativa, por sí sola no puede conducir a las decisiones más correctas. Hacen falta otros complementos que conduzcan a un adecuado “status social de la mujer donde sus decisiones sean respetadas y apoyadas. Esto no se vio en el caso de las abuelas de este estudio ya que su limitado “status” estaba aún regido por las formas del patriarcalismo, pero, en el caso de las madres intermedias se pudo vislumbrar alguna independencia. De las madres jóvenes, una de ellas pudo llegar a tal posición cimera, aunque con algunos reparos, pero las otras tres aunque avanzaron en esa dirección, estuvieron lejos de tal logro.

5.1. ESTUDIO POR FAMILIAS

5.1.1. Familia No. 1

Se trata de una familia integrada (para esta investigación), por tres personas: la abuela de 76 años, la madre intermedia de 56 años y la madre joven de 39 años. La circunstancia de que estas personas sean la abuela, su hija y su nieta, implica una relación longitudinal descendente de tres generaciones. Es una de las condiciones de este estudio ya que se trata de observar como la fecundidad, en ellas, ha presentado diferenciales que van en orden descendente considerando, en primer término, el número de hijos que tuvo la abuela, luego los hijos de la madre intermedia y luego los de la madre más joven. Efectivamente, la abuela tuvo 9 hijos, la madre intermedia tuvo 3 y la madre joven 3 también. Entre las dos últimas no hubo diferencial de la fecundidad, pero, la suma de las dos apenas llegan a los 2/3 de la abuela.

Considerando sus edades, la abuela de 76 años, nace en 1943, la madre intermedia de 56 años, nace en 1963 y la madre joven de 39, nace en 1979, o sea que en un lapso de 36 años nacen las tres generaciones, en donde se observa que la abuela tuvo a la madre intermedia a los 20 años y ésta a la madre más joven a los 16.

El nivel educativo presenta 5 años de educación para la abuela, 3 para la madre intermedia y 11 para la madre joven. Aquí, se presenta un gran diferencial ya que la madre joven cursó el bachillerato completo, mientras sus antecesoras apenas cursaron 5 y 3 años de la educación primaria.



Las tres personas viven, actualmente, en el barrio Alfonso Bonilla Aragón, perteneciente a la comuna 14, estrato 1, el cual es, socioeconómicamente, el mismo para las tres, e igualmente, las tres nacieron en la ciudad de Cali, en el mismo barrio Bonilla Aragón.

En relación con la nupcialidad y su exposición al riesgo de embarazo, estas tres personas manifestaron que cada una había tenido 2 compañeros; que la abuela tuvo su primer embarazo y su primera unión consensual a los 18 años y su noveno y último embarazo a los 42 años, para un espacio intergenésico promedio de 2.5 años. La madre intermedia tuvo su primer embarazo y su primera unión legal a los 17 años y su tercer y último embarazo a los 26 años, para un espacio intergenésico de 4 años. La madre joven formalizó su primera unión consensual y tuvo su primer embarazo a los 26 años, pero había tenido su primera relación sexual a los 18, y luego tuvo su tercer y último embarazo a los 30, para un espacio intergenésico de 2 años.

Los espacios intergenésicos se tomaron en promedio considerando solamente la diferencia entre el primer embarazo y el último y obteniendo el promedio por división entre el número de hijos, menos uno (-1), que correspondería al espacio protogenésico.



Un plan de contracepción fue utilizado por la madre intermedia y la madre joven. La abuela uso el anillo, pero por poco tiempo. Lo que más le funcionó fueron los métodos caseros. Tampoco apreció mucho el condón.

A la pregunta por el uso del condón la madre joven respondió que en su primera relación a los 18 años, si lo usaron, pero que luego de formalizar su unión, con quien es su pareja actual, a los 26 años, no lo usaron porque se trataba de una pareja estable. Las otras dos madres, la abuela y la madre intermedia, no lo usaron porque a sus parejas les parecía innecesario e incómodo, pero, principalmente,

porque no estaban familiarizadas con las nuevas formas de contracepción que se iban difundiendo a través de los medios especializados o a instancias de sus relaciones con otras personas. Esto les privaba del conocimiento de las ventajas del uso del condón como elemento altamente eficaz en la modulación familiar.

Sin embargo, la madre intermedia y la madre joven se practicaron, la esterilización, cada una en su momento, como el medio que proporcionaba tranquilidad respecto de embarazos posteriores aunque, no así, de los riesgos de algún contagio de enfermedades de transmisión sexual. La abuela no se hizo la esterilización, porque asegura, que supo de ella, cuando le llegó la menopausia a los 43, un año después de tener su último hijo.

La información sobre la sexualidad fue considerada suficiente para las madres más jóvenes, mientras que la abuela declaró que durante su adolescencia no recibió ninguna información, sino que fue aprendiendo con cada uno de sus partos. Esta falta de información para las familias antiguas, en la mayor parte de los casos, se presentaba debido a que la sexualidad se consideraba como algo que no podía tratarse libremente, especialmente con los hijos adolescentes y muchos padres se sentían profundamente apenados al abordar estos temas con ellos.

En la entrevista con la abuela María Isabel, se le preguntó:

- **Miguel Angel:** ¿Alguna vez has recibido información sobre la sexualidad?
- **María Isabel:** ¡Nó!.
- **Miguel Angel:** Sra. María Isabel, ¿Lo que usted aprendió, en sus experiencias sobre sexualidad, las transmitió a sus hijos?
- **María Isabel:** Eso sí. De eso tienen que cuidarse, cuando tengan novio o algo.
- **Miguel Angel:** Se debe enseñar a los niños y niñas entre 12 y 14 años cómo usar un condón, para evitar infectarse con el virus del SIDA?
- **María Isabel:** ¡Sí, claro!, a los niños hay que enseñarles...ahí también vienen las infecciones.

- **Miguel Angel:** ¿Conoces o has oído hablar de métodos anticonceptivos?.
- **María Isabel:** El anillo y las pastas, el dispositivo y las pastas...Pastas no tome porque me daba miedo. Yo tenía un remedio casero. Me dijeron que tomara vino blanco y le echara en la cuchara... (Inaudible) y le sale un humito, lo bate bien, y lo toma en las mañanas. Con eso no quedé embarazada.

Cuando a Ingrid, la madre joven se le preguntó...

- **Miguel Angel:** ¿Qué es para ti la sexualidad?
- **Ingrid:** Cuando estudiaba me enseñaron que sexualidad, no era tener relaciones, sino, interactuar con la otra persona.
- **Miguel Angel:** ¿Te han servido esas actividades de educación para la sexualidad?
- **Ingrid:** Claro, se las transmití a mi sobrino, a mi hija que tiene 13 añitos. Me han servido mucho esas actividades.

Es muy positivo que esta persona conserve estas enseñanzas y las aplique en su familia, y en sí misma, es decir, que se convierta en multiplicadora de estos transmisores de bienestar.

De las tres personas la madre joven trabaja en su casa atendiendo a la familia. La madre intermedia fue empleada doméstica, pero ahora, los hijos la sostienen. La abuela, también ahora, realiza oficios en el hogar donde la familia le atiende sus necesidades.

El hijo menor de la abuela tiene 34 años, el menor de la madre intermedia tiene 30 y el menor de la madre joven tiene 10. Esto indica que las tres generaciones de hijos se sucedieron en un lapso de 24 años.

5.1.2. Familia No. 2

Esta familia está conformada igualmente, por tres personas: la abuela, la madre intermedia y la madre joven. La descripción que se hace de este grupo familiar se corresponde, también, con un modelo longitudinal, por cuanto se analizan algunas particularidades de cada una de ellas, tomando en cuenta que son, precisamente, tres generaciones consanguíneas. La abuela tiene 95 años y nació en 1924. La madre intermedia tiene 70 y nació en 1949 y la madre joven tiene 45 y nació en 1974. En este caso, las tres generaciones se sucedieron en un lapso de 50 años (1924-1974), o sea en dos espacios intergeneracionales de 25 años.

Tal vez por falta de control de los padres, algunas mujeres adolescentes están expuestas al riesgo de embarazo. Parece que ésta abuela tenía alguna libertad para decidir si vivía con la abuela o con la bisabuela.

- **Miguel Angel:** ¿Cuando usted tenía entre 12-14 años, con quien vivía principalmente?
- **Carmen Lía:** Nosotros nos criamos fuera de papa. Yo me crié una parte con mi abuela, otra con mi madrina. Ellas vivían separadas. Ellas se separaron, entonces nosotras estábamos unas con la abuelita, otras con la bisabuela. Cuando yo tenía 13 años, me fui con mi abuela, me fui del lado de mi bisabuela.

Estas determinaciones parecen reflejar un estado de indefensión contextual de una niña que aún no entra en la adolescencia. Esto sucedía en 1937, cuando la presencia de instituciones sociales, que protegieran a los niños era muy deficiente o no existían. Ella tiene, entonces, su primer embarazo a los 15 años (en 1939), y su último embarazo a los 38, en 1962. Tiene en total 11 hijos con un espacio intergenésico de 2 años.

- **Carmen Lía:** A los 15 años tuve el primer hijo; a los 15 años se le ocurrió a un hombre enamorarse de esta negrita.

Avanzando en la entrevista, ella confiesa que fue violada. Surge la pregunta, ¿Quién te violó, Magin?

- **Carmen Lía:** No, fue el otro, Luis Alberto. Pero yo le cogí miedo a los hombres, y, ¡un odio!, que yo cada vez que salía en embarazo de un hombre, le cogía un odio! No se cómo hice para tener 11 hijos. ¡Yo le cogía odio al hombre que me embarazaba!

La madre intermedia tiene 5 hijos; su primer embarazo a los 23 años (en 1972) y el último a los 36 (en 1985), con un espacio intergenésico de 3 años. La madre joven tiene su primer embarazo a los 18 años (en 1992) y su segundo y último embarazo a los 31 años en 2005, con un espacio intergenésico de 13 años.

El número de hijos de la abuela (11, en 1962), supera la estimación de 7 hijos por mujer, en el periodo 1960-64 (Carmen Elisa Flórez, 2000, pág. 35), e inclusive, la madre intermedia con sus 5 hijos, en 1985, también supera el indicador de 3.7 hijos, en ese año. Esta abuela no se crió con sus padres, sino con su abuela y bisabuela y a su padre lo veía de vez en cuando. Tuvo 10 aventuras amorosas todas con personas distintas de las que le quedaron los 11 hijos. Estuvo a punto de casarse, pero desistió de la idea porque no quería “aguantarse” a un hombre a su lado toda la vida que, tal vez, no aportaría nada. No haber vivido con sus padres no le permitió formarse una idea de la importancia de la conformación de un grupo familiar.





La abuela Carmen Lía, confiesa que no recibió información sobre sexualidad. Todos sus hijos los recibió en su casa ayudada por la partera. Nunca supo cómo se tenían los hijos sino cuando le tocó a ella. La educación sexual que recibió fue de la partera. Nadie más le dijo nada. Pero la comadrona no le ofreció ayuda para evitar embarazos futuros; seguramente ella tampoco lo sabía. No tuvo controles prenatales. Ese era un recurso usado por muy pocas personas en esa época.

Al respecto le formulamos la pregunta No. 28.

- **Miguel Angel:** ¿Conoce o ha oído hablar de métodos anticonceptivos?
- **Carmen Lía:** No, nunca.

En la pregunta No. 17 respondió:

- **Miguel Angel:** ¿Tú crees que en tu vida te hizo falta más información relacionada con la sexualidad?
- **Carmen Lía:** ¡Ah, eso sí, eso sí! No acabe de estudiar lo que tenía que aprender. Eso me hizo falta para conocer más de la vida.
- **Miguel Angel:** ¿De pronto tu mamá o la abuela, que era con la que más contabas, no te comentó cómo era que se tenían los hijos?
- **Carmen Lía:** No, nunca. Ve a decirle que cuando mi tía iba a tener un hijo, yo veía que mi abuela se metía a la pieza con un lazo, y yo decía: ¡Dios mío!, ¿Será que mi abuela va a ahorcar a mi tía? Nunca supe cómo era que mi tía tenía los hijos.

Como contraceptivos la madre intermedia, usó el método del ritmo como único recurso recomendado por la Iglesia. También uso el condón, pero de vez en cuando, porque a su pareja no le gustaba y a sus 37 años se hizo la esterilización. Tuvo su última relación sexual a los 45 años. Su pareja tuvo 2 hijos antes de la unión con ella y otro hijo después. Ella dice que nunca le perdonó que le hubiera mentido acerca de la existencia de sus otros hijos.

La madre joven recibió información sobre anticonceptivos en el colegio. Luego del segundo hijo se hizo la cirugía de ovarios. Fue su decisión. Casi nunca usaron condón porque eran una pareja estable. Hace un año que no tiene relaciones sexuales. Él se fue de la casa hace 6 meses,

- **Evelyn:** Dique para darse un respiro.

Ella ahora, necesita trabajar por estar sola. No sabe si su pareja ha tenido otra mujer o, tal vez, otros hijos. De estas tres personas la abuela y la madre intermedia viven, en este momento, en un barrio de estrato 1, de la comuna 1. La madre joven vive en un barrio de estrato 1 en la comuna 14. Anteriormente,

vivían en Buga, Buenaventura y Cali, en barrios similares al estrato uno, o sea de características socioeconómicas iguales.

Respecto de su nivel educativo, la abuela, dando saltos, llegó al cuarto elemental, la madre intermedia llegó al quinto grado de primaria y la madre joven alcanzó el tercer grado de enseñanza media y, hacia el futuro, desea aprender algo que beneficie a sus hijos. Luego de cursar su tercer grado de bachillerato, dejó de estudiar para atender labores de la casa.

La nupcialidad y, por tanto, la exposición al riesgo de embarazo fueron máximas en el caso de la abuela con sus 10 compañeros. La madre intermedia no tuvo segunda unión, pero no estuvo bien protegida porque su contraceptivo preferido fue el método del ritmo como su tabla de salvación, pero acorde con sus ideas religiosas.

- **Miguel Angel:** ¿a lo largo de toda su vida qué tanto crees que te ha hecho falta más información de la sexualidad? ¿Nada, poco o mucho?
- **Yolanda:** Tal vez pocas cosas, porque, como le digo, yo acá he leído libros a escondidas porque no me dejaban leer eso. Pero en estos momentos no.
- **Miguel Angel:** ¿usted aprueba o desaprueba que las parejas usen un método para evitar un embarazo?
- **Yolanda:** lo tienen que hacer porque no han llegado como a un fin. Sí estoy de acuerdo antes de tenerlo, pero al momento de tenerlo no ni dejarlo tirado. Y eso está escrito en la Biblia: “no se olvidará la mujer de lo que Dios hizo”, ¿y qué le hizo? Una criatura.

La pareja de la madre joven uso el condón, algunas veces, pero no le gustaba. Esta madre se hizo la esterilización hace dos años.

La abuela, hoy está pensionada pues trabajó en oficios domésticos hasta sus 89 años, la madre intermedia se desempeña en oficios varios y la madre joven, también en oficios varios.

La vivienda, que es propiedad de la abuela, donde vive con la madre intermedia, se encuentra en obra negra. Como la sala es la habitación donde duerme, en esta se realizó la entrevista. Igualmente la cocina incluye el comedor y el lavadero. El primer piso, también de poca área, se encuentra alquilado. Tiene una muy bonita vista a los cerros.

El hijo menor de la abuela está fallecido, pero, tendría 57 años. El menor de la madre intermedia tiene 34 y el menor de la madre joven, tiene 14.

5.1.3. Familia No. 3

Conformada, igualmente, por la abuela Ricardina, la madre intermedia Julia Emerita y la madre joven Karen, se hace una descripción longitudinal, como en los casos anteriores, para lo cual se proyectan las mismas categorías transmitidas de la abuela a su hija y luego a su nieta y observar su evolución o su cambio en estas tres personas.



En este grupo la abuela tiene 88 años, ya que nació en 1931, la madre intermedia tiene 63 años, ya que nació en 1956 y la madre joven nació en 1985, o sea que tiene 34 años. Las tres generaciones nacen en un período de 54 años, o sea en dos espacios intergeneracionales de 25 y 29 años respectivamente. Actualmente, viven en Cali, en el barrio Alfonso Bonilla Aragón, estratificado en el renglón 1, según la publicación de la Alcaldía de Cali, (Cali en cifras, 2018).

La abuela, de este grupo, nace en Salahonda (Nariño), y muy niña, se ocupó en labores del campo y otros quehaceres domésticos. Tuvo seis años de estudio que aunque le capacitaron para leer, no derivó de ellos oportunidades valorables, o sea que considera que no es mucho lo que ha perdido.



La nupcialidad y, consecuentemente, el riesgo de embarazo, como uno de los determinantes de la fecundidad, se presentan en ella a los 23 años, en 1954, y su último embarazo a los 44 años, en 1975. Tuvo una TGF de 15 hijos con un espacio intergenesico promedio de 18 meses. Todos sus hijos los recibió en la casa atendida por la comadrona. No tuvo ninguna información, anticipada, acerca de los roles sexuales de la mujer y fue la partera la que le dio algunas indicaciones al respecto, además de algunas charlas con amigas que tampoco fueron muy ilustrativas. Esta abuela no tenía ni el conocimiento ni la voluntad para encarar el tema sexual ni con sus hijos ni con su mamá por lo que no hubo transmisión de conocimientos de su parte. Ella declaró en la encuesta que le apenaba abordar este tema con cualquier persona y para con sus hijos la barrera era absolutamente infranqueable. Sus respuestas de hoy, indican que su visión al respecto ha evolucionado espectacularmente. Ella creía que la sexualidad era sólo para tener hijos, es decir, que no le concedía opciones subjetivas o psicológicas, tal vez, porque la compañía del esposo no le proporcionaba relaciones satisfactorias. A la luz del discurso de Virginia Gutiérrez, la mujer de hoy siente el derecho de tener gratificación en sus relaciones sexuales. Hoy “La mujer exige satisfacción sexual plena. La busca a la par que el hombre y la prodiga sin recriminaciones interiores” (Gutiérrez, Virginia, Revista de Trabajo Social No.1, 1998, pág., 44). Su esposo falleció aproximadamente en 2005, pero debido a la soledad que ella siente le parece que hace como 40 años. No tuvo una segunda pareja.

A la pregunta No. 10, Ella responde:

- **Miguel Angel:** ¿Qué es para usted la sexualidad?
- **Ricardina:** (risas): pues... tener hijos, tener mis hijos y no quedarme sin con quien pelear, hablar..."
- **Miguel Angel:** Lo que usted aprendió de la sexualidad por sus experiencias, ¿lo transmitió a sus hijos?
- **Ricardina:** "Nunca les enseñe yo eso, a mí me daba pena"

En relación con la contracepción, no uso ningún anticonceptivo porque nunca se interesó por ello. Recibió alguna información acerca de la esterilización, cuando tuvo su último hijo, pero consideró que ya no lo necesitaba. Su pareja no uso condón, ella dice que no lo conoció y nunca le pidió a su pareja que lo utilizara. Después de pasar gran parte de sus vidas sin estas exigencias no lo consideraron necesario. Luego de llegar a Cali, en 1983, trabajó como empleada doméstica durante 5 años y después se dedicó al hogar donde atiende a su familia. Apoya que hoy la educación para la sexualidad promueve el respeto por las variadas condiciones de las demás personas como, por ejemplo, las de las comunidades LGTB (pregunta No. 18 de la guía de entrevistas).

Su hija, la madre intermedia que nacio en 1956, igualmente en Salahonda (Nariño), en un barrio asimilado al estrato 1, hoy tiene 63 años y llega a Cali, en 1983, a los 27. Se ubica en el barrio Alfonso Bonilla Aragón, también de estrato 1 (Cali en cifras, 2018). Tiene dos hijos de los cuales el primero le viene en 1984 y el segundo y último en 1989, con un espacio intergenesico de 5 años. Según (Carmen Elisa Flórez, 2000, pág. 35), la fecundidad en 1989, era de 3.2 hijos por mujer y esta madre intermedia, tenía dos hijos, en tal fecha, o sea que estaba por debajo de la escala de la fecundidad. Tuvo una sola pareja. Ella recuerda que enamorarse es bonito y que de allí quedan los hijo, o sea que, ella tiene una visión diferente de la

que tuvo su mamá, respecto de la sexualidad. Está casada legalmente pero hace seis años está separada y no ha sentido el impulso de una segunda unión.



Considera que tuvo suficiente información acerca de la sexualidad recibida en el Centro de Salud, las amigas y compañeras de trabajo. Como práctica contraceptiva

utilizó las pastillas y el condón y, a los 43 años, se practicó la esterilización. De acuerdo con su pareja, algunas veces usaron condón, pero no siempre. Después de la separación su pareja tuvo un hijo con otra compañera.

La casa donde viven, construida en mampostería de ladrillo y acabados modestos, es propiedad de la madre intermedia, que la adquirió trabajando durante 20 años en una empresa de construcción de obras civiles. No obtuvo la pensión debido a su retiro forzoso (problemas en su hogar), pero por el monto de sus aportes recibió una indemnización con la cual construyó el segundo piso que hoy le retribuye como renta de alquiler por un valor inferior al salario mínimo. Ellas ocupan el primer piso junto con otros miembros de su familia.

La madre joven nació en 1985, en Cali, en un barrio de estrato 1, en el cual permanece al día de hoy. Luego de graduarse de bachiller deja de estudiar. Trabaja, más o menos desde los 22 años. Ahora ha retomado la formación académica y actualmente cursa cuarto semestre de Psicología Infantil.

Reconoce que tuvo amplia información sobre el desenvolvimiento de los roles femeninos. En el colegio les informaron acerca del embarazo, la planificación de la familia, las enfermedades de transmisión sexual, etc... Una situación en absoluto diferente de la que afrontó su abuela a quien solo la partera le dio algunos apuntes acerca del fenómeno de la continuidad de la vida. Esta madre joven entendió la sexualidad como una totalidad que involucra la forma de pensar, de ver la vida, su mundo, su subjetividad; que ella siente que todo su cuerpo está vibrando a través de la sexualidad en una forma positiva de considerar la existencia del universo. Por lo tanto, cree que la educación sexual que actualmente se imparte es incompleta, que no se trata solo de hacer el amor, sino que debe reunir la sexualidad con el espíritu para que, de esa unión, salga un ser humano integral, completo.

Y agrega, que, por ejemplo, en las clases de educación sexual donde se reparten condones a jóvenes de 12, 14 y 15 años, ella está en completo desacuerdo con un proceso así. Que sería como decirles “Tomen, vayan rápido a hacer el amor”; que

lo correcto sería, enseñarles un condón y explicarles sus ventajas y desventajas, pero nunca inducirlos a una anarquía sexual.

- **Miguel Angel:** ¿Crees que te ha hecho falta más información sobre sexualidad?
- **Karen:** ¡Claro! Mucho... porque la sexualidad no es solo hacer el amor. Es mi cuerpo; respetar mi cuerpo; es saber que al primero que yo me encuentre no me tengo que acostar con el... Yo creo que el único que tiene derecho a ver y tocar tu cuerpo es tu esposo, cuando una se case, ya de ahí paga no... “Más adelante agrega: “[...] Mi hija tiene una compañera de 13 años, que tiene una hijita de varios meses de nacida... ¿Para que voy a dejar que mi
- hija tenga novio?”

Ella siente gran aprecio por su cuerpo. Refiere que su primer embarazo fue horrible...

- **Karen:** Mi familia me dió la espalda y mi pareja me acusó de infidelidad. Todo esto casi me llevó a parto prematuro, pero al fin todo se arregló. En todo momento, cuento con el apoyo de Dios, como mi verdadero compañero.

Hace dos años que está separada. No ha pensado en la idea de una segunda unión, pero si espera el retorno del esposo. Como anticonceptivos tomó la pasta del “día después”, pero le cogió miedo por el riesgo de infarto. Siguió planificando con la inyección mensual (su preferida), hasta la separación de hace dos años. Le teme a la esterilización y cree que no va a necesitarla. Ella trabaja y estudia actualmente. Es una persona moderna pero, dentro de su modernidad conserva los valores espirituales necesarios para una vida plena de humanidad.

La abuela realiza oficios varios en su hogar y la madre intermedia también atiende a su familia en labores domésticas; la madre joven trabaja en una empresa de tejidos y estudia en cuarto semestre de psicología infantil.

5.1.4. Familia No. 4

En el análisis de la familia No. 4, igualmente intervienen la abuela Ana Tulia, la madre intermedia Ana Luz y la madre joven Victoria Eugenia. Es, como los anteriores, un análisis longitudinal, es decir, se presentan algunos aspectos de la vida de la abuela, luego a su hija (la madre intermedia), y luego a su nieta (la madre joven). La abuela era una persona de 74 años, fallecida en 1989, pero su hija y su nieta que la conocieron plenamente aceptaron, responder por ella, algunos interrogantes de esta encuesta, lo cual les agradecí sinceramente.

Ella nació, entonces, en 1915, en un hogar campesino de familia acomodada, del municipio de Versailles (V). No estudió porque ni su familia ni ella entendían su importancia. Era, todavía, la época cuando el desarrollo cultural no le otorgaba objetivos al estudio para la mujer, sino que, simplemente debía estar pendiente de la familia y los quehaceres domésticos.

La exposición al riesgo de embarazo siempre estuvo presente. Su edad de entrada a la nupcialidad fue temprana. Tuvo 13 hijos de los cuales el primero nació en 1932, a sus 17 años, y el último en 1957, a sus 42 años, con un espacio intergenésico promedio de 22 meses. En este año cuando la abuela tiene su último embarazo, la TTF era, de 6.8 hijos por mujer, según el cuadro de (Carmen Elisa, 2000, pag. 35), y la abuela cerraba su ciclo con 13 hijos. Tuvo su primera relación sexual a los 17 años y formalizó su primera unión a los 17. No tuvo una segunda unión.

Respecto de la contracepción, en esa época, 1932-1957, y sobre todo en el campo, no se usaban los anticonceptivos ni la esterilización. El campo siempre estuvo rezagado en comparación con los establecimientos urbanos. Ella no tuvo conocimiento de la existencia del condón. Su pareja nunca lo uso. La abuela no entendió bien como era lo del embarazo porque algunas veces tenía relaciones y no quedaba embarazada y que otras sí. Entonces le quedaba ese vacío. Aparte de algunos cuidados de la familia no tuvo controles prenatales. Todos sus hijos

nacieron en la casa ayudados por la comadrona. No tuvo ninguna información acerca de la sexualidad a excepción de algunas cositas que la partera le puso en conocimiento. Ella le comento a sus hijas estas intimidades.

Nunca trabajo para otra persona que no fuera su familia. Su hija menor tiene, ahora 62 años. Su pareja tuvo 4 hijos antes de casarse con ella y luego otros cuatro al unísono con los de su esposa.

La madre intermedia, de este grupo, nace en 1943. Es la sexta hija de la abuela anterior. Nace también en Versailles, pero, ahora vive en Cali, en un barrio de estrato 5, de la comuna 19. Tiene 75 años y estudió hasta tercero de bachillerato en la escuela normal; no continuó estudiando para casarse. En ese momento, 1963, era todavía, más importante el matrimonio que el adelanto intelectual, sobre todo para la mujer, en las familias de “raigambre” campesina, aquí en nuestro medio.

Tuvo 5 hijos con una sola pareja. Su primer embarazo lo tuvo a los 21 años, en 1964, y su último embarazo lo tuvo a los 28 años, en 1971, con un espacio intergenésico de 18 meses. En el intervalo de 1970-1975, la TTF, según Carmen Elisa, era de 5 hijos por mujer, o sea que este indicador está en línea con la fecundidad de la madre intermedia en ese momento.

“No tuvo controles prenatales. Sólo el cuarto lo recibió en el hospital, los demás en la casa con la asistencia de la comadrona.

Nunca recibió información acerca de la sexualidad. Sólo a los 12 años le informaron sobre la llegada de la menstruación, pero sin ahondar en detalles.

A la pregunta: Que es para usted la sexualidad?

- **Ana Luz:** Buscar más hijos.
- **Miguel:** Alguna vez en la vida haz obtenido o recibido información sobre asuntos relacionados con la sexualidad?
- **Ana luz:** Nunca.

Esta información la recibió en el colegio y de las hermanas mayores.

Como anticonceptivo solo tomó pastas...

- **Ana luz:** Si, el cura decía que no tomaran pastas, pero uno de todas formas lo hacía. El control del ritmo, el padre decía que eso era lo único permitido por la iglesia.

No supo de la esterilización y en sus relaciones no usaron condón porque su pareja no lo quería. Sin decírselo a él, ella decidió el uso de las pastas.

- **Ana luz:** El quería más, él me decía, pero como él no sabía que yo tomaba pastas.

Es decir, ella tomo el control para reducir la fecundidad. Todo el tiempo trabajo en su casa con su familia. Su pareja tuvo dos hijos fuera del matrimonio que ella conoció, pero cree que pudieron ser más de dos.

Fueron a vivir a Cartago desplazados por la violencia y de allí a Cali, por la misma situación de inseguridad.

Su estado marital es viuda. Su esposo muere en 1989 a la edad de 50 años. Ahora, esta madre intermedia vive en un apartamento de una unidad cerrada con ascensor, cerca al centro comercial Palmeto, completamente terminado y con buenos acabados.



La madre joven también nació en Versalles en 1965. Ahora tiene 54 años y vive en un barrio de estrato 6 de la comuna 17, de la ciudad de Cali. Tiene 20 años de estudio que comprenden una carrera profesional y varios diplomados y ahora hace un estudio sobre biografías, que ella cree que puede ayudar a descubrir, en las personas, capacidades ocultas en favor de ellas mismas. A los 39 años tuvo su primer y único hijo, en el 2004. Tuvo un matrimonio legal y dos uniones consensuales pero, actualmente está sola. Hizo la liquidación de la sociedad conyugal legal por lo que se siente tranquila. Cree que la sexualidad es un conjunto de consecuencias físicas y sentimentales. En su momento recibió suficiente educación sexual. Estudió en un colegio de monjas donde la iniciaron en tal información desde los once años, y cuando nace su hija, a sus 39 años, ve la necesidad de ampliar el concepto de sexualidad. Ella piensa que a los doce años los niños pueden estar “preparados” para tener relaciones sexuales y que, por lo tanto, se les puede entregar condones como parte de un proceso educativo al respecto y que, tal proceso, debe iniciarse a partir de la adolescencia, pero que es muy importante la capacidad de los instructores tanto teórica como subjetiva.

Siempre ha planificado, desde que era estudiante, en Bogotá, donde residía con su hermana. Siempre tuvo controlado el riesgo de embarazo. Ahora no utiliza ningún método porque es operada. El papa de su hija tuvo dos hijos antes de la unión con ella. Se casó cuando tenía 32 años, en 1997, se separa en 1998, y vuelve a unirse consensualmente en el 2003, de la que también se separa en 2012. En esta unión nace su hija. Hacia los doce años tiene un acercamiento con otra mujer adulta en el colegio. Después de que nace su hija uso el condón con toda persona. Se hizo la cirugía en 2008. Cree que haber tenido a su hija fue un regalo de Dios. Aquí se presenta otro caso de madresolterismo⁹ en los términos que Virginia Gutiérrez, lo trata, como fenómeno que asocia una auto validez económica femenina y una liberación social personal.

Recomienda mucho el uso del condón como anticonceptivo. Practicó mucho el método del ritmo. El uso de un anticonceptivo fue siempre idea suya.

Ha trabajado todo el tiempo...

- **Victoria Eugenia:** Tanto mi pareja como yo teníamos responsabilidades. No viví mucho tiempo en pareja, ni con el uno ni con el otro. No se dio una verdadera sociedad o un fondo común. Mi trabajo me ha dado siempre los recursos que necesito.

“La transformación de la función económica familiar es sin lugar a dudas la que mayores repercusiones produce sobre las demás funciones, la estructura familiar y la relación de los géneros”. (Gutierrez Virginia, revista de trabajo social No. 1 1998, pag. 39)

Vive en una casa completamente terminada en unidad cerrada con una buena ubicación en el barrio San Joaquín.

Al final se le preguntó si deseaba agregar algo más. Ella respondió:

- **Victoria Eugenia:** La sexualidad, no solo es una responsabilidad de educación. Tiene mucho que ver con la responsabilidad de qué tengo yo en la vida, porque a pesar de que se deja a las mujeres el peso de los hijos, solo si esa mujer ha tenido la posibilidad de quererse y de ser y de estructurarse, va a poder dar una muy buena formación a sus hijos. La sexualidad no es solo de la cabeza, si ese conocimiento no lo bajas al corazón [...] no se podría generar una buena estructura. Ahora, cada vez, hay menos familia; ahora, no hay educación moral en los colegios [...], entonces sientes que el peso es demasiado fuerte para la mujer que, además, tiene que ser cabeza de hogar (sic).

9 (Gutierrez, Virginia, Huellas Escritas, pag 294, 1998)

**CUADRO DE SINTESIS DE LAS PRINCIPALES CATEGORIAS DE HISTORIA DE VIDA REPRODUCTIVA,
DE TRES GENERACIONES DE MUJERES EN CUATRO FAMILIAS (ABUELAS)**

CATEGORIAS	FAMILIAS (ABUELAS)			
	FAMILIA1	FAMILIA2	FAMILIA 3	FAMILIA 4
NOMBRE	MARIA ISABEL	CARMEN LIA	RICARDINA	ANA TULIA
EDAD	76	95	87	74 FALLECIDA HACE 30 AÑOS
AÑO DE NACIMIENTO	1943	1924	1931	1915
MUNICIPIO DE ORIGEN	CALI	ANDALUCIA	SALAHONDA (NARIÑO)	VERSALLES
CIUDAD RESID. ACTUAL	CALI	CALI	CALI	VERSALLES
BARRIO	BONILLA ARAGON COMUNA 14	TERRON C. COMUNA 1	BONILLA ARAGON COMUNA 14	
ESTRATO	1	1	1	
AÑOS DE ESTUDIO	5	4	6	3
PORQUE DEJO DE ESTUDIAR?	POR CUIDAR HERMANA EMBARAZADA	AYUDAR A CRIAR FAMILIA	TRABAJO EN LA CASA	TRABAJO HOGAR
N* DE HIJOS	9	11	15	13
N* DE PAREJAS	2	10	1	1
ESPACIO/INTERGENESICO	29 MESES	2 AÑOS	16 MESES	22 MESES
EDAD AL PRIMER EMBARAZO	18	15	23	17
EDAD AL ULTIMO EMBARAZO	40	38	44	42
EDAD PRIMERA RELACION SEXUAL	16	15	22	16
EDAD PAREJA PRIMERA RELACION	18	VARIOS	27	
ESTADO MARITAL	SEPARADA HACE 30 AÑOS	SEPARADA	VIUDA	FALLECIDA
EDAD PRIMERA UNION	16	15	22	17
EDAD PAREJA PRIM. UNION	18	NO SABE	27	
EDAD SEGUNDA UNION	A LOS 40	VARIOS	NO HUBO	NO HUBO
EDAD PAREJA SEGÚN. UNION	VIVIO 2 AÑOS CON EL			
ULTIMA RELACION SEXUAL	HACE 30 AÑOS	38	CREE QUE HACE 40 AÑOS	
USO ANTICONCEPTIVOS	EL ANILLO- POCO TIEMPO	NO	NO	NO
ESTERILIZACION	REMEDIOS CASEROS	NO	NO	NO
PAREJA USO CONDON	ALGUNAS VECES NO	PAREJAS NO USARON	NO	NO
HIJOS DE LA PAREJA (COMPAÑERO)			0	4 ANTES 4 DESPUES
SUS PARTOS TUVIERON ATENCION MEDICA	SI EN CLINICA	CASA PARTERA	CASA PARTERA TODOS	CASA PARTERA FINCA
INFORMACION / SEXUALIDAD	NINGUNA	NINGUNA	NINGUNA	NINGUNA
DONDE LE INFORMARON	EN LA CLINICA		LA PARTERA-AMIGAS	LA PARTERA
ACTIVIDAD LABORAL	EN LA CASA	FINCAS CASAS DE FAMILIA	AGRICULTURA Y EN CASA	
INGRESOS	NINGUNO	MINIMO	COMO EL MINIMO POR TEMPORADAS	N/S
PROFESION	NINGUNA	NINGUNA	NINGUNA EN CALI	NINGUNA
EDAD HIJO MENOR	34		43	
GRUPO ETNICO RACIAL	NEGRA	MESTIZA	NEGRA	BLANCA

**CUADRO DE SINTESIS DE LAS PRINCIPALES CATEGORIAS DE HISTORIA DE VIDA REPRODUCTIVA,
DE TRES GENERACIONES DE MUJERES EN CUATRO FAMILIAS (MADRES INTERMEDIAS)**

CATEGORIAS	FAMILIAS MADRES INTERMEDIAS			
	FAMILIA 1	FAMILIA 2	FAMILIA 3	FAMILIA 4
NOMBRE	MARIA FAIZUNY	MARIA YOLANDA	JULIA EMERITA	ANA LUZ
EDAD	56	70	63	75
AÑO DE NACIMIENTO	1963	1949	1956	1943
MUNICIPIO DE ORIGEN	CALI	BUGA	CALI	VERSALLES (VALLE)
CIUDAD RESID. ACTUAL	CALI	CALI	CALI	CALI
BARRIO	BONILLA ARAGON COMUNA 14	TERRON C. -PATIO BONITO COMUNA 1	BONILLA ARAGON COMUNA 14	NUEVA TEQUENDAMA COMUNA 19
ESTRATO	1	1	1	5
AÑOS DE ESTUDIO	3	5	5	11 NORMALISTA
PORQUE DEJO DE ESTUDIAR?	AYUDAR EN CASA	CUIDAR SOBRINOS	AYUDAR EN CASA	PARA CASARSE
N* DE HIJOS	3	5	2	5
N* DE PAREJAS	2	1	1	1
ESPACIO/INTERGENESICO	CADA 4 AÑOS	CADA 2 AÑOS	5	1.5
EDAD AL PRIMER EMBARAZO	17 (1980)	23 (1972)	24 (1980)	21 (1964)
EDAD AL ULTIMO EMBARAZO	26 (1989)	36 (1985)	29 (1985)	28 (1971)
EDAD PRIMERA RELACION SEXUAL	16	22	21	19
EDAD PAREJA PRIMERA RELACION	19	24	19	20
ESTADO MARITAL	CASADA-SEPARADA (HACE 10 AÑOS)	SEPARADA DE UNION LIB.	CASADA- SEPERADA	VIUDA (1989)
EDAD PRIMERA UNION	17	22	24	20
EDAD PAREJA PRIM. UNION	19	24	22	21
EDAD SEGUNDA UNION	NO HUBO	NO HUBO	NO HUBO	NO HUBO
EDAD PAREJA SEGÚN. UNION	N/A	N/A	N/A	N/A
ULTIMA RELACION SEXUAL	HACE 10 AÑOS	HACE 25	HACE 6 AÑOS	45
USO ANTICONCEPTIVOS	PASTAS	METODO RITMO	PASTILLAS	SI-PASTAS
ESTERILIZACION	SI A LOS 48	A LOS 33	SI A LOS 43	NO
PAREJA USO CONDON	NO	NO	ALGUNAS VECES	NO
HIJOS DE LA PAREJA (COMPAÑERO)	NINGUNO	2 ANTES 1 DESPUES	1- DESPUES	4 - ANTES
SUS PARTOS TUVIERON ATENCION MEDICA	SI HOSPITAL	HOSPITAL	EN HOSPITAL	PARTERA EN CASA
INFORMACION / SEXUALIDAD	SUFICIENTE FAMILIA MADRE	REGULAR- IGLESIA	SUFICIENTE	NO SABIA COMO LLEGABAN LOS HIJOS REGULAR
DONDE LE INFORMARON	CENTRO DE SALUD	IGLESIA- LIBROS	AMIGOS- CENTRO DE SALUD	EL COLEGIO- LAS HERMANAS MAYORES
ACTIVIDAD LABORAL	EMPLEADA	CASAS FINCAS	EMPRESA- 20 AÑOS	HOGAR
INGRESOS	MINIMO	MINIMO	EL MINIMO	LO NECESARIO-NO SABIA
PROFESION	NINGUNA	NINGUNA	NINGUNA- OBRERA	NO
EDAD HIJO MENOR	30	33	30	49
GRUPO ETNICO RACIAL	NEGRA	MESTIZA	NEGRA	BLANCA

**CUADRO DE SINTESIS DE LAS PRINCIPALES CATEGORIAS DE HISTORIA DE VIDA REPRODUCTIVA,
DE TRES GENERACIONES DE MUJERES EN CUATRO FAMILIAS (MADRES JOVENES)**

CATEGORIAS	FAMILIAS (MADRES JOVENES)			
	FAMILIA1	FAMILIA2	FAMILIA 3	FAMILIA 4
NOMBRE	INGRID	EVELYN	KAREN ROCIO	VICTORIA EUGENIA
EDAD	39	45	34	54
AÑO DE NACIMIENTO	1979	1974	1985	1965
MUNICIPIO DE ORIGEN	CALI	CALI	CALI	VERSALLES (VALLE)
CIUDAD RESID. ACTUAL	CALI	CALI	CALI	CALI
BARRIO	BONILLA ARAGON COMUNA 14	TERRON C. COMUNA 1	BONILLA ARAGON COMUNA 14	EL INGENIO COMUNA 17
ESTRATO	2	1	2	6
AÑOS DE ESTUDIO	11	9	13	19
N* DE HIJOS	3	2	2	1
N* DE PAREJAS	2	1	1	3
ESPACIO/INTERGENESICO	2 AÑOS	6 AÑOS	4 AÑOS	NO HUBO
EDAD AL PRIMER EMBARAZO	26	18	18	39
EDAD AL ULTIMO EMBARAZO	30	31	22	39
EDAD PRIMERA RELACION SEXUAL	18	17	15	25
EDAD PAREJA PRIMERA RELACION	18	19	15	30
ESTADO MARITAL	UNION LIBRE	SEPARADA DE UNION LIB.	CASADA- SEPARADA	SEPARADA-DIVORCIADA LEGALMENTE
EDAD PRIMERA UNION	26	18	18	32
EDAD PAREJA PRIM. UNION	29	20	18	43
EDAD SEGUNDA UNION	NO HUBO	NO HUBO	NO HUBO	38
EDAD PAREJA SEGÚN. UNION				50
ULTIMA RELACION SEXUAL	EL DOMINGO	HACE 2 AÑOS	HACE 2 AÑOS	47
USO ANTICONCEPTIVOS	SI PERO NO SIEMPRE		NO	SI
ESTERILIZACION	HACE 10 AÑOS	HACE 2 AÑOS	NO LA INYECCION	SI- HACE 11 AÑOS
PAREJA USO CONDON	NO SIEMPRE			
HIJOS DE LA PAREJA (COMPAÑERO)	NO SABE	NO SABE	NO SABE	2- ANTES
SUS PARTOS TUVIERON ATENCION MEDICA	HOSPITAL	HOSPITAL	HOSPITAL	CLINICA
INFORMACION / SEXUALIDAD	SUFICIENTE	REGULAR	REGULAR	SUFICIENTE
DONDE LE INFORMARON	COLEGIO	COLEGIO	COLEGIO	COLEGIO, UNIVERSIDAD, CHARLAS
ACTIVIDAD LABORAL	EN LA CASA- HOGAR	SI- SERVICIO DOMÉSTICOS	SI- SIEMPRE OFICIOS VARIOS	PROFESIONAL
INGRESOS	NO TIENE	APROX- MINIMO	APROX- MINIMO	10 SALARIOS MINIMOS
PROFESION	NINGUNA	NINGUNA	NINGUNA	OPTOMETRA
EDAD HIJO MENOR	10	14	12	14
GRUPO ETNICO RACIAL	NEGRA	MESTIZA	NEGRA	BLANCA

5.3. HALLAZGOS TRANSVERSALES

5.3.1. Las Abuelas

Un análisis transversal al grupo de las 4 abuelas nos ofrece unos datos verdaderamente interesantes. De ellas sobreviven tres ya que una de ellas falleció a los 74 años en 1989., pero su hija y su nieta, plenamente conocedoras de muchos pormenores de su vida, presentaron unas vivencias de su existencia que se presentan en este análisis.

La mayor de las tres que sobrevive tiene 95 años, nace en 1924; la otra de 87 años nace en 1931 y la otra de 76 años nace en 1943. La abuela que falleció nació en 1915. Ellas nacen, entonces, en el intervalo de 1915 a 1943, en un lapso de 28 años. En este espacio, y aún antes, la mortalidad infantil, las infecciones parasitarias y las complicaciones en los partos golpeaban duramente, a los neonatos y a las madres parturientas. Entre 1905 y 1938, la TBN, estaba alrededor de 42.8 por mil (Flórez Carmen Elisa, 2000, pag. 33).

La abuela que falleció vivía en un hogar de familia campesina acomodada propietaria de tierras, en el municipio de Versailles (V), mientras las otras tres comenzaron sus vidas en hogares de estrato socioeconómico bajo que no les otorgaba muchas prerrogativas. Una de ellas tuvo 6 años de estudio, otra 5 y la otra 4. Tuvieron que desistir de la escuela por cuanto sus padres las necesitaban para ayudar en la casa en la crianza de los hermanitos y otros oficios y, también, porque los padres no valoraban en mucho la capacitación de las mujeres.

La abuela fallecida tuvo 13 hijos con una pareja, teniendo su primer embarazo a los 17 años (en 1932) y su último embarazo a los 42 años (en 1957), con un espacio intergenésico de 22 meses. La abuela de 87 años, tuvo 15 hijos con una sola pareja, teniendo su primer embarazo a los 23 años (en 1954) y su último embarazo a los

44 años (en 1975), con un espacio intergenésico de 18 meses. La abuela de 95 años tuvo 11 hijos con 10 parejas pero con ninguno de ellos formalizó una unión duradera. Su primer embarazo lo tuvo a los 15 años (en 1939), y su último embarazo a los 38 (en 1962), con un espacio intergenésico de 2 años. La abuela de 76 años, tuvo 9 hijos con dos parejas. Su primer embarazo lo tuvo a los 18 años y su último a los 40 (en 1985), con un espacio de 2.5 años. En total las 4 abuelas tuvieron 48 hijos entre 1932 y 1985. En el Gráfico 3.1: Tasa Total de Fecundidad (1905-1995) (Carmen Elisa Flórez, 2000, pag.35), vemos que la fecundidad para el período 1950-1965, era de 6.8 hijos por mujer, por lo que las abuelas que tuvieron su último embarazo en 1957 y en 1962, con una TGF, de 13 y 11 hijos respectivamente, se encontraron lejos de lo presentado por Carmen Elisa, seguramente, porque los patrones culturales del contextuales no habían incidido en sus patrones reproductivos. La abuela que tuvo los 13 hijos era la que vivió en el municipio de Versailles, en un ambiente de familia acomodada, pero que su contexto rural la mantenía alejada de la evolución de las costumbres y estilos de vida de los centros urbanos.

De las cuatro abuelas solamente una tuvo atención médica en sus partos. Las otras tres recibieron a sus hijos en su casa atendidas por la partera o comadrona. Tampoco tuvieron cuidados prenatales. Esta fue una de las razones para una alta morbilidad y mortalidad hasta antes de la tercera década del S. XX. Pero estas tres abuelas que no recibieron atención médica vivían en el campo, donde no existía esta infraestructura y, además, su acervo cultural, de la época y su inclinación religiosa, les impedía, que algún varón desconocido (el médico), les manipulara sus órganos reproductores.

Las parteras les dieron escasa información ya que tampoco ellas tenían adecuada información al respecto y, también, porque la idea que predominaba, en esa época, era tener los hijos que Dios enviara sin soslayar que podía existir algún método de contracepción.

5.3.2. Las Madres Intermedias

Las madres intermedias nacen, igualmente, en un lapso de 20 años entre 1943 y 1963. El comienzo de este período muestra que ya está en proceso un leve cambio demográfico debido al mejoramiento de las condiciones de salud, especialmente de la población femenina y que también se fue produciendo una disminución de la mortalidad de los bebés y niños pequeños debido a un control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, como dijimos antes. (Flórez Carmen Elisa, 2000). Los hijos de estas madres nacen entre 1964 y 1989, o sea en un período de 25 años.

Estas cuatro madres intermedias tuvieron en total 15 hijos. Sólo una de ellas tuvo dos parejas mientras las otras tres tuvieron sólo una pareja y después de la disolución de la unión continuaron solas hasta hoy. Los espacios intergenésicos fueron muy diferentes ya que en una madre fue de 5 años, en otra de 4, en otra de 2 y en la otra de 1.5 años. Dos de las madres intermedias tienen su último embarazo en 1985, cuando la fecundidad era de 3.7 hijos por mujer (Flórez Carmen Elisa, 2000, pág. 35). Una de ellas tiene una TGF de 5 hijos y la otra de dos hijos solamente, o sea que entre las dos llegan al promedio de 3.7 hijos por mujer, calculado en el trabajo de Carmen Elisa. La madre intermedia, que nace en 1943, tiene una TGF de 5 hijos y el último nace en 1971, cuando la TGF es de 5 hijos, según el cuadro de Carmen Elisa, en la pág. 35, o sea que concuerda con el dato de esta autora. La madre intermedia, más joven, tiene 3 hijos de los cuales el tercero y último nace en 1989, cuando la TGF, es de 3.2 hijos por mujer (Carmen Elisa Flórez, 2000, pág. 35), es decir, que está levemente por debajo de la línea de evolución de la fecundidad.

Aunque nacieron en lugares distantes (Versalles, Salahonda, Buga y Cali), tienen su primera relación sexual tempranamente: 16, 19, 21 y 22 años, lo cual indica la presencia de patrón de embarazo temprano irradiado en todas direcciones. Lo

mismo puede decirse de las edades de sus parejas en esta primera relación quienes tenían 19, 20, 19 y 24 años de edad.

En cuanto hace referencia al estado marital todas están separadas: una por viudez, tres fueron casadas por ceremonia legal y una por unión consensual. Ninguna de las cuatro madres intermedias tuvo una segunda unión.

Las madres intermedias hoy no trabajan. La madre del estrato 6, desde un principio estuvo dedicada al hogar. Las otras debieron apersonarse, aunque parcialmente, de las responsabilidades del hogar y, generalmente, en oficios varios como empleadas domésticas etc.

En principio, los anticonceptivos no fueron muy aceptados por las madres intermedias ya que no tenían el conocimiento suficiente acerca de ellos. La madre nacida en 1943 declara que utilizó pastas y “pildoritas”, pero dijo que no, rotundamente, a la esterilización porque no la comprendió bien y tampoco usaron el condón porque a su pareja no le gustaba a pesar de que había tenido cuatro hijos antes de casarse con ella. La madre nacida en 1956 estuvo con su pareja hasta hace seis años; hace 20 años se hizo la esterilización, pero antes utilizó las pastillas y usaron el condón algunas veces pero no siempre. Su pareja tuvo un hijo después de la separación, con otra persona, pero ella, ahora, ignora si él ha tenido más hijos. La madre nacida en 1949, utilizó el método del ritmo proclamado por la Iglesia Católica, pero a los 33 se practicó la esterilización. Nunca usaron condón. Su pareja tuvo dos hijos antes de la unión consensual con ella y uno después de la separación. La madre nacida en 1963 tuvo una vida sexual intranquila por el temor a un nuevo embarazo; no usaron pastillas ni condón, pero hace ocho años se practicó la esterilización.

5.3.3. Las Madres Jóvenes

El estudio transversal de las familias encuestadas nos muestra que las madres jóvenes nacieron en el lapso de 1965 a 1985. El inicio de este período concuerda con el comienzo de la transición de la fecundidad que se presenta a mediados de la década de 1960. En ese momento la TGF, Tasa Global de Fecundidad, era de 7 hijos por mujer (Flórez Carmen Elisa, 2000). La madre más joven, nace en 1985, cuando la TGF, ya iba en pleno descenso y presenta para ese año una cifra de 3.7 hijos por mujer que era apenas, la mitad de la TGF de 1965.

Este grupo de las madres jóvenes tiene sus hijos entre 1992 y 2009, y presentan una TGF, de 1, 2, 2 y 3 hijos respectivamente. Una de las madres tuvo su tercer hijo en 2009, a sus 30 años, cuando la TGF era de 2.1 hijos por mujer (ENDS, 2015). La cifra de sus tres hijos se corresponde con la que presentaba la fecundidad en 1990-95 (Flórez Carmen Elisa, 2000). Desde luego, cuando se presenta una cifra que es mediana, significa que existen valores mayores y menores para que tal promedio pueda darse., pero en este caso, esta madre joven supera la línea de evolución de la fecundidad.

Mientras que dos de las madres jóvenes tuvieron su primer embarazo a los 18 años, una tercera de ellas tuvo su primer y único embarazo a los 39 años, en 2004. Ella había controlado, prolijamente, su fertilidad hasta cuando su disposición física y subjetiva le diese plenas garantías para el embarazo. Ella tuvo su primera relación sexual a los 25 años, pero no permitió que se cristalizara. Los embarazos a los 18 años se configuran como embarazos adolescentes, que pueden revestir algún riesgo, pero un primer embarazo a los 39 años, también tiene su dosis de riesgo.

Sus lugares de residencia actual presentan diferenciales socioeconómicos ya que una vive en un barrio de estrato 6, en la comuna 17, y dos en un barrio de estrato 1 de la comuna 14 y otra en un barrio de estrato 1 en la comuna 1. La persona del estrato 6, nació en la ciudad de Versalles, donde también poseía las comodidades de un estrato similar.

Sus niveles de escolaridad también presentan gran diferencia ya que la persona de estrato seis tiene 19 años de estudio, es profesional y varios diplomados; otra, de estrato uno, tiene 13 años de estudio y actualmente termina su carrera universitaria; otra que es bachiller y aun piensa estudiar y, finalmente la otra que tiene 9 años de estudio y no piensa estudiar nada por ahora. Es decir, hacia el futuro, estas madres jóvenes de menor escolaridad, creen que aún pueden mejorar su formación intelectual en procura de mejorar su bienestar propio y el de su familia.

5.4. EMBARAZO ADOLESCENTE

De las 12 madres encuestadas 6 de ellas tuvieron su primer embarazo en el período de la adolescencia. Una de ellas tuvo su primer embarazo a los 15 años, 2 madres a los 17 y 3 a los 18.

La madre que tuvo su primer hijo a los 15 tuvo otro a los 17 y otro a los 19. Otra madre que tuvo su primer hijo a los 17, tuvo su segundo hijo a los 19 años. Es decir, que en total fueron, en este grupo, 9 embarazos de mujeres menores.

Como sus edades estaban, en esos momentos, en el intervalo de 15 a 19 años, caerían hoy, en el denominado embarazo adolescente.

La abuela que a los 19 años ya era madre de 3 hijos, los tuvo en 1939, 1941 y 1943....., en una época en la cual nadie lo considera un problema de salud, sino

más bien, como una acción en contra de la unidad familiar y un desacato a las buenas costumbres. Lo mismo la abuela que tuvo su primer hijo a los 17 años, en 1932, y su segundo hijo, a los 19 en 1934.

Los casos de la abuela de los 3 hijos, a sus 19 años, fueron más patéticos por cuanto ella tuvo que luchar casi sola con su cuadro familiar, ya que no tuvo apoyo de sus maridos ocasionales, ni poseía los conocimientos de puericultura necesarios para atender sus emergencias. Solamente, tenía la opción de enviar sus hijos donde su propia mamá cuando estos ya alcanzaron los dos o tres años de vida. Después de estos 3 niños ella tuvo 8 embarazos posteriores que repitieron, más o menos, una problemática similar. Los otros 4 casos de madres adolescentes tuvieron más apoyo familiar, además de las instituciones del estado. De estos 11 hijos actualmente sobreviven una mujer (que es una de las madres intermedias) y cuatro varones.

La autora Virginia Gutiérrez nos aclara que el madresolterismo surge de relaciones de hecho rotas y que, también pueden englobar componentes aportados por las madres adolescentes: “La liberación sexual precoz de la juventud, carente de adecuada educación en la materia, ha hecho florecer el madresolterismo adolescente en todas las escalas sociales pero con frecuencia mayor en las más bajas. Posiblemente el recurso del aborto resta incidencia en los demás estratos”. (Gutierrez Virginia, Huellas escritas, Haguare No. 19, 2005 pag. 294), de esta manera se generan formas de familia incompleta.

6. CONCLUSIONES

Las familias estudiadas permitieron confirmar que la transición de la fecundidad se cumplió, realmente, en los cuatro casos.

Así, de la familia No. 1, la abuela tuvo 9 hijos, su hija 3 y su nieta 3. Respecto de las dos últimas que tuvieron el mismo número de hijos, se observa que no tuvieron diferencial, pero que entre ambas apenas llegaron a los $\frac{2}{3}$ del número de hijos de la abuela.

De la familia No. 2, la abuela tuvo 11 hijos, su hija 5 y su nieta 2. Aquí, se observa la escala descendente 11, 5 y 2 hijos respectivamente. En la familia No. 3, la abuela tuvo 15 hijos, su hija 2 y su nieta 2. En esta escala descendente se observa un diferencial espectacular, ya que de 15 hijos pasa a 2 y luego a 2.

En la familia No. 4, la abuela tuvo 13 hijos, su hija 5 y su nieta solo 1. En este caso, la escala descendente de la fecundidad es, también notable ya que de 13 pasa a 5 y luego a 1.

Las cifras acumuladas son, entonces, de 48 hijos para las abuelas, 15 hijos que tuvieron las madres intermedias y 8 que tuvieron las madres jóvenes. Los promedios serían, 12 hijos para cada abuela; 3.75 hijos para cada madre intermedia y 2 para cada madre joven. El promedio de 12 hijos para cada abuela no concuerda en ningún momento con los indicadores de la fecundidad, en el S. XX., o sea que corresponde a los patrones de fecundidad rezagados.

El nivel educativo en su relación con la fecundidad es considerado por la ENDS, 2015, como un factor distal individual, ya que es definido como un recurso cuyo destino y beneficio llegan a la misma persona. En el caso de las 12 mujeres

entrevistadas sólo dos de las madres jóvenes alcanzaron el nivel profesional. Las otras dos madres jóvenes alcanzaron 4 y 6 años de enseñanza media. En el resto del conjunto de madres sólo una de las abuelas llegó al primer grado de enseñanza media y una de las madres intermedias alcanzó el tercer grado en la escuela normal. Las otras cursaron distintos grados de educación primaria. Las dos madres jóvenes mencionadas tuvieron uno y dos hijos respectivamente, y la otra madre joven que está terminando su carrera universitaria tuvo dos hijos, que también están por debajo del nivel de reemplazo.

De este panorama se desprende que la persona que más años de estudio tuvo fue la de menor fecundidad (1 sólo hijo). Las abuelas que fueron las de menor tiempo de estudio tuvieron la mayor cantidad de hijos, es decir, se cumple una relación inversa descrita como a mayor nivel educativo, menor número de hijos. Este resultado confirma lo expuesto en la ENDS 2015, donde expresa que los diferenciales más altos de la fecundidad se observan tomando en cuenta el nivel educativo; que las mujeres más educadas tienen niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo (por ejemplo, 1.3 entre las más ricas, mientras que aquellas sin educación tienen niveles de fecundidad similares a los que tuvo el país al inicio de la década de 1980 (3.7 hijos por mujer), es decir, con un rezago de 35 años (ENDS 2015, cap., 7.22 pag 298), y las que no tienen educación (o menor educación) son, precisamente, las de las clases populares.

En términos generales las mujeres que vivieron en un estrato socioeconómico alto, tuvieron menos hijos que aquellas que pertenecían a estratos de clases populares. Se cumple aquí otra relación inversa enunciada como a mayor nivel de estrato socioeconómico, menor fecundidad.

Los métodos de contracepción no fueron muy utilizados por las abuelas. Solamente una de ellas usó el dispositivo intrauterino, pero no le gustó, se lo hizo quitar y continuó con métodos tradicionales. El condón tampoco fue usado por las parejas

de las abuelas porque, en esa época, no estaba muy extendido su uso y su disponibilidad no era tampoco, muy expedita. Como lo muestran sus espacios intergenésicos, las abuelas pasaban, más o menos, el tiempo del puerperio para su recuperación y rehacer su vida sexual normal.

Ninguna de las abuelas tuvo acceso a la esterilización porque, igualmente, no era un método muy conocido en esa época (1932-1962), sobre todo para los sectores populares. La abuela que se hizo colocar el anillo, tuvo su período reproductivo entre 1961 – 1985, cuando todos los métodos eran más conocidos.

Las madres intermedias que tuvieron sus embarazos entre 1964-1989, si recurrieron al control natal utilizando los métodos modernos como las pastas y la esterilización. Sin embargo una de ellas dijo nó, rotundamente, a este último método. Solamente una de las parejas aceptó usar el condón pero no de manera continua. Es decir, en este período 1964-1989, la cultura de la anticoncepción no estaba muy difundida, aún, en nuestro medio.

Las parejas de las madres jóvenes tampoco usaron el condón de manera sistemática. Una de ellas fue juiciosa con la inyección hasta que su pareja optó por la separación. Las otras tres decidieron la esterilización como solución definitiva.

En un contexto de pobreza como el de algunas personas de este análisis, se presentan un cúmulo de aspiraciones y perspectivas de los individuos que lo conforman (hombres y mujeres). Cuando las condiciones de pobreza impiden que muchas metas no puedan cumplirse, es porque existe una situación de privación contextual que no permite su realización.

En este ámbito, el concepto de “privación relativa”, encuentra una aplicación formal al referirse, en primera instancia, a los “sentimientos de privación”, (Villasmil Carmen, Papeles de Población, 1998, pág. 176), relacionado con la ausencia del disfrute de bienes materiales que corresponden con la adquisición de elementos facilitadores de las actividades, de sus relaciones intrafamiliares, su bienestar social, etc... Pero un estilo de vida que padezca esta privación relativa no puede orientarse tras estas prerrogativas ya que posee una racionalidad diferente que se expresa en

la vida de las familias pobres y sus modelos sociales por lo cual reproducen en su descendencia el mismo estilo de vida de sus padres como también puede dejar crecer en su subjetividad las características propias de su contexto social donde todos viven y actúan como pobres. Es en síntesis, resultado de un modelo determinista que trasciende las generaciones.

La circunstancia de que las 12 madres que terminan su unión en la separación pero sin aplicar la opción de la segunda unión, significa que sobrepusieron sus valores y actitudes a la perspectiva de una segunda opción. Por ejemplo, en el grupo de las cuatro madres jóvenes, hay tres (las de menor educación), que se las han arreglado solas en la figura del madresolterismo.

Uno de los aspectos que en un principio consideramos como incidentes en la fecundidad, es el estrato. La ubicación en los diversos estratos representa la conjunción o agregación de varias categorías determinadas por la abundancia o escasez presentes en tales categorías. Así, los niveles altos de riqueza, educación, ingresos, etc. Son, a su vez, generadores de otras características como bienestar social, poder, adquisición de bienes materiales, etc. Desde luego la pertenencia a determinado estrato parece estar adherido a una condición económica definitoria de oportunidades y posibilidades o adquisición de medios o movilidad social, que conecten con niveles culturales más o menos amplios que podrían conducir a un mejor estar social, donde florece la idea de realizaciones personales, las cuales, en muchos casos, no podrían realizarse teniendo una familia numerosa, y, una prole numerosa, es una soga al cuello de la mujer que no le facilita la autonomía que requiere para sus realizaciones.

En Colombia, la diferenciación en estratos ha sido sinónimo de desigualdades sociales y, por ende, desigualdad de oportunidades. Carmen Elisa Flórez, lo corrobora cuando nos dice que la transición de la fecundidad...

“...Es un proceso que se dio con mayor rapidez en aquellos grupos con mejores condiciones socioeconómicas. Las mujeres urbanas de los estratos socioeconómicos altos, con mayores niveles de educación, con percepciones favorables sobre el tamaño de la familia y el papel de los hijos fueron las que iniciaron la transición de la fecundidad y en las que se han dado los mayores cambios” (Flórez, C. E., et al, 2000, pág. 38). ”

Estas prerrogativas de los más altos niveles de bienestar solo se dan en los estratos más altos, lo cual demuestra la trascendencia de las desigualdades enclasadadas en la estratificación.

El interés por tratar de entender una de las situaciones actuales que enfrenta la humanidad, me movió a encarar esta investigación en su ámbito cualitativo, por medio de la cual afronte esta temática con seriedad y con la esperanza de entender los aspectos positivos que se proyecten hacia un futuro acorde con ideales existentes como la preocupación por el medio ambiente y la mejor utilización de los recursos naturales, a instancias de la disminución del impacto de la población humana, orientado por una autorregulación consciente de cada persona.

7. BIBLIOGRAFIA

- Arriagada, I. (2004). Cambios y continuidades en las familias latinoamericanas. Efectos del descenso de la fecundidad. En CEPAL, *Serie: Seminarios y conferencias* (págs. 453-464). Santiago de Chile: CELADE/CEPAL.
- Chackiel, J., & Schkolnik, S. (2004). América Latina: los sectores rezagados en la transición de la fecundidad. En CEPAL, *Serie: Seminarios y conferencias* (págs. 51-73). Santiago de Chile: CELADE-CEPAL.
- Chackiel, J. (2004). La transición de la fecundidad en América Latina 1950-2000. *Papeles de Población, CIEAP-UAEM*, 9-58.
- Di Cesare, M., & Rodríguez, J. (2006). Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia. *CIEAP-UAEM: Papeles de la Población*, 107-140.
- Flórez, C. E., & Sánchez, L. M. (2012). *Fecundidad y familia en Colombia: ¿hacia una segunda transición demográfica?* Bogotá: Profamilia.
- Flórez, C. E., (2000). *La Transición de la fecundidad; La transformacion educativa. Las trasformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX* (pags.33-61;89-100. Bogotá: Tercer mundo.
- González Vélez, A. C. (2005). La situación del aborto en Colombia: entre la ilegalidad y la realidad. *Cadernos de Saúde Pública*, 624-628.
- Gutierrez, Viginia (1998) Cambio social, y familia Patriarcal y emancipación femenina en Colombia. Ponencia presentada en el segundo congreso del trabajo social, Oct. 21, Santa Fe de Bogotá.
- Gutierrez, Viginia (2005) *Huellas escritas*, revista Haguare, No.19, Universidad Nacional de Colombia. Santa Fe de Bogotá.
- Medina Hernández, E. J. (2012). Diferenciales regionales de la fecundidad según el nivel educativo de las mujeres colombianas en edad fértil. *Revista Sociedad y Economía*, 205-234.

- Mesa Salamanca, C. A., & Junca Rodríguez, G. A. (2011). Análisis de reducción de la fecundidad en Colombia: modelo de determinantes próximos. *Cuadernos de Economía*, 127-150.
- Ministerio de Salud y Protección Social; Profamilia. (2015). Cap. 7: Fecundidad. En *Encuesta nacional de demografía y salud 2015*. Bogotá.
- Naciones Unidas. UNFPA (2018). *El Poder de Decidir, derechos reproductivos y transición demográfica*.
- Prada, E., Biddlecom, A., & Singh, S. (2012). Aborto inducido en COlombia: nuevas estimaciones y cambios de 1989 a 2008. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, 2-12.
- Sana, M. (1999). La segunda transición demográfica y el caso argentino. *Asociación de Estudios de Población de la Argentina (AEPA). V Jornadas Argentinas de Estudios de Población.*, (págs. 1-20). Luján, Argentina.
- Tuirán, R. (2002). Transición demográfica, trayectorias de vida y desigualdad social en México: Lecciones y Opciones. *Papeles de Población*, 25-66.
- Villasmil Carmen, (1998), Familias en Situación de Pobreza, Vol.4, No.18, Universidad Autónoma, Estado de México.

8. ANEXOS

8.1. GUIA DE ENTREVISTAS

GUIA PARA ENTREVISTAS DEL TRABAJO DE GRADO HISTORIAS DE VIDA ALREDEDOR DE LA FECUNDIDAD ESTUDIOS DE CASO

A. IDENTIFICACION

1. Nombre y número de orden
2. ¿En qué día, mes y años nació usted?
3. ¿Cuántos años cumplidos tiene?

B. CUESTIONARIO

- 1) ¿Cuál fue el último año de estudios que usted aprobó?
- 2) ¿Actualmente está asistiendo a la escuela, colegio o universidad?
- 3) ¿Cuál fue la principal razón por la que usted dejó de estudiar?
- 4) ¿Cuál es el estado conyugal actual de su mama?
- 5) ¿Cuando usted tenía entre 12 y 14 años, con quién vivía principalmente?
- 6) Todos los hijos de su mama, incluida usted, ¿son del mismo padre?
- 7) ¿Qué edad tenía su mama cuando tuvo el primer hijo?
- 8) Cuando usted se ausentaba de la casa, la persona que respondía por usted, sabía dónde estaba, con cuales de sus amigos, y le ponía horario de entrada y salida.
- 9) ¿Estaba pendiente de sus responsabilidades académicas?
- 10) ¿Qué es para usted la sexualidad? (tener relaciones sexuales, hacer el amor, buscar placer erótico, tener hijos, buscar equilibrio psicológico, sentirse más mujer, etc.

- 11) ¿Alguna vez en la vida ha recibido u obtenido información sobre asuntos relacionados con su sexualidad?
- 12) ¿A qué edad recuerda haber recibido u obtenido esta información por primera vez?
- 13) ¿Quién le dio esta información?
- 14) ¿Ha tenido oportunidad de participar en actividades de educación relacionadas con la sexualidad?
- 15) ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses?
- 16) ¿Que tanto han servido las actividades de educación para la sexualidad? Las ha transmitido a sus hijos o a alguien más? (nada, poco, mucho)
- 17) ¿Qué tanto cree que a lo largo de su vida le ha hecho falta más información relacionada con la sexualidad? (nada, poco, mucho)
- 18) Ahora, dígame, si está de acuerdo, en desacuerdo o no le interesan cada una de las afirmaciones siguientes:
- a) La familia es la única que debe brindar educación relacionada con asuntos sexuales a niños, niñas y adolescentes.
 - b) Los materiales que se usan en los programas de educación para la sexualidad son vulgares.
 - c) La educación para la sexualidad es la responsable de tanto embarazo en la adolescencia.
 - d) A las personas solo se les debe hablar de anticoncepción cuando comienzan a tener relaciones sexuales.
 - e) Como parte de los procesos de educación para la sexualidad, se deben entregar condones a las (los) adolescentes entre 12 y 14 años.
 - f) La educación para sexualidad debe darse a partir de la adolescencia. Antes, los niños y las niñas son demasiado jóvenes para entender esas cosas.
 - g) Para evitar las infecciones de transmisión sexual se debe dar educación para la sexualidad desde el preescolar.

- h) La educación para la sexualidad promueve el respeto por todas las personas independientemente de su sexo, género u orientación sexual.
 - i) La educación para la sexualidad aumenta la curiosidad de los niños y niñas por cosas que no deben saber a su edad.
 - j) Se debe enseñar a los niños y niñas entre 12 y 14 años acerca de cómo usar un condón para evitar infectarse con el virus que causa el sida.
- 19) ¿Ha tenido relaciones sexuales?
- 20) ¿Ha tenido algún hijo con algún hombre?
- 21) ¿En total con cuántos hombres usted ha tenido hijos?
- 22) ¿Cuántos años tenía usted cuando tuvo su primer hijo?
- 23) ¿Cuántos años cumplidos tiene su hijo menor?
- 24) ¿Durante sus embarazos tuvo controles prenatales?
- 25) ¿Su pareja la acompañó a los controles?
- 26) ¿Porque su pareja no le acompañó?
- 27) ¿Sus hijos nacieron en institución de salud?
- 28) ¿Conoce o ha oído hablar de métodos anticonceptivos?
- 29) ¿Dónde obtuvo información por primera vez sobre algún método?
- 30) ¿Usted ha usado alguna vez algo o ha tratado de demorar o evitar un embarazo?
- 31) ¿Qué método está usando usted ahora?
- 32) ¿Se practicó la esterilización femenina?
- 33) ¿Antes de la esterilización le dieron amplia información acerca de que no podía tener más hijos?
- 34) ¿Usted se ha arrepentido de haberse hecho la esterilización?
- 35) ¿Cuál es la razón para que usted se haya arrepentido de haberse esterilizado?
- 36) ¿Durante los últimos 12 meses usted ha hablado con un profesional de la salud sobre métodos de anticoncepción?
- 37) ¿Sabe usted que hay ciertos días entre una menstruación y otra en los cuales una mujer tiene mayor probabilidad de quedar embarazada?

- 38) ¿Puede dar alguna precisión al respecto?
- 39) ¿Sabe de un lugar donde se pueda obtener un método anticonceptivo? Cual?
- 40) ¿Quiero que me comprenda el sentido de esta pregunta: Usted es heterosexual, homosexual o bisexual?
- 41) ¿Cuál es su estado marital actual?
- 42) ¿Su pareja vive con usted ahora o permanece en otro sitio?
- 43) ¿Con cuantas parejas ha estado casada o en unión libre?
- 44) ¿Cuántos años tenía usted cuando empezaron a vivir juntos?
- 45) ¿Cuál era el sexo de esta pareja?
- 46) ¿Cuántos años tenía su pareja cuando empezaron a vivir juntos?
- 47) ¿Aún vive con esta pareja?
- 48) ¿Porque ya no vive con esta pareja?
- 49) ¿Alguna vez ha tenido acercamientos, encuentros o relaciones sexuales con otra mujer?
- 50) ¿Cuántos años tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?
- 51) ¿Se sintió presionada por sus amigos o compañeros para iniciar sus relaciones sexuales?
- 52) ¿En la primera vez que tuvo relaciones sexuales, su pareja uso condón?
- 53) ¿Cuál era el sexo de la persona con la que tuvo su primera relación sexual?
- 54) ¿Cuál era su edad?
- 55) ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?
- 56) ¿Su pareja uso condón cada vez que tuvieron relaciones sexuales?
- 57) ¿Cuál fue la principal razón por la que su pareja no uso condón? (pareja estable, incomodidad, no le gusta, usa otra cosa, cree que no es seguro, va contra sus principio religiosos)
- 58) ¿Cuál era (es), su relación con la persona que tuvo (tiene) relaciones sexuales? (Pareja estable, novio, pareja casual, trabajadora sexual, etc. ¿
- 59) ¿Cuánto tiempo hace que tuvo la primera relacione sexual con esta pareja?
- 60) ¿Cuántas veces (aproximadamente) tuvo relaciones sexuales con esta pareja en los últimos 12 meses?

- 61) ¿Cuál es la edad de esta persona?
- 62) ¿En total, con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales durante toda su vida?
- 63) ¿Alguna vez usted le ha pagado a alguien a cambio de tener relaciones sexuales?
- 64) ¿En todas sus relaciones sexuales siempre han usado condón?
- 65) ¿La última vez que tuvo relaciones sexuales, usted o su pareja utilizaron un método anticonceptivo diferente al condón?
- 66) ¿Está actualmente embarazada?
- 67) ¿Después del hijo que está esperando, le gustaría tener otro o prefiere no tener más hijos?
- 68) ¿Después del hijo que está esperando ahora, cuánto tiempo le gustaría esperar para tener otro hijo?
- 69) Usted me ha dicho que no quiere tener más hijos, por ahora, pero no está usando ningún método anticonceptivo. ¿Porque?
- 70) ¿Si en las semanas siguientes usted descubriera que está embarazada, sería un gran problema, un pequeño problema o no sería problema?
- 71) ¿Cree que en el futuro usted o su pareja usarán algún método para evitar o demorar un embarazo?
- 72) ¿Cuál método preferirían usar?
- 73) ¿Usted aprueba o desaprueba que las parejas usen un método para evitar un embarazo?
- 74) ¿Usar un método anticonceptivo, fue su decisión, la de su pareja o lo decidieron en conjunto?
- 75) ¿Usted piensa que su pareja desea el mismo número de hijos que usted, o él quiere más o menos?
- 76) ¿Usted ha trabajado en los últimos 12 meses?
- 77) ¿Generalmente trabaja durante todo el año, o por épocas, o solamente de vez en cuando?

78) ¿A usted le pagan (pagaban) en dinero o en especie por el trabajo que realiza (realizaba)?

79) ¿Quién decide principalmente, como se gasta (gastaba) el dinero que usted gana (ganaba)?

80) ¿Quién en su hogar, tiene la última palabra en las siguientes decisiones:

- a) El cuidado de la salud
- b) Hacer compras grandes para el hogar
- c) ¿Hacer compras para necesidades diarias del hogar?
- d) ¿Visitar familia, amigos o parientes?
- e) ¿Qué comida se debe cocinar cada día?
- f) ¿Estudiar?
- g) ¿Tener relaciones sexuales?

¿Desea agregar alguna otra información o comentario a esta entrevista? Sería muy interesante que agregara alguna duda o asunto que usted considere importante.