

Serie

# Documentos de Trabajo

**Transición de la fecundidad en el Uruguay**

Raquel Pollero

Documento de Trabajo N° 17  
1994



*Universidad de la República*  
*Facultad de Ciencia Sociales*  
*Unidad Multidisciplinaria*

**PROGRAMA DE POBLACION  
UNIDAD MULTIDISCIPLINARIA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

Esta publicación del trabajo de Raquel Pollero es uno de los resultados del Proyecto "Transición Demográfica en Uruguay" que fuera seleccionado para ser financiado con el Fondo de Desarrollo a la Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales.

En los objetivos y planes de investigación del Programa de Población, la reconstrucción histórica del proceso de poblamiento del país y la evolución de la dinámica demográfica, constituye uno de los aspectos centrales. La tarea de identificar la especificidad en la evolución demográfica uruguaya es uno de los capítulos de la historia que pueden contribuir a comprender el presente y pensar el futuro.

El estudio de Raquel Pollero, es una contribución importante al estudio de una de las variables centrales de la transición demográfica, cuyo análisis se ve muy dificultado por la ausencia de información apropiada. En este primer avance de una investigación que se está continuando, se presentan las estimaciones realizadas, la incidencia de los determinantes próximos, así como la visión de actores contemporáneos sobre el tema.

Conjuntamente con los estudios de Ana María Damonte, "Transición de la Mortalidad en el Uruguay" y de Rodolfo Porrini "Estado y Población: aproximación al análisis de las miradas sobre la población desde los ámbitos estatales" constituyen la primera fase del Proyecto que el Programa de Población se propone continuar.

Adela Pellegrino  
Responsable del Programa de Población

## 1. INTRODUCCION

El siguiente trabajo tiene como objetivo reconstruir el proceso de transición de la fecundidad en el Uruguay, sorteando en lo posible las dificultades que se presentan por la carencia de datos apropiados para analizar el tema.

Se entiende por "natalidad" la frecuencia de nacimientos que ocurren en el seno de poblaciones tomadas como un conjunto; y por "fecundidad", en su acepción más restringida, la frecuencia de nacimientos que ocurren en el seno de conjuntos o subconjuntos humanos en edad de procrear (Macció: Diccionario Demográfico Multilingüe, 93). Generalmente, y así haremos en este caso, se toma a la mujer como unidad de análisis.

La fecundidad no es uniforme, sino que varía según los distintos países, al interior de un mismo país, en los diferentes grupos, así como también en el tiempo. Se modifica a través del espacio y del tiempo, debido a un conjunto de factores voluntarios e involuntarios llamados variables intermedias o determinantes próximos de la fecundidad, estrecha y complejamente relacionados con pautas sociales, económicas y culturales.

Empíricamente la experiencia histórica ha comprobado la existencia de dinámicas poblacionales. El esquema es el paso de un régimen de alta fecundidad y alta mortalidad a otro de fecundidad y mortalidad reducidas.

En la sociedad tradicional la edad al matrimonio de la mujer es temprana, por lo que utiliza (salvo muerte del esposo, generalmente mayor que ella) gran parte de su período fértil, y concibe muchos hijos con cortos intervalos intergenésicos.

Las sociedades europeas en el pasado modifican este patrón y desciende la fecundidad. A través del matrimonio tardío se disminuye el número de hijos da cada mujer al final de su período fértil, y aumenta el porcentaje de personas que no acceden al matrimonio (celibato definitivo).

Por último, en las sociedades desarrolladas modernas se mantienen los niveles bajos de la fecundidad mediante una unión relativamente tardía, aunque no tan tardía como en el patrón europeo, y la utilización masiva de anticonceptivos, que permite mayores intervalos intergenésicos y detener voluntariamente la procreación.

Se han intentado desarrollar modelos explicativos del descenso de la fecundidad, pero la multiplicidad de variables intervinientes dificultan conformar una teoría única. La experiencia histórica ha demostrado que cada sociedad ha llevado o está llevando a

cabo su transición demográfica con ritmos diferentes. Hasta el momento sólo existen enfoques teóricos explicativos con escaso valor predictivo en general, que contemplan algunos aspectos de la fecundidad, pero no llegan a dar una explicación del fenómeno en su totalidad.

El estudio de la fecundidad en el Uruguay es sumamente interesante por ser nuestro país el primero en América Latina que disminuyó la fecundidad, y por consiguiente el primero que inició el proceso de envejecimiento, ya que la reducción de nacimientos afecta la base de la pirámide de edades.

Clasificando a los países de América Latina en base a los niveles actuales y a las tendencias de la fecundidad estimados para el período 1950-1990, el Uruguay se encuentra en el grupo de países de transición terminada o casi terminada, junto con Argentina, Cuba y Chile (Guzmán: 1991).

Se abordó el tema intentando contestar tres preguntas: cuándo comienza el proceso de descenso de la fecundidad, porqué y cómo. Responderlas no es sencillo; la cantidad y complejidad de variables intermedias en juego, la dificultad de cuantificar algunas de ellas, la mala calidad o falta de datos, son factores que atentan en nuestra contra.

El marco cronológico de esta investigación está prácticamente dado por los dos primeros censos del siglo XX, 1908 (y algunos años antes) y 1963.

Las fuentes utilizadas para este estudio son de dos tipos: cuantitativas (estadísticas vitales y censos de población) y cualitativas (revisión bibliográfica sobre material médico, especialmente de ginecólogos y pediatras). Puede encontrarse una reseña de las mismas y las posibilidades que ofrecen en el Apéndice I.

## 2. FECUNDIDAD PRE-TRANSICIONAL

No corresponde a esta investigación hacer un estudio sobre la fecundidad pre-transicional, ya que como se dijo, el marco cronológico del mismo lo dan prácticamente los censos de 1908 y 1963. Daremos, sin embargo, algunos datos que servirán fundamentalmente como referencia previa a nuestro período de estudio.

Como hemos visto anteriormente, la familia de la sociedad tradicional se caracterizaba por un esposo maduro y una esposa joven, que al término de su período fértil ha concebido muchos hijos.

Este modelo demográfico, previo al cambio en las pautas reproductivas, fue el existente en nuestro país durante casi todo el siglo XIX.

Los censos nacionales para este período (1852 y 1860) no aportan datos que podamos utilizar para una medición de la fecundidad, por lo tanto por el momento, a nivel nacional, sólo pueden observarse los aportes de las estadísticas vitales a través del número de nacimientos. A partir de los censos municipales de Montevideo pueden elaborarse algunos otros datos que nos permitan la observación de la fecundidad pre-transicional.

El valor de la tasa correspondiente al primer quinquenio se acerca al límite máximo de variación de la TBN (60 o/oo) lo que implicaría que no se practica, o se practica muy poco, el control deliberado de la fecundidad. Los valores superiores al 35 o/oo se consideran de natalidad alta y muy alta (Guzmán: 1991).

Con respecto a los recuentos de Montevideo, sería de fundamental importancia el análisis de la fecundidad a través del Padrón de 1858-1859, ya que cronológicamente corresponde por completo al período pre-transicional.

## CUADRO 1

TASAS BRUTAS DE NATALIDAD (TBN) POR MIL HABITANTES URUGUAY 1877 - 1964
---

AÑOS	TBN (1)	TBN (2)	AÑOS	TBN (1)	TBN (2)
1877-80	51.15	-	1920-24	25.71	30.52
1882-84	41.47	-	1925-29	24.60	28.66
1885-89	40.48	-	1930-34	22.14	25.82
1890-94	38.32	-	1935-39	19.88	22.23
1895-99	35.28	-	1940-44	19.60	21.51
1900-04	31.00	-	1945-49	21.54	20.69
1905-09	31.30	-	1950-54	21.87	21.13
1910-14	31.24	37.40	1955-59	20.43	21.79
1915-19	27.05	32.47	1960-64		-

TBN(1): Calculada a partir de estadísticas vitales y total de población (al 31 de diciembre) de los Anuarios Estadísticos.

TBN(2): estimaciones calculadas por Pereira y Trajtenberg

Fuentes: para 1877-80: Rial: 1983, 122.  
: otros años: Anuarios Estadísticos.  
: Pereira y Trajtenberg: 1966.

## CUADRO 2

### RELACION NIÑOS-MUJER (RNM) Y TASA DE FECUNDIDAD GENERAL (TFG) MONTEVIDEO

AÑOS	RNM	TFG
1858-59	0.34	-
1884 (*)	0.72	186.15
1889	0.51	129.29

(\*) Mujeres de 15 a 50 años.  
Fuente para 1858-59: Camou y Pellegrino:  
1993, 167; para 1884 y 1889: Censo  
Municipal de Montevideo de 1889.

La relación niños-mujer (niños de 0-4 años/mujeres de 15-49 años) no es una medida estrictamente de fecundidad y su principal limitación está dada por el tipo de información que usa, el grupo de población de 0 a 4 años, que generalmente se encuentra subenumerado en los censos. Si se quiere utilizar la RNM comparativamente para distintos momentos en el tiempo, se debe tener en cuenta que esta estará afectada por las diferencias en los niveles de mortalidad. Por lo general a una mayor fecundidad corresponde una mayor mortalidad, por consiguiente las diferencias en la RNM subestimarán las diferencias reales de fecundidad en los momentos comparados (Guzmán: 1991).

Para Camou y Pellegrino si bien a priori la diferencia entre la RNM del padrón de 1858-59 y del censo de 1884 parecería indicar una fecundidad menor en el primer caso, los datos deben interpretarse con precaución; por un lado podría estar influyendo una omisión importante de los niños menores de 5 años, pero también "(...) podríamos pensar que del conjunto de la información se desprende que estamos frente a una sociedad muy particular, donde el impacto inmigratorio, los efectos de la Guerra Grande y de las insurrecciones parecen manifestarse en una desestructuración social, que condujo a una reducción en la formación de familias." (Camou y Pellegrino: 1993, 167).

Por otra parte, un descenso de por lo menos un 29,2% entre las RNM en 5 años, ya que el denominador de 1884 es mayor por incluir también a las mujeres de 50 años, hace que se observen con reservas estos datos. Lo mismo sucede con la tasa de fecundidad general (TFG).

Por el momento los únicos datos de la fecundidad pre-transicional a nivel nacional (las tasas brutas de natalidad), indicarían la ausencia de mecanismos de control voluntario de la natalidad hasta la década de 1880. Las mediciones relativas a Montevideo ameritan un análisis más exhaustivo para buscar una mayor consistencia de los datos.

### 3. TRANSICION DE LA FECUNDIDAD

Como dijimos anteriormente, el Uruguay es el primer país de América Latina que disminuye la fecundidad y este hecho hace que de inmediato nos surjan tres preguntas: cuándo comienza el proceso de descenso de la fecundidad, porqué y cómo. El esquema de nuestro trabajo está organizado en base a estas interrogantes, si bien los datos existentes dificultan la claridad de las respuestas.

#### 3.1. COMIENZO DE LA TRANSICION DE LA FECUNDIDAD

##### 3.1.1. MEDICIONES DE LA FECUNDIDAD

Lesthaeghe considera como inicio de la transición a la década en que la tasa bruta de natalidad cae por debajo del 30 o/oo (citado por Pantelides: 1992, 90). En nuestro país esto sucede en la década de 1920 (ver cuadro 1), o más precisamente en el quinquenio anterior, de 1915-1919, al mismo tiempo que en los países de Europa Meridional, y prácticamente 5 décadas antes que la mayoría de los países del contexto latinoamericano.

**CUADRO 3**

**DECADA DE REDUCCION DE LA TBN POR DEBAJO DE 30 POR MIL. EJEMPLO DE PAISES**

DECADA	PAIS
1830	Francia
1840	Irlanda
1890	Suecia, Dinamarca, Inglaterra y Gales, Escocia, Australia, Nueva Zelanda
1900	Holanda, Noruega, Alemania
1910	Canadá, Austria, Checoslova- quia, Estados Unidos
1920	Italia, España, Portugal, URUGUAY
1930	Polonia, Bulgaria, Rumania, Argentina
1940	Unión Soviética, Cuba
1950	Yugoslavia, Japón
1960	Chile
Fuente: Pantelides: 1992, 91.	

La declinación de la TBN del 30 o/oo al 20 o/oo se produjo prácticamente en 25 años. El mismo fenómeno sucedió en Europa, donde el descenso de la TBN se dió con mayor rapidez en aquellos países en los cuales este había comenzado en épocas recientes, mientras que a Francia le llevó 70 años.

Si observamos en la serie de TBN (cuadro 1) no sólo el momento en que esta cae inexorablemente por debajo del 30 o/oo, sino cuándo se inicia el proceso de descenso, vemos que este probablemente comience en la última década del siglo XIX. Esta tasa descendió un 19,1% entre el promedio del primer quinquenio de la década de 1890 y el de la década de 1900. Pero no debemos olvidar que la TBN usa como

denominador a la población total y no a la población expuesta al riesgo de procrear, y que, por consiguiente las diferencias pueden no ser del todo explicables por diferencias reales en el nivel de la fecundidad, es decir, en el número de nacimientos por mujer, sino estar afectadas por la estructura por sexo y edad de la población. No podemos precisar si la estructura de la población se modificó significativamente en esos 10 años, pero de acuerdo a Mourat, la tercera oleada inmigratoria que llega a nuestro país termina en 1889, produciéndose una caída en los años 1890 y 1891, llegando incluso a valores negativos y una cuarta oleada llegaría desde mediados de la década de los noventa hasta los primeros años del nuevo siglo (Mourat: 1969). Esto quiere decir que la migración, y muy probablemente en edades de procrear, podría haber afectado el denominador de nuestras tasas negativamente (emigración) en el primer quinquenio de 1890 y positivamente (inmigración) en el primer quinquenio de 1900 (lo que produciría, a igual fecundidad, una tasa de natalidad menor). Una evaluación de los datos es necesaria para estar en condiciones de aceptar o rechazar la idea.

Al intentar precisar y afinar las medidas de la fecundidad nos vemos inmersos en serias dificultades. Los largos períodos intercensales y la forma de presentación de los datos censales publicados, o la ausencia absoluta de ellos son escollos, en algunos casos, muy difíciles o imposibles de salvar. Además el primer censo nacional del siglo XX corresponde al período en que la transición comenzaba a procesarse y el segundo se realiza cuando la transición ya está terminada o casi terminada. Por esta razón sería fundamental encontrar por lo menos la estructura de la población por grupos quinquenales de edad para alguno de los censos de Montevideo de 1930 (la tenemos para grandes grupos de edad) o 1941.

#### CUADRO 4

FECUNDIDAD : RELACION NIÑOS-MUJER (RNM), TASA DE FECUNDIDAD GENERAL (TFG), TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF), TASA BRUTA DE REPRODUCCION (TBR), TASA NETA DE REPRODUCCION (TNR)  
URUGUAY

AÑO	RNM	TFG	TGF	TBR	TNR
1900	0.62	141.9	-	-	-
1908	0.53	134.8	6	3.0	2.7
1963	0.39	88.1	2.81(1) 3.09(2)	1.37 1.51	1.31 1.44
1975	0.38	86.8	2.80(3) 2.88(1)3. 02(2)	1.37 1.41 1.47	1.31 1.35 1.41

- (1) TGF, TBR y TNR calculadas a partir de retroproyección con tabla de mortalidad.
- (2) TGF, TBR y TNR calculadas a partir de retroproyección y estadísticas vitales.
- (3) TGF, TBR y TNR calculadas a partir de pregunta censal de hijo tenido en el último año.

Fuentes: 1900: Anuario Estadístico 1904-1906; censos nacionales de 1908, 1963 y 1975; Anuarios Estadísticos de 1908, 1963 y 1975. Tablas de mortalidad de 1908-1909, 1963 y 1975.

Como dijimos anteriormente, la relación niños-mujer (RNM), si bien no es estrictamente una medida de la fecundidad, es un elemento más para fines comparativos, a partir de la distribución por edad de la población. El porcentaje de descenso de la RNM entre 1900 y 1908 fue de 14,52%, entre 1908 y 1963 del 26.42% y solamente un 2.56% entre 1963 y 1975. Este indicador está afectado por las diferencias en los niveles de mortalidad de la población en los distintos períodos de tiempo, por lo que la RNM debe de estar subestimando el descenso real de la fecundidad entre 1908 y 1963.

Como vimos no tenemos valores de RNM pre-transicional a nivel nacional, pero sí de Montevideo. La RNM en la capital se redujo de 0.51 a 0.38, es decir un 25,5%

entre 1889, a comienzos de proceso de la transición, y 1908.

La tasa de fecundidad general (TFG) es una medida similar a la TBN, si bien **toma** como denominador solamente a las mujeres en edad fértil, por consiguiente está **afectada** por la estructura de edades de las mujeres al interior del período fértil. Sus **límites** de variación se encuentran entre el 50 o/oo y 250 o/oo aproximadamente. Al **calcular** la proporción de mujeres en edad fértil (PMEF) para 1908, 1963 y 1975 se **observa** que la misma es de 25.30%, 25.0% y 24.43% respectivamente. A similar PMEF, **las** de 1908 tenían mayor número de hijos, siendo la TFG de 1963 el 65.36% de la de 1908 y la de 1975 el 98,52 % de la TFG de 1963. Esto no significa que las estructuras **por** edad de las mujeres en estos tres momentos en el tiempo sean similares, ya que **no** se tienen en cuenta las posibles variaciones en la distribución por edad de las **mujeres** en edad reproductiva, ni la distribución relativa de la fecundidad según la edad **(que** desconocemos para 1908 y 1963).

El nivel de la fecundidad se mide a través de la tasa global de fecundidad (TGF). **Este** valor "(...) se interpreta como el número de hijos que en promedio tendría cada **mujer** de una cohorte hipotética de mujeres no expuestas al riesgo de muerte desde el **inicio** hasta el fin del período fértil y que, a partir del momento en que se inicia la **reproducción**, están expuestas a las tasas de fecundidad por edad del momento de la **población** en estudio" (Guzmán: 1991, 35). La ventaja de esta medida es que como se **calcula** a partir de las tasas de fecundidad por edad, se elimina el efecto de la estructura **por** edad de la población.

Los censos de 1908 y 1963 no nos proporcionan los datos necesarios para poder **estimar** la TGF, por consiguiente empleamos una técnica indirecta como es la **retroproyección** de la población. Para elaborar estas retroproyecciones utilizamos las **tablas** de mortalidad de los censos respectivos, pero debimos aplicar estructuras de la **fecundidad** (distribución de las tasas de fecundidad por edad) arbitrarias, ya que estos **datos** los desconocemos. La metodología de las retroproyecciones se detalla en el **Apéndice** II.

El censo de 1975 incluye la pregunta "hijos tenidos en los últimos doce meses", por consiguiente se puede calcular la TGF. De allí que para 1975, y a los efectos de **comparar** metodologías se hayan elaborado 3 TGF: a partir de datos censales, con la **retroproyección** de la población y la tabla de mortalidad y con la retroproyección y **estadísticas** vitales (nacimientos).

El largo período intercensal entre 1908 y 1963 nos impide ver claramente la **evolución** de un nivel alto de fecundidad, de 6 hijos por mujer a principios de siglo, al **de** una transición casi terminada con tasas de alrededor de 3 hijos por mujer y sin **cambios** sustanciales a partir de la década de 1960.

A pesar de las dificultades para aproximarnos a un conocimiento de la evolución

de la fecundidad, las distintas mediciones realizadas nos hacen ver que el nuestro ha sido un país de transición temprana, comenzando este proceso a fines del siglo XIX. Para 1908 el nivel de la fecundidad ya era algo menor que el de Argentina (TGF=7 para 1895 y TGF=6.2 para 1914) (Pantelides: 1992, 93).

Consideramos que ya hacia 1908 se estarían estableciendo mecanismos de control de la natalidad.

## CUADRO 5

**INDICES DE PRINCETON: FECUNDIDAD GENERAL (If), FECUNDIDAD MATRIMONIAL (Ig), FECUNDIDAD ILEGITIMA (Ih), NUPCIALIDAD (Im) MONTEVIDEO 1889, URUGUAY 1908 Y 1963**

AÑO	If	Ig	Ih	Im
1889	0.355	0.588	0.076	0.544
1908	0.353	0.699	0.157	0.376
1963	0.239	0.341	0.132	0.560

Fuentes: Censo municipal de Montevideo de 1889, censos nacionales de 1908 y 1963, Anuarios estadísticos.

La población utilizada para los índices de 1908 es la población de los cuadros por estado civil del censo y no la corregida por edad en este trabajo.

Los índices de fecundidad de Princeton nos dan la pauta de cuán cerca se encuentra una población de la fecundidad natural (sin ningún efecto consciente de limitación) dada por la fecundidad de las hutteritas (secta de Estados Unidos cuya fecundidad en la década de 1920 no está limitada), con la cual se estandariza el peso de la estructura de la fecundidad por edad de las mujeres (Coale y Cotts Watkins: 1986).

Los cuatro índices están relacionados entre sí ( $If=(Im*Ig)+(1-Im)*Ih$ ). El producto  $Im*Ig$  expresa la contribución de las mujeres casadas a la consecución del máximo de fecundidad en la población;  $(1-Im)*Ih$  expresa la contribución de las solteras a la fecundidad; el valor resultante de  $If$  significa cuanto se acerca la fecundidad de las mujeres en edad fértil, a la fecundidad natural. Si los nacimientos ilegítimos fueran una pequeña proporción del total, el valor de  $If$  sería aproximado a  $Im*Ig$ .

Para el Montevideo de 1889 el índice de fecundidad general representaba el 35%

de la fecundidad natural; más de la mitad de las mujeres en edad fértil eran casadas, la fecundidad marital era media y la ilegítima era más del doble que en Europa (en la Europa del '900 Coale la estima entre menos del 1% a algo más del 3% de la fecundidad hutterita (Coale y Cotts Watkins: 1986, 35)).

El Uruguay de 1908 tiene el mismo  $I_f$  que Montevideo en 1889. Esto significaría que el inicio de la transición de la fecundidad es anterior a aquella fecha. En 1911 los  $I_f$  de Italia, España (para 1910) y Francia son 0.346, 0.356 y 0.204 respectivamente. El índice de fecundidad matrimonial ( $I_g$ ) es relativamente alto (0.623 para España en 1910, 0.616 y 0.315 para Italia y Francia en 1911 respectivamente), el índice de fecundidad ilegítima es muy alto en relación a Europa (prácticamente 4 veces más), por lo que el producto de  $I_m \cdot I_g$  (0.263) no se acerca al valor de  $I_f$ , como hubiera sucedido de ser pequeña la proporción de la fecundidad ilegítima, y el índice de nupcialidad es bajo (0.591, 0.545 y 0.534 en Francia, España e Italia). Como ya lo dijéramos, el número de uniones consensuales estables no figura en el censo, pero sí podemos ver la importancia de los nacimientos ilegítimos.

También se puede hacer una estimación de la Tasa Global de la Fecundidad multiplicando el valor de  $I_f$  por la TGF de las hutteritas (12.4) (Coale y Cotts Watkins: 1986, 34). Este método nos daría una TGF de 4.4 hijos por mujer para Montevideo en 1889 (la TGF de Bs.As., capital federal, para 1899 calculada por Pantelides es de 5 hijos por mujer), al igual que para Uruguay en 1908. El resultado del método de retroproyección que implementamos era de 6 hijos por mujer. Consideramos que 4.4 hijos es un valor demasiado bajo y que se estaría subestimando la fecundidad.

Hacia 1963, y como era de esperar dado que este censo corresponde ya al período de transición casi completa, todos los valores descienden excepto el índice de nupcialidad, que crece un 49% con respecto a 1908. Se casan más, pero tienen menos hijos (el índice de fecundidad matrimonial desciende más del 50%). La TGF calculada a partir del  $I_f$  (2.96 hijos por mujer) es de la misma magnitud que las estimadas a través de la retroproyección.

El comienzo de la modificación en las pautas reproductivas de la población se inserta algo más tardíamente en el proceso de cambio que se gesta en nuestro país a partir de la década de 1870, tanto en la campaña con el alambramiento de los campos, como en Montevideo, la ciudad-puerto del siglo XIX.

"Construido el Estado, asegurada la paz interna, apropiado el suelo por pocos, alambrada la estancia y triunfante la ganadería extensiva, debilitado el comercio de tránsito y la navegación de cabotaje que era su complemento, el viejo modelo dejó de

ser funcional. Una sola actividad económica prometía ocupación, pero en 1880-1890 estaba en pañales: la industria. Otro clásico proveedor de empleo, el Estado, recién comenzaba a vislumbrarse como tal al nacer la idea de su "intervención". (Barrán, J.P. y Nahum, B.: 1979, 34).

La migración del campo a la ciudad o la emigración a los países limítrofes, la reducción de los aportes inmigratorios ultramarinos, y finalmente el descenso de la fecundidad fueron respuestas a la crisis finisecular.

### 3.1.2. CONCIENCIA Y PREOCUPACION DE LA EPOCA

En nuestro período de estudio la fecundidad es un tema preocupante, del cual se habla y se discute a distintos niveles.

Hubieron antecedentes sobre la preocupación por el tema de la fecundidad. En el diario "El Día" del 31 de enero de 1908, bajo el título de "Conferencia Neomalthusiana" se anuncia que llegó al Congreso de Estudiantes de próxima realización, el delegado brasileño de la Facultad de Derecho de Río de Janeiro, Benjamín Franklin Araujo Lima, para presentar un trabajo sobre "la urgente necesidad que hay de propagar en América la teoría neomalthusiana" (El Día: 31-1-1908, 1). El hecho dió motivo a que varios miembros del Comité Neo-malthusiano, recién fundado en Montevideo, le solicitaran una conferencia pública. No hemos encontrado más datos al respecto, ni nombres de los integrantes de este Comité, de opinión favorable al control de la natalidad.

Un año más tarde, el Boletín del Consejo Nacional de Higiene transcribe un informe del Dr. Dietrich, Consejero Superior Intimo de Medicina de Berlín, al XIV Congreso de Higiene y Demografía, llevado a cabo en Berlín en setiembre de 1907. El Dr. Dietrich muestra su preocupación por la "mortalidad de la primera infancia", que representa un tercio de la mortalidad general de Alemania. "Esta grande mortalidad infantil es una desgracia del punto de vista económico y nacional, porque numerosos valores que serían útiles a la economía nacional, son producidos cada año inútilmente, y porque las causas de la gran mortalidad en la primera infancia disminuye al mismo tiempo la fuerza de resistencia de los niños que sobreviven, debilitando el vigor de la nación para el porvenir. Este peligro nacional gana todavía más en importancia por el hecho de que el número de los nacimientos disminuye de año en año; él impone á los factores públicos del Estado el deber de tomar medidas convenientes de asistencia en el sentido de proteger a los niños durante la lactancia."(Boletín del Consejo Nacional de Higiene: 1909, nº 27, 1). El informe está transcrito textualmente y no hay ningún

comentario.

Pero será a partir de 1916 que encontraremos una preocupación más consistente sobre el tema. En ese año se lleva a cabo el Primer Congreso Médico Nacional, y será el cuerpo médico el que en primera instancia denuncie su preocupación.

El Comité Ejecutivo organizador del Congreso dió una lista de temas recomendados y encomendó algunos de ellos a médicos prestigiosos.

Este fue el caso de "Protección e higiene en la primera infancia", trabajo del Dr. Luis Morquio donde expresa conceptos muy semejantes a los de su colega alemán, el Dr. Dietrich, que transcribiéramos anteriormente:

"Aparte del dolor que ella provoca, la mortalidad de la primera infancia debe ser considerada como una calamidad pública, porque representa una pérdida enorme de capital humano, sin ninguna compensación para la colectividad; son energías sustraídas a las fuerzas naturales del país, necesarias a su desenvolvimiento y progreso."

"La protección de la primera infancia es, pues, una cuestión de humanidad y de patriotismo. De esta manera comprendemos todo el interés despertado en los países más avanzados, organizando congresos internacionales de la más grande trascendencia, exclusivamente destinados al estudio de la primera edad, en todas sus manifestaciones: fisiológicas, patológicas, higiénicas, sociales, etc. y provocando un movimiento universal de solidaridad, que se traduce por leyes y por instituciones especiales cuyo fin es mejorar la situación del niño, por la conservación de su salud y de su vida." (Morquio: 1916, 654).

Si bien el Dr. Morquio se refiere a la mortalidad infantil como "calamidad pública" por la pérdida de energía necesaria para el desarrollo y progreso del país, no hace mención al hecho, que sí lamenta Dietrich, de que la importancia de la mortalidad infantil se acrecienta debido a la disminución anual de nacimientos. Sí constará en las actas de la Convención Médica de 1943, donde el Dr. Julio Bauzá manifiesta que a los gobiernos, y especialmente al nuestro, preocupa el tema de la mortalidad infantil porque la natalidad también decrece (Bauzá: 1943).

Pero la disminución anual de nacimientos también es advertida por el cuerpo médico nacional y es tema recomendado por el Comité organizador a quienes podían comprobarlo fehacientemente, a los ginecólogos, como veremos más adelante.

## 3.2. DIFERENCIALES DE LA FECUNDIDAD

Nuestra segunda interrogante es porqué se da el proceso de transición de la fecundidad.

Como se dijo anteriormente, los factores determinantes de la transición de la fecundidad son múltiples y complejos. A nivel teórico la discusión persiste y los modelos explicativos del descenso de la fecundidad no son conclusivos. Preguntarnos el porqué, por el momento y al grado de avance de la investigación en nuestro país sobre el tema, es muy ambicioso.

Por otra parte, para intentar explicar porqué fue el Uruguay el primer país latinoamericano en iniciar la transición habría que complementar este trabajo con indicadores sociales y económicos comparativos de los distintos países de América Latina tales como urbanización, proporción de población rural, nivel de instrucción y de industrialización. Asimismo debería analizarse el peso de otros factores demográficos como la inmigración.

Ahora bien, podemos preguntarnos si este cambio en las pautas reproductivas inicialmente se procesa en toda la población. Por lo general el descenso de la fecundidad comienza en algunos segmentos o subgrupos de la población, como ser los más urbanos, los de más alto nivel de instrucción, etc. No es sencillo a partir de los datos censales del Uruguay analizar los diferenciales de la fecundidad; observaremos dos: origen (nacionales o extranjeras) y residencia (urbano-rural, o Montevideo-interior) de las mujeres. De todas formas debemos tener en cuenta que el estudio de diferenciales, si bien nos permite ver en qué segmentos de la población se produce el cambio primero, no nos explica porqué sucedió.

### 3.2.1. ORIGEN DE LAS MUJERES

Zavala de Cosío sostiene que la explicación de una transición demográfica en Uruguay y Argentina tan temprana con respecto al resto de los países latinoamericanos, se encuentra en la importancia que la inmigración europea tuvo en aquellos países (Zavala de Cosío: 1992).

España e Italia, países de procedencia de la mayor parte de la inmigración de fines del siglo XIX y principios del XX, comenzaron a reducir su fecundidad entre 1900 y 1920, prácticamente en forma simultánea con nuestro país. En Francia se produce a mediados del siglo XVIII (Zavala de Cosío: 1992).

Somoza analizando los diferenciales de la fecundidad del censo argentino de 1895 concluye que las mujeres casadas argentinas muestran una fecundidad mayor que

as nacidas en el exterior (Somoza: 1968). Recchini y Lattes observando distintas fuentes (censos, estimaciones y encuestas) consideran que si bien las evidencias no son concordantes y son insuficientes para inferir una tendencia, es posible sostener que la inmigración internacional de fines del siglo XIX y principios del XX debe de haber tenido un papel fundamental en la evolución sufrida por la natalidad (Recchini de Lattes y Lattes: 1975). Pantelides demuestra que la llegada masiva de extranjeros provenientes de países cuya fecundidad era menor que la argentina, tuvo un efecto deprimente de los niveles de fecundidad, pero que ello se combinó con factores locales como la concentración progresiva de población en áreas urbanas de fecundidad menor. El problema radica en poder aislar la influencia relativa a la residencia y al origen sobre la fecundidad, ya que la mayoría de los inmigrantes europeos se asientan en las ciudades (Pantelides: 1992).

Sin embargo, la diferencia de fecundidad entre mujeres nacionales y extranjeras es menos clara para el Uruguay. En primer lugar nuestros datos no son tan ricos como los argentinos. Y si bien hemos realizado mediciones de la fecundidad a nivel de la población total de mujeres, esto se complica cuando el universo se reduce a segmentos de población, lo que requeriría de un análisis más profundo.

#### CUADRO 6

NUMERO MEDIO DE HIJOS POR MADRE Y TASA DE FECUNDIDAD GENERAL (TFG)						
	NUMERO MEDIO DE HIJOS POR MADRE				TFG	
	MONTEVIDEO		URUGUAY		URUGUAY	
AÑO	NACIONALES	EXTRANJERAS	NACIONALES	EXTRANJERAS	NACIONALES	EXTRANJERAS
1889	4.81	4.82	-	-	-	-
1908	4.65	5.54	5.48	6.26	101.65	107.27

Fuentes: Censo Municipal de Montevideo de 1889 y censo nacional de 1908.

## CUADRO 7

INDICES DE PRINCETON: INDICE DE FECUNDIDAD GENERAL (If) INDICE DE NUPCIALIDAD (Im) URUGUAY
--

AÑO	NACIONALES		EXTRANJERAS		TOTAL	
	If	Im	If	Im	If	Im
1889	-	0.402	-	0.681	0.355	0.544
1908	0.254	0.341	0.306	0.579	0.353	0.376
1963	-	-	-	-	0.239	0.560

Fuentes: Censo Municipal de Montevideo de 1889; censos nacionales de 1908 y 1963.

A partir de los cuadros 5 y 6 podríamos pensar que la fecundidad de las mujeres orientales es inferior a la de las extranjeras.

Según el promedio de hijos por madre, la fecundidad de nativas y extranjeras sería pareja para Montevideo en 1889, pero hacia 1908 la diferencia habría crecido siendo la fecundidad de las orientales un 17% menor que la de las extranjeras en Montevideo y un 6.1% en todo el país.

Asimismo, de acuerdo al índice de fecundidad general las nacionales tienen el 25% de la fecundidad de las hutteritas, mientras que las extranjeras tendrían un 30%. De acuerdo a estos valores ambos grupos de mujeres estarían controlando su natalidad.

Rial (1983), también encuentra la fecundidad de las mujeres orientales menor que la de las extranjeras. Si bien no descarta el argumento de la influencia de la inmigración en la reducción de la fecundidad, considera que el cambio de comportamiento referente a la natalidad no habría venido del exterior, sino que sería el resultado de la adecuación del comportamiento reproductivo de las familias a los requerimientos de una estructura socioeconómica en proceso de ajuste; piensa además, que los inmigrantes adoptan conductas reproductivas restrictivas como resultado de su integración a esta sociedad, pero no por transmitir una pauta de conducta de su lugar de origen.

Sin embargo, la hipótesis de una mayor fecundidad entre las extranjeras que entre las nacionales no resulta tan clara si analizamos la estructura de edades de ambos censos. Hacia 1908 las mujeres extranjeras tenían una estructura de edades más

envejecida que las orientales; por lo tanto un mayor porcentaje de ellas tenían su fecundidad completa, no siendo así el caso de las uruguayas. Al calcular el número medio de hijos tenidos por las "madres" en general, se nos está escondiendo justamente de qué manera incide la estructura de edades en la fecundidad y poder evaluar si las extranjeras tenían más hijos que las orientales o si esta diferencia se encuentra en que sobre el total de extranjeras, el 15.42% de ellas pertenece al grupo de 45-49 años (con fecundidad completa) frente a un 5,6% de orientales de ese grupo de edad (sobre el total de orientales). Para 1889 el grupo de 40-50 años en Montevideo correspondía al 23,3 % de las extranjeras y al 10,2% de las uruguayas.

Por otro lado, y para que el problema resulte menos claro, la TFG, relación entre los nacimientos de mujeres extranjeras y las mujeres extranjeras tomadas globalmente entre 15 y 49 años, es mayor entre las extranjeras que entre las nacionales en 1908.

Al grado de avance que ha llegado esta investigación sólo podemos decir que, si bien la diferencia de fecundidad entre mujeres orientales y extranjeras no es grande, y aparentemente la reducción es mayor entre las nacionales, el tener orientales y extranjeras estructuras distintas, puede incidir en el resultado de nuestras mediciones y ocultarnos una mayor fecundidad entre las uruguayas. El tema debe analizarse más detenidamente, por el momento no estamos en condiciones de afirmar una u otra hipótesis.

### 3.2.2. RESIDENCIA DE LAS MUJERES

Esencialmente son dos los factores por los que una mayor urbanización afecta la natalidad. Por un lado la carga económica de tener hijos es mayor en las zonas urbanas que en las rurales. Y por otro, una mayor fluidez social e información inducen a las familias a adaptarse con mayor rapidez a los cambios (entre los que se encuentran las conductas reproductivas) que exigen ese nuevo medio económico y social (Pereira y Trajtenberg: 1966). La modernización y el cambio socioeconómico pueden facilitar e inducir la difusión de ideas acerca del control de la natalidad y el tamaño ideal de la familia (Bravo: 1992).

Las últimas décadas del siglo XIX vieron iniciarse un proceso que condujo a que el Uruguay pudiera considerarse un país urbano por excelencia en las primeras décadas del XX; y el crecimiento de la población urbana no se dio solamente en Montevideo, sino que fue aún más importante en el interior (Rial: 1983). El descenso de la fecundidad acompañó ese proceso.

## CUADRO 8

### DIFERENCIALES DE FECUNDIDAD URBANO - RURAL

AÑO	MONTEVIDEO		RURAL	
	TFG	RNM	TFG	RNM
1884	186.15	0.72	-	-
1889	129.29	0.51	-	-
1900	-	-	-	0.64
1908		0.38	-	-
1930	70.26	0.33	-	-
1963	85.73	0.32 (1) 0.31 (2) 0.45 (3)	-	0.51
1975	89.85	0.32 (1) 0.31 (2) 0.47 (3)	-	0.47

Fuentes: Censos Municipales de Montevideo 1889 y 1930;  
censo de 1900; censos nacionales de 1908, 1963 y 1975.

(1) RNM total de Montevideo (población rural y urbana).

(2) RNM de Montevideo población urbana.

(3) RNM de Montevideo población rural.

RNM: censos 1884 y 1930 calculada con niños 0-5 y mujeres 15-50;

censo 1900: calculada para el interior del país sin Montevideo.

Son muy escasos los datos que poseemos para poder comparar la fecundidad urbana y rural. Inclusive es difícil uniformizar los criterios para los distintos censos por lo que preferimos la dicotomía Montevideo-población rural, pero aún así para los censos de 1963 y 1975 debimos dar tres cifras diferentes para Montevideo, puesto que ambos diferencian el Montevideo urbano del rural.

Si observamos la relación niños-mujer vemos que en Montevideo el descenso mayor (dejando cautelosamente de lado la RNM de 1884) se produjo entre 1889 y 1908 (25.5%), mientras que en el área rural, si bien no tenemos datos anteriores, el descenso importante (20.3%) se produjo entre 1900 y 1963. Entre 1908 y 1963 la RNM de

Montevideo descendió un 15.8%. En 1963, la RNM rural es un 59.4% más alta que la de Montevideo, y la de Montevideo rural 45.2% más que la de Montevideo urbano. Para el censo de 1975 la RNM rural es 46.9% mayor que la de Montevideo y se acrecentó la diferencia entre Montevideo urbano y rural (51.6%), mientras que la población rural de Uruguay y de Montevideo tienen la misma RNM.

Si bien no tenemos otro elemento de juicio más que a través de una técnica indirecta de estimación basada en la distribución por edad de la población, como es la relación niños-mujer, consideramos que la fecundidad en nuestro país ha sido diferencial según el lugar de residencia de la madre, comenzando el proceso de transición más temprano la población urbana que la rural.

Los dos diferenciales de la fecundidad que intentamos analizar no son sencillos de distinguir a partir de los datos que manejamos. Si bien es clara una fecundidad diferencial urbano-rural, no lo es por el país de origen de las mujeres.

### 3.3 MECANISMOS DE CONTROL DE LA FECUNDIDAD

Se desea investigar cuáles fueron los determinantes próximos que intervinieron en el proceso de transición de la fecundidad, utilizados directamente como mecanismos de control de la natalidad. Se analizarán tres determinantes próximos: nupcialidad, lactancia y aborto y métodos contraceptivos.

#### 3.3.1. NUPCIALIDAD

La nupcialidad se observará como variable explicativa.

El patrón de la nupcialidad influye directamente en el resultado de la fecundidad. No debemos olvidar que si bien esto es así en las sociedades europeas especialmente antes de la transición, en América Latina la importancia de la nupcialidad para condicionar la reproducción demográfica se reduce debido al peso que puedan tener las uniones libres y los nacimientos ilegítimos. En el cuadro 5 vemos que en 1889 la fecundidad ilegítima contribuye con el 8% de la fecundidad de las hutteritas a la fecundidad general de Montevideo; y con el 16% y 13% de la fecundidad natural a la fecundidad general del Uruguay en 1908 y 1963, respectivamente.

La frecuencia con que se producen las uniones, la edad al matrimonio y el celibato permanente son los fenómenos que se observarán. Los tres están interrelacionados; generalmente, a un calendario temprano corresponde una nupcialidad intensa y a un calendario tardío una nupcialidad restringida.

## CUADRO 9

### TASAS BRUTAS DE NUPCIALIDAD POR MIL HABITANTES URUGUAY 1877-1964

AÑOS	TASA BRUTA	AÑOS	TASA BRUTA
1877-80	6.84	1920-24	5.27
1882-84	6.50	1925-29	5.89
1885-89	5.86	1930-34	5.40
1890-94	4.96	1935-39	6.41
1895-99	4.69	1940-44	7.18
1900-04	4.24	1945-49	7.99
1905-09	5.75	1950-54	7.86
1910-14	5.66	1955-59	7.61
1915-19	4.60	1960-64	

Fuentes: 1877-80: Rial: 1983, 122; Anuarios Estadísticos.

La tasa bruta de nupcialidad tiene las mismas características que la tasa bruta de natalidad y, como esta, su misma limitación, es decir considerar como denominador a la población total y no a la expuesta al riesgo, en este caso, de casarse. La tendencia de esta tasa no es clara; si bien es decreciente hasta mediados de la primera década del siglo XX, luego se torna fluctuante hasta mediados de siglo en que, una vez más, su tendencia es decreciente. Sería interesante correlacionar esta variable con los ciclos económicos y las coyunturas políticas de nuestro país.

El índice de nupcialidad (Im) de Coale (cuadro 5) es un indicador de la contribución de la nupcialidad a la fecundidad y muestra un incremento de 0.376 a 0.560 entre 1908 y 1963. Es decir, hacia 1908 la proporción de matrimonios era baja en

relación a otros países más adelantados en su transición (caso de Francia con un  $I_m=0.591$  en 1911) o en momentos similares del proceso (España  $I_m=0.541$ , Italia  $I_m=0.534$ ). Como contrapartida, la fecundidad ilegítima era muy alta ( $I_h$ ). Hacia 1963 el  $I_m$  tiene un incremento del 49%, mientras que los incrementos en los países europeos que estamos comparando son de alrededor del 9.3% y 8.2% para Francia e Italia, y del 2.2% en España.

En lo que se refiere al calendario de la nupcialidad, las fuentes de datos que hemos manejado son censales. Para el censo de 1908 la clasificación por estado civil de la población correspondía a solteros, casados, viudos, divorciados y no especificados. Esto nos hace pensar que probablemente las uniones consensuales se incluyeran dentro de la población soltera, lo que nos alteraría los resultados de la edad media al matrimonio con el método de Hajnal (SMAM), ya que se basa en la proporción de solteros por edad.

#### CUADRO 10

##### EDAD MEDIA AL MATRIMONIO: SMAM

AÑOS	HOMBRES			MUJERES		
	TOTAL	NACION.	EXTR.	TOTAL	NACION.	EXTR.
1908	29.70	30.09	28.18	26.71	26.45	24.42
1963	26.87	-	-	22.84	-	-

Supuesto: no se incluyen los de no declaración  
Fuentes: Censos nacionales de 1908 y 1963.

El celibato definitivo, como concepto demográfico, se refiere al peso de la población soltera, especialmente la femenina, al final de su período fértil.

**CUADRO 11****CELIBATO DEFINITIVO**

AÑO	HOMBRES			MUJERES		
	TOTAL	NAC.	EXTR.	TOTAL	NAC.	EXTR.
1908	22.99	25.65	20.80	19.43	26.21	10.36
1963	14.68	-	-	14.04	-	-

Grupo de edad tomado: 50-54 años

Fuentes: Censos nacionales de 1908 y 1963.

Este indicador también puede ponerse en duda por la probable inclusión de personas en unión consensual estable catalogadas como solteras en el censo de 1908. Pantelides se encuentra con el mismo problema para el censo de 1895 de Argentina considerando que los porcentajes de celibato eran demasiado altos (22 para los hombres y 17 para las mujeres en el intervalo de 45-49 años) comparados con los de Francia, Gran Bretaña, Italia y España, que oscilan entre el 6% y 15% para la misma época (Pantelides: 1992).

Si bien no tenemos datos de la edad media al matrimonio para las últimas décadas del siglo XIX, presumimos que la nupcialidad más intensa de ese período indicada por la tasa bruta de nupcialidad y por el valor de Im para Montevideo en 1889, se corresponde con una edad joven de la mujer al matrimonio. Mediciones de edad media al matrimonio según estadísticas vitales (registros parroquiales) para Tacuarembó son de aproximadamente 20 años para la mujer y 28 para el hombre en los años 1865, 1870 y 1875 (Sans y Pollero: 1990). De acuerdo a la caída de la tasa bruta de nupcialidad y al Im de 1908, en la última década del siglo XIX habría comenzado una restricción de la nupcialidad que podría asociarse con un aumento en la edad media al matrimonio femenino y un alto porcentaje de población célibe al final de su período reproductivo (según lo elaborado en base al censo de 1908).

Debemos recordar que nuestro análisis de la nupcialidad resulta de su condición como mecanismo de control de la natalidad. Consideramos que si bien debemos tomar esta hipótesis con extrema cautela, porque hemos tomado la edad media al matrimonio y el celibato definitivo de datos censales que para 1908 podrían estar sesgados y, por otra parte, porque la contribución de la fecundidad ilegítima a la fecundidad en nuestro país es importante (cuadro 5), la nupcialidad funcionó en el proceso de transición de la

fecundidad como un mecanismo de control. Probablemente con mayor importancia en Montevideo que en el interior.

### 3.3.2. LACTANCIA

La importancia de la lactancia materna actúa en dos direcciones: por el impacto que tiene en la salud y sobrevivencia del neonato y por su efecto inhibitor de la ovulación femenina, por consiguiente, de la fecundidad. Aumentando el período de lactancia disminuiría la mortalidad infantil, por una parte, con un incremento en la descendencia media final, y por otra, aumentaría el intervalo intergenésico tendiente a una menor fecundidad (Guzmán: 1991). Knodel y van de Walle mencionan haber encontrado literatura europea de mediados del siglo XIX donde se hace referencia a la prolongación de la lactancia por parte de las mujeres para demorar su próximo embarazo, y consideran que esta era una de las pocas medidas que las propias mujeres podían tomar para reducir su fecundidad (Knodel y van de Walle: 1979).

En nuestro país era frecuente entre las clases altas y medias contratar nodrizas para criar a sus hijos, práctica que muchas veces favorecía la mortalidad infantil de sus niños o de los hijos de estas nodrizas. Según Rial, desde fines del siglo XIX los médicos incentivaron la lactancia materna, realizando incluso un Congreso de Madres Lactantes en Montevideo en 1911, y estos hábitos se fueron adoptando recién a partir de la segunda década del siglo XX (Rial: 1983).

En el Primer Congreso Médico Nacional de 1916 el Dr. Ernesto Caprario publica el trabajo "La lactancia materna en la clase obrera de Montevideo" con datos sobre 5000 observaciones hechas en el Consultorio Gota de Leche nº1. De las 5.000 madres, 148 (el 3%) no alimentaron a sus hijos para alimentar a otro niño como nodrizas. Caprario se pronuncia a favor de la lactancia materna como método de disminución de la mortalidad infantil, pero no hay ninguna referencia a la lactancia como inhibidor natural de la fecundidad. (Caprario: 1916).

Sería muy interesante investigar las costumbres de crianza de los niños en nuestro país para el período pre-transicional y las primeras décadas del siglo XX, e intentar evaluar los efectos del incremento de la lactancia materna sobre la fecundidad. Al grado de avance de nuestra investigación no estamos en condiciones de poder considerar a la lactancia materna como un mecanismo de control de la natalidad consciente en el comienzo de la transición; por lo menos no hemos encontrado ninguna referencia al respecto (el Dr. Augusto Turenne lo menciona como un método contraceptivo fisiológico en su trabajo de 1933). Pero sí creemos que de haberse

producido el cambio en las costumbres de crianza de los niños (como método de reducción de la mortalidad infantil), la lactancia indirectamente puede haber funcionado como un mecanismo de control de la natalidad en el proceso de transición de la fecundidad.

### 3.3.3. ABORTO y METODOS CONTRACEPTIVOS

El aborto es, en definitiva, el último recurso para evitar un nacimiento no deseado. El análisis de las fuentes cualitativas nos lleva a considerar que esta práctica ha tenido mucha importancia en nuestro país como mecanismo de control de la natalidad, previo a la entrada en el mercado de los anticonceptivos modernos a principios de la década de 1960.

Ya en el 1º Congreso Médico Nacional de 1916 en la Sección de Ginecología y Obstetricia figuran dos trabajos relacionados con el tema: "Medios de lucha contra el aborto criminal provocado en nuestro país" del Dr. Augusto Turenne, Profesor de Clínica Obstétrica en la Facultad de Medicina y Médico-Jefe del Servicio de Protección Maternal (A.P.N.); y "Estudio clínico y estadístico del aborto en la Casa de la Maternidad" del Dr. Juan C. Carlevaro.

A partir de datos de las Memorias del Hospital Maciel del Dr. Turenne se puede elaborar el siguiente cuadro:

#### CUADRO 12

PARTOS Y ABORTOS EN EL HOSPITAL MACIEL  
MONTEVIDEO 1899-1925

AÑO	PARTOS	ABORTOS	%
1899	195	4	2.05
1908	404	41	10.15
1914	687	159	23.14
1923	-	-	44.80
1925	1197	480	40.10

Fuentes: Turenne A.: 1917, 290; 1930, 441; 1933, 9.

Prácticamente, en los 15 años que van de 1899 a 1914, mientras los partos se triplicaron, los abortos se multiplicaron por 40. Y debe tenerse en cuenta que los casos de pacientes que han abortado y llegan a un hospital, como para incluirse en esta estadística, son los abortos que han tenido complicaciones serias y que requieren atención médica de la mujer. La mayoría de los abortos voluntarios no tienen ingreso a un centro asistencial y por consiguiente no es posible cuantificarlos.

También el trabajo del Dr. Carlevaro realizado sobre los primeros 10 meses transcurridos desde la inauguración de la Casa de la Maternidad denuncia una cifra importante de abortos (240 casos), si bien no podemos conocer su valor porcentual porque no presenta el número de partos. Dice Carlevaro: "(...) tenemos que confesar con verdadero disgusto el enorme y vergonzoso número de abortos que se producen en Montevideo, y que por ser la inmensa mayoría criminales, constituyen un mal social que es necesario extirpar en sus raíces. La profilaxis contra el aborto criminal, es, pues, un problema de urgente resolución".(Carlevaro: 1917, 350).

El Dr. Turenne fue el médico que más escribió sobre el tema; 11 publicaciones desde su trabajo presentado en el Congreso de 1916 hasta 1942. A través de ellas se ve la evolución de su pensamiento sobre el descenso de la fecundidad y cómo considera que el ginecólogo debe actuar al respecto. Creemos que es de interés seguir sus trabajos cronológicamente por ser una fuente muy rica del pensamiento del cuerpo médico nacional sobre el tema.

En 1916 existe la preocupación y denuncia con cifras de un hecho concreto: el aborto voluntario es un problema social que lleva a una disminución de la natalidad. El truncamiento de la vida del embrión es visto como un atentado a los principios éticos y además el aborto implica exponer a la mujer a riesgo de vida o quedar inutilizada para futuros embarazos.

En su trabajo el Dr. Turenne intenta explicar cuáles son las causas de la extensión del aborto, qué factores favorecen esta difusión y qué medidas deberían tomarse para reprimirlo.

Señala que la difusión del aborto voluntario ("aborto criminal provocado") como método radical para la disminución de la natalidad no es exclusivo de nuestro país sino que es "una plaga" de las sociedades civilizadas de Europa y América del Norte. Que esta tendencia a la disminución de la natalidad no puede atribuirse únicamente a causas económicas, ya que en el caso de Uruguay, al parecer, el ascenso creciente del aborto voluntario se inicia en los primeros años del siglo XX, coincidente con una etapa de prosperidad en el país. Y tampoco sería la única causa para los casos de Francia, Alemania o Estados Unidos. Considera, sin embargo, que el neomalthusianismo tiene profundas raíces en el egoísmo individual; llegar a una mejor posición socioeconómica rápidamente y con menor esfuerzo es más sencillo sin la carga de muchos hijos. Pero,

sin embargo, agrega que el deber de criar hijos en un medio cada vez más duro, hace que muchos padres "(...) piensen con razón en la limitación de una procreación, que en vez de hombres libres, lance a la vida futuros ilotas por falta de preparación intelectual, física y moral." (Turenne: 1917, 202).

Turenne considera que existen varios factores que favorecen a la difusión del aborto en nuestro país:

a) el desconocimiento del valor de la vida embrionaria; de que la vida existe desde el primer instante de la concepción;

b) el convencimiento de que los avances en la Higiene y la Medicina tienden a suprimir todo lo que haga físicamente pesada la existencia (molestias del embarazo innecesario y dolores del parto);

c) la propaganda a favor del aborto, tanto la verbal de boca en boca como la publicada en la prensa en forma de avisos que tienden a presentar la intervención como segura e inofensiva. Cita ejemplos de avisos: "se reciben pensionistas", "Curaciones sin dolor para embarazadas, con arreglo a los procedimientos más seguros y modernos" (Turenne: 1917, 295);

d) la impunidad legal, según Turenne probablemente por exceso de severidad ya que el Código Penal de la época sancionaba a los que practicaban el aborto con un mínimo de 2 años de penitenciaría y a las que dejaban que en ellas se practicara un aborto de 9 a 18 meses de prisión, con restricciones referidas a la defensa del honor o indicaciones de orden médico;

e) el secreto médico, uno de los obstáculos más serios para lograr aplicar las penas a los agentes provocadores del aborto ya que no se realizan las denuncias;

f) y el beneficio económico que los abortos significan para las parteras, la mayor parte de ellas de baja estracción social, sin una clientela que les permita mantenerse alejadas de la tentación económica que implican los abortos, ocho o diez veces más costosos que un parto.

Enumera también una serie de medidas a aplicar en contra de estos factores que favorecen la propagación del aborto:

a) en cuanto a los aspectos legales, por un lado cree que se debe modificar los artículos del Código Penal, eximiendo de pena a la víctima y agravando la de quienes lo practican; y por otro, difundiendo las disposiciones legales sobre la responsabilidad del amante y derechos correlativos de la mujer seducida, y la reciente ley de investigación de paternidad;

b) admitir la evolución del concepto de "secreto profesional", que ya la legislación sanitaria obliga a transgredir debiendo declarar el médico los casos de enfermedades infecto-contagiosas, y hacer obligatoria la denuncia del aborto, principalmente a los médicos de hospitales y otras reparticiones de la Asistencia Pública Nacional;

c) modificar la ordenanza sobre el ejercicio profesional de las Parteras prohibiendo, entre otras cosas, practicar intervenciones de ginecología médica; utilizar a la Escuela de Parteras como filtro, poniendo un programa de admisión severo desde los puntos de vista científico y moral, y oficializar la profesión incorporándolas a la Asistencia Pública Nacional con funciones técnicas. Turenne considera que cuando las parteras se sientan, por un lado reconocidas y defendidas, y por otro amenazadas con penas graves si delinquen dejarán de ser instigadoras de los abortos.

d) medidas de orden social: educación de la moral sexual para ambos sexos a nivel familiar; la acción moralizadora e informativa del médico entre sus pacientes alertando sobre "(...) los peligros físicos cercanos y remotos del aborto, en sus consecuencias letales para el individuo y para la familia, en la inmoralidad que representa." (Turenne: 1917, 304); insistir en la familias católicas sobre la prohibición de la Iglesia a interrumpir el embarazo; el amparo del Estado a la madre soltera; medidas legales que distribuyan mejor las cargas sociales beneficiando a las familias numerosas de hogares pobres o medianos y gravando a la clase social en la que la limitación de la procreación es un medio para evitar el desmembramiento de las fortunas; y finalmente, como último recurso y sólo por excepción, en aquellos casos en que los cónyuges estén dispuestos a abortar en caso de embarazo, el médico debe aconsejar prácticas anticonceptivas.

Con respecto a esta última medida dice Turenne que pretender reprimir el deseo sexual sería querer vendarse los ojos, por consiguiente tanto el médico como el moralista pueden aconsejar seguir dos caminos: la frecuentación de prostitutas o el neomalthusianismo. Ambos caminos son malos; pero frente al adulterio con los peligros físicos que representa, la mala influencia sobre las costumbres y la acción disolvente del carácter del hombre, la limitación de la procreación a través de prácticas anticoncepcionales no representa una transgresión grave de principios de moral individual ni colectiva.

"Dentro de las prácticas anticoncepcionales, hay algunas que por su sencillez, por la mínima modificación que imponen al acto sexual, por su adaptabilidad a las necesidades y costumbres de la vida conyugal, por su discreción misma, tan digna de tenerse en cuenta para esta última, pueden llevarse a la práctica sin riesgos para la salud física ni moral."

"Estas son las que deberá aconsejar el médico para casos como los últimamente citados, en los que no se decidirá sino después de maduro examen y luego de agotar los argumentos de todo orden que la situación social y la cultural de sus clientes le puedan sugerir." (Turenne: 1917, 308).

Al terminar su trabajo Turenne manifiesta que bastaría para su satisfacción "(...) que el país entero se diera cuenta que el Cuerpo Médico Nacional a tiempo señaló el peligro que corre el porvenir de nuestra raza y la solidez de principios que hacían de ella una de las más respetables de América." (Turenne: 1917, 309). Y finalmente el Congreso hace suya la siguiente declaración: "El Primer Congreso Médico Nacional declara que el problema del aborto criminal provocado constituye un peligro social grave y llama seriamente la atención de los Poderes constituídos de la República sobre los medios necesarios para su represión." (Turenne: 1917, 310).

Como dijimos anteriormente, se puede ver la evolución de la posición de Turenne respecto a la limitación de la procreación con métodos anticonceptivos a través de sus trabajos, hasta convertirse en un defensor y propagador didáctico de estos métodos.

En 1916 como ya vimos, consideraba que por excepción podía el médico luchar contra la tendencia abortiva aconsejando prácticas anticonceptivas.

Diez años después, en "El aborto criminal es un grave problema nacional" de 1926, continuaba pensando de la misma forma, y lo expresaba en estos términos: "Es para entonces que el médico, acorralado en su último reducto, debe transigir con el mal inevitable.(...) Esta afirmación no dudo que provocará en algunos colegas una cierta reacción." (Turenne: 1930, 461). Y consideraba que nada se había hecho en esos 10 años para reprimir el aborto cuyo porcentaje, por el contrario, había crecido calculando que si de todos los abortos que se realizaban, un tercio tenía complicaciones como para recurrir a un centro asistencial y poder ser detectados (aunque en realidad cree que debe ser 1/5 o 1/6 del total) entonces habrían sido alrededor de 30.000 las vidas segadas solamente en Montevideo en los nueve años anteriores a 1926.

Pero en una conferencia en el Sindicato Médico del Uruguay de 1929 se ve una clara evolución; no en balde se titula "Maternidad consciente", que se explica como el derecho de la mujer a procrear voluntariamente. "(...) la mujer tiene el derecho inalienable de disponer de su organismo para que en él se desarrolle un nuevo ser y como se verá en el curso de esta exposición, lejos de ser este aserto una retractación de cuanto he pugnado contra el aborto criminal me servirá para sostener la probable fórmula futura que concilie el cumplimiento del instinto sexual en todo lo que tiene de subconsciente e imperioso con la adaptación a leyes económico-sociales y con los nuevos conceptos de Etica(...)" (Turenne: 1930, 475).

A partir de aquí los trabajos de Turenne informarán cómo y cuáles son los distintos métodos anticonceptivos de la época, según la siguiente clasificación (Turenne: 1933 y 1942), y recomienda observar el nivel cultural y la religión de la mujer antes de aconsejar el método a usar:

1) Medios químicos: inhabilidad del espermatozoide para guardar su vitalidad en un medio ácido: vinagre y otros medios que tienen como elemento básico el sulfato ácido

de quinina. Se usa con variados vehículos como irrigaciones vaginales, polvos, tabletas, supositorios, jaleas, etc. El uso de ciertas substancias podrían causar lesiones en el cuello uterino que provocaran su cancerización.

2) Medios mecánicos: preservativos para el hombre y capuchones cervicales, tapones y esponjas, pesarios oclusivos, pesarios intracervicales, etc. para la mujer.

3) Medios físicos: continencia y variantes del acto sexual como el coitus interruptus.

4) Medios fisiológicos: la lactancia materna y el período agénésico en la mujer entre dos períodos menstruales (método Ogino-Smulders-Knaus, único admitido por la Iglesia católica).

5) Medios biológicos: la esterilización biológica que se realiza con la inyección parenteral de esperma humano, con una duración de 6 a 12 meses.

La década del 30 es la década en que, si bien se mantiene latente la preocupación por el descenso de la natalidad y por el importante número de abortos voluntarios provocados, se comienza a aceptar la idea de la transición de la fecundidad como el proceso al cual tienden las sociedades civilizadas y del mundo moderno. No debemos olvidar el polémico Código Penal de 1934, de tan corta vigencia, donde se elimina la sanción punitiva en el aborto consentido o solicitado por la mujer, y su modificación posterior nuevamente penando aquel hecho severamente.

El Consejo Directivo de la Facultad de Medicina en 1935 designa una Comisión para estudiar el problema del aborto voluntario. El informe en mayoría está firmado por los Profesores Carlos Stajano, José Infantozzi, Héctor García San Martín, Elio García Austt, Víctor Zerbino, Abel Zamora, Elbio Martínez Pueta y Augusto Turenne (Turenne: 1942). No nos interesa el informe en cuanto a sus consecuencias, ya que no fue tratado, pero sí desde que este documento es el reflejo del pensamiento de un grupo reconocido de ginecólogos, obstetras, psiquiatras y pediatras, todos ellos docentes de la Facultad de Medicina.

Este proyecto de declaración considera al aborto provocado voluntario como uno de los problemas más viejos de la Humanidad, que si bien debe considerarse como un acto individual tiene proyecciones colectivas, y debe por tanto ser encarado por la sociedad, y no por una legislación severa excepcionalmente aplicada, ineficaz para evitar el aumento progresivo de las interrupciones de embarazos.

Aparecen aquí dos preocupaciones centrales como consecuencias del problema del aborto: la despoblación y la inferiorización de la raza, la cantidad y especialmente la calidad de los nacimientos.

La Comisión pensaba que el aborto provocado voluntario, en especial si era reiterado determinaba un amenguamiento de la potencialidad biológica de la mujer, con consecuencias funestas para el futuro de la comunidad. Dicen dos de sus considerandos:

"5º Que desde el punto de vista social, el aborto provocado voluntario produce, entre otros males y por las razones expuestas una evidente inferiorización de la raza y una disminución de la natalidad, por lo cual constituye un factor indiscutible de despoblación, problema de capital importancia para nuestro país CUANDO LAS CIRCUNSTANCIAS ECONOMICAS NO CONTRADICEN LA OPORTUNIDAD DEL AUMENTO INCONSIDERADO DE LA POBLACION, POR IRRESPONSABILIDAD PROCREACIONAL."

"6º Que siendo fundamental el factor educativo, los individuos y el Estado deben prestarle particular atención en sus tres aspectos de educación general, ética y sexual y que PRECEPTOS DE UNA EUGENESIA SUPERIOR EXIGEN UNA RACIONALIZACION SELECTIVA DE LA ESPECIE, PERO QUE ESTA RACIONALIZACION SE VERA DIFICULTADA POR LA PRODUCCION, PROGRESIVAMENTE CRECIENTE, DE SERES BIOLGICAMENTE INFERIORES, POR HABER SIDO PROCREADOS EN UN MEDIO ECONOMICA, BIOLOGICA Y ETICAMENTE INFERIOR, y que considera que la enseñanza sexual, apropiada a la edad y a la capacidad de las personas a quienes se imparta, debe ser emprendida EN FORMA URGENTE E INAPLAZABLE en todos los grados de la enseñanza primaria, secundaria, preparatoria, superior, industrial y técnica." (Turenne: 1942, 33-34)

Y finalmente el documento declara: "1º. Que COMO MEDIDA ACTUAL Y URGENTE, aunque transitoria, mientras persistan los factores económicamente predominantes del aborto voluntario y no sea posible, por la situación económica del país llevar una ayuda efectiva e intensa a los hogares pobres, DEBE EXTENDERSE EL CONOCIMIENTO DE LOS MEDIOS CIENTIFICAMENTE APROPIADOS PARA EL CONTRALOR LIMITATIVO DE LA PROCREACION. El médico aplicará esos medios utilizándolos prudente y casuísticamente y en relación con la capacidad mental, cultural y económica y con las creencias de los procreadores." (Turenne: 1942, 34)

El concepto de eugenesia se reitera en las primeras décadas del siglo, la idea del perfeccionamiento de la raza flotaba en el ambiente en todo el mundo. Existe una preocupación por el descenso de la natalidad, pero no se desea un aumento irresponsable de la población, sino que también se debe velar por un aumento cualitativo, y se solicita al Estado, a los filántropos y a las Instituciones particulares de Asistencia Social la protección y ayuda a las familias numerosas y desamparadas. Transitoriamente y sólo mientras la situación económica del país no permita una ayuda efectiva a las clases más desprotegidas, se recomienda el uso de métodos anticonceptivos. Estos no están aconsejados para el resto de la sociedad, las familias pudientes no deben limitar su concepción; la única justificación es de orden económica.

No se dice, pero se sobreentiende.

También se creó una Comisión de Eugenesia del Ministerio de Salud Pública que entró en funciones el 12 de setiembre de 1935, compuesta por el Inspector General de los Servicios Obstétrico-ginecológicos del Ministerio; Prof.Dr. Turenne, por el Médico Inspector Jefe del Servicio Obstétrico domiciliario y de urgencia de Montevideo, Dr. Francisco Cortabarría y por el Director de la División de Primera Infancia del Consejo del Niño, Prof.Dr. Julio Bauzá; a ellos luego se integraron el Asesor de Legislación Sanitaria del Ministerio de Salud Pública Dr. Heriberto Mantero y el Director del Consultorio Prenupcial, Dr. Aníbal Roig. La Comisión fue creada para estudiar las causas de la extensión del aborto voluntario y de determinar los medios de disminuir su difusión y sus estragos. En los hechos ha ejercido funciones de asesoramiento al Ministerio de Salud Pública sobre casos concretos que les han presentado que justificaran o no la interrupción de embarazos. La Comisión solicitó la creación de un Consultorio de Eugenesia que ofreciera las parejas legítimas o no, y especialmente a las madres multíparas, los medios de evitar el aborto a través del asesoramiento sobre métodos anticonceptivos. Si bien por decreto del 16 de abril de 1937 se creó dicho consultorio, hasta 1942, fecha de la publicación del libro que lo menciona, todavía no había comenzado a funcionar. (Turenne: 1942)

Según el pensamiento de los médicos más reconocidos relacionados con el tema en nuestro período de estudio la difusión del aborto voluntario que, según Turenne, hacia 1942 malogra el 50% de la natalidad anual del país, conduce a un deterioro de la potencialidad biológica y económico-social de la mujer, como también de la moralidad familiar. Estadísticamente consideran que se ha demostrado el aumento de la natalidad ilegítima, coincidente con la multimaternidad y con un descenso de la capacidad vital y de las defensas a las enfermedades, de los niños nacidos en esas condiciones. Frente a esta realidad, y comprobada la imposibilidad del Estado para solucionar el impacto entre la deficiencia económica y la multiplicación excesiva de hijos en las clases más bajas, es que se recomienda la difusión de métodos de control de la concepción, que no se consideran un factor de desnatalidad sino que se cree que estabilizan la población y la aumentan por disminución de la mortalidad infantil y materna.

A comienzo de la década de 1960 comienzan a entrar en el mercado los anticonceptivos modernos, con la aparición de la píldora hormonal y el dispositivo intrauterino (DIU).

La población, como vimos, resolvió el desafío de limitar el tamaño de la familia a través de tres mecanismos de control de la natalidad: nupcialidad, lactancia y aborto y métodos contraceptivos.

A pesar de las dificultades que nos proporciona el no poder medir las uniones estables no legalizadas, consideramos que hubo un cambio en el patrón de la nupcialidad al comienzo de la transición, limitando su número, aumentando la edad al matrimonio y probablemente el porcentaje de celibato definitivo en la población. Posteriormente, cuando ya otros mecanismos de control (tales como el aborto y métodos anticonceptivos) tomaron mayor vigencia y tuvieron mayor difusión, parecería que el patrón de la nupcialidad pierde importancia como controlador de la natalidad, aumentando nuevamente el número de casamientos, disminuyendo la edad media al matrimonio y algo el celibato definitivo, y reduciéndose, sin embargo, la fecundidad matrimonial.

Sería muy interesante estudiar más a fondo este tema, porque de ser así estaríamos ante el modelo de transición reproductiva en dos fases que propone Chesnais (1986), con una primera etapa de limitación de los matrimonios (en nº y matrimonios tardíos) y una segunda de limitación de nacimientos (reducción de fecundidad marital).

No podemos decir que la lactancia haya sido un mecanismo de control consciente a principios de siglo, pero de hecho al ser promocionada por los médicos como un método eficaz de lucha contra la mortalidad infantil, y al haberse comenzado a modificar la conducta de lactancia materna, indirectamente sí ha jugado este rol.

Por último, las fuentes cualitativas nos aportan datos sobre los "nacimientos" que no llegan a ser tales, estimándose que hacia 1940 el 50% de los embarazos terminaban en aborto.

Hacia los sesenta se abren camino los anticonceptivos modernos.

#### 4. CONCLUSION

Hasta el censo de 1975 la fecundidad en nuestro país es una de las variables demográficas más difíciles de observar por la carencia de datos apropiados. Este trabajo intenta arrojar un poco de luz a esa faceta de la vida uruguaya.

En el marco de la dinámica demográfica del país en el siglo XX tendiente a la limitación del crecimiento, la temprana reducción de la fecundidad jugó un papel preponderante. Cuándo, porqué y cómo se procesó la transición fueron las tres preguntas que guiaron nuestro enfoque.

Para la fecha del primer censo nacional del siglo XX, el proceso ya había comenzado. De valores de TBN cercanos al límite máximo de variación en la década de 1870, correspondientes a una población pretransicional, se pasaba a tasas del orden de 31 por mil, altas pero no extremas. Lo vimos también con otras medidas, especialmente la tasa global de fecundidad y los índices de Princeton. Si bien los datos que tenemos son muchas veces geográficamente parciales o demasiado espaciados en el tiempo, como para permitirnos conformar una serie que nos satisfaga justamente para esos años finales del siglo XIX y primeros del XX, consideramos que en la última década del siglo XIX haya comenzado la transición de la fecundidad.

En los procesos históricos, el cambio de las mentalidades es siempre más lento y por eso lo encontramos algo desfasado con respecto al proceso de cambios que se gesta en el país en la década de 1870. Pero no es casualidad que se limite el tamaño de las familias en este momento, sino que es la respuesta al agotamiento del viejo modelo económico que ávidamente había empleado a orientales e inmigrantes en un medio rural sin tecnificación ni seguridad (lo que incrementaba la necesidad de brazos), en un sistema de transportes de troperos, carreros y diligencias y en una capital mercantil por excelencia. El alambramiento de los campos, el ferrocarril y la decadencia del comercio de tránsito y de la navegación de cabotaje unidos a la consolidación del poder central, pone límites a aquella necesidad de hombres.

En un país nunca se procesa una transición, sino varias transiciones a ritmos diferentes; de allí que hayamos intentado estudiar diferenciales de la fecundidad. Origen y residencia de las mujeres fueron los que nos posibilitaron los datos. Como se vió, no fue posible lograr una respuesta clara con respecto a la fecundidad diferencial para las mujeres orientales y extranjeras, pero sí consideramos que tenemos evidencia de una fecundidad menor en las mujeres urbanas que en aquellas que viven en zonas rurales. El valor económico de un niño es diferente en el campo que en la ciudad, y el costo de su crianza también.

Coyuntura socio-económica y diferenciales de la fecundidad responden al porqué de la transición. Y el cómo, la tercera interrogante, lo vimos a través de los distintos mecanismos de control de la natalidad: la nupcialidad, lactancia, aborto y métodos anticonceptivos.

Consideramos que hemos realizado un pequeño aporte al mejor conocimiento de la transición de la fecundidad en el Uruguay, en especial en la utilización de técnicas indirectas para medirla, los índices de Princeton y en el relevamiento de las fuentes cualitativas. Demás está decir que no es un trabajo acabado, quedan muchos filones por indagar, mejorar la calidad y cantidad de los datos y, en fin, esperar la elaboración de una teoría explicativa de la transición de la fecundidad de aceptación generalizada.

## 5. APENDICE I

### 1. FUENTES CUANTITATIVAS

La fecundidad, como las otras variables demográficas, puede estudiarse a través de Estadísticas Vitales y Censos de Población. Las Estadísticas Vitales, que en nuestro país han sido publicadas primeramente por la Dirección General de Estadística y Censos en los Anuarios Estadísticos y luego por el Ministerio de Salud Pública, reúne los datos de los nacimientos. Los Censos reúnen los datos de población (total de población o expuesta al riesgo). Existe una tercera fuente, no tradicional, para el estudio de la fecundidad que sería la Encuesta de Fecundidad. En el Uruguay se ha llevado a cabo una encuesta de fecundidad en 1986 y sus resultados han sido publicados recientemente.

#### 1.1 ESTADISTICAS VITALES

Las estadísticas vitales conforman un sistema nacional de recolección de información continuo, permanente y obligatorio donde se registran los hechos relacionados con el principio y fin de la vida de un individuo y los cambios en su estado civil. La unidad de recolección es el acontecimiento propiamente dicho; para el caso del estudio de la fecundidad, es el nacimiento.

El mayor problema que podemos encontrar para nuestro estudio en las estadísticas vitales es el subregistro de nacimientos o el registro tardío (no en el año de ocurrencia) de los mismos.

#### 1.2 CENSOS DE POBLACIÓN

Para las estimaciones de fecundidad, los censos se utilizan de 2 formas (Guzmán: 1991, 9-10):

1. se utiliza la población censal como denominador de las tasas de fecundidad calculadas usando los nacimientos declarados en las estadísticas vitales (totales de población y mujeres en edad fértil);

2. como única fuente para el cálculo de medidas de fecundidad. obteniendo información:

a) directa: cálculo de tasas a partir de la pregunta sobre nacimientos ocurridos en los doce meses antes del censo (en Uruguay se incorpora a partir del censo de 1975) y el dato de la población femenina en edad fértil;

b) indirecta: técnicas indirectas para la medición de la fecundidad a partir de insumos proporcionados por la estructura por edad de la población de 0 a 14 años y la población femenina de 15 a 64 años, así como preguntas retrospectivas como hijos nacidos vivos totales e hijos nacidos el último año. Técnicas de este tipo, tales como la retroproyección de la población, hemos utilizado en nuestro trabajo.

Hemos intentado revisar tanto los censos nacionales como los censos departamentales de Montevideo, ya que la macrocefalia de nuestra capital ha hecho que su peso demográfico siempre fuera significativo, y representativo de prácticamente un 50% de la población del país.

Con respecto al tema que nos ocupa, el mayor problema que se nos presenta es que en nuestro país (a diferencia de algunos censos argentinos), no se han conservado las boletas censales, por consiguiente dependemos de los datos publicados. Y en ningún caso (hasta el censo de 1975) se cruzan la variable edad de la mujer con número de hijos. Es decir, la forma en que

están presentados los datos impide que puedan calcularse las tasas de fecundidad por edad (la estructura de la fecundidad) y por lo tanto, la tasa global de fecundidad (el nivel), de una manera convencional.

Veamos cada una de las situaciones.

- Censo nacional de 1852: es importante destacar las deficiencias e irregularidades en el empadronamiento, así como el alto porcentaje de habitantes censados sin declaración. Se distinguen 3 grandes grupos de edades: niños (ambos sexos conjuntamente) hasta 14 años; hombres y mujeres separadamente de 15 a 59; ancianos (ambos sexos conjuntamente) de más de 60. No hay preguntas de fecundidad.

- Padrón de Montevideo de 1858-1859: posee elementos para el estudio de la fecundidad, pero hasta el momento no se ha trabajado en ello.

- Censo nacional de 1860: además de la dudosa calidad del censo, no especifica la edad de la población.

- Censo Municipal de Montevideo de 1889: hay 3 cuadros de fecundidad: a) mujeres que han tenido hijos por estado civil y por nacionalidad; b) hijos que han tenido las madres por estado civil y por nacionalidad; c) hijos que viven de madres por estado civil y

nacionalidad. Los datos de los tres cuadros se cruzan con las secciones judiciales, no aparece la edad de las madres.

- Censo del interior de 1900: no hay datos sobre fecundidad. El relevamiento se llevó a cabo solamente en los departamentos del interior; la población de Montevideo se estimó a partir del censo departamental de 1889.

- Censo nacional de 1908: presenta los siguientes cuadros de fecundidad: a) madres por estado civil y nacionalidad; b) madres según el número de hijos habidos (según nacionalidad y estado civil); c) estado civil de las madres e hijos habidos, supervivientes y radicados en el extranjero; d) población femenina y madres de 15 a 50 años por nacionalidad y estado civil (se da la cifra global entre 15 y 50 años).

- Censo Municipal de Montevideo de 1930: desconocemos si tuvo preguntas de fecundidad. Los pocos cuadros publicados separadamente por el Boletín Mensual de Estadística Municipal de Montevideo proporcionan datos sobre la estructura de edad y sexo de la población en grandes grupos de edades, estado civil, origen y residencia urbana o suburbana.

- Censo Municipal de Montevideo de 1941: no hemos podido ubicar este censo, pero sabemos que se hicieron preguntas de fecundidad, ya que en el Informe de la Comisión de Estudios el Dr. Capurro Calamet, integrante de la misma, dice: "Una vez tabulado, el material perteneciente a la circunscripción era clasificado de nuevo en varones y mujeres. Se tomaba a estas últimas solamente y se las clasificaba y contaba según el número de hijos que declaraban haber tenido, según el grupo de edad a que pertenecía y según su estado civil." (Censo e Inventario Municipal de Montevideo: 1942, s/n).

- Censo nacional de 1963: en este censo no se hicieron preguntas sobre fecundidad. Sería interesante averiguar cuales fueron las razones para ello.

- Censo nacional de 1975: se publicaron dos cuadros de fecundidad: población femenina de 15 años y más edad, por número de hijos nacidos vivos y número total de los mismos, según edad de la madre; población femenina de 15 a 49 años de edad por hijos tenidos en los últimos 12 meses y número total de los mismos, según edad de la madre y área. No se especifica el origen de las madres, necesario para estudiar diferenciales de la fecundidad, ni cruza la variable edad con estado civil, lo que dificulta el análisis de la nupcialidad.

## 2. FUENTES CUALITATIVAS

Se realizó una revisión bibliográfica de publicaciones del período, concentrándonos particularmente, y de manera exhaustiva, en informes de ginecólogos y pediatras, dos especialidades íntimamente relacionadas con la variable en estudio.

### APENDICE II

La metodología empleada en las retroproyecciones fue la siguiente:

- 1) Rejuvenecimiento de los niños de 0 a 14 a través de la tabla de mortalidad del año en estudio, para obtener la serie anual de nacimientos de los 15 años anteriores.
- 2) Rejuvenecimiento de la población femenina a fin de tener el número de mujeres de 15 a 49 años para ese período.
- 3) Aplicar arbitrariamente una distribución por edades de los nacimientos, y con ella distribuir el total de nacimientos obtenidos en el punto 1.
- 4) Calcular las tasas por grupos de edad y la tasa global de fecundidad a partir de los nacimientos según edad de la madre (resultado del punto 3) y de mujeres por edad (resultado del punto 2).

Para 1908, primeramente utilizamos la estructura de la fecundidad calculada por el método de hijos propios a partir del censo de Argentina de 1895 (Arretx, C., Mellafe, R., Somoza, J.: 1983). Si bien Argentina también fue un país de transición temprana, aunque unos años posterior a la del Uruguay, no creímos que esta estructura (que da un nivel de 7 hijos por mujer para la Argentina) fuera del todo representativa para nuestro país, por la heterogeneidad de las provincias argentinas (algunas, como las del noroeste, tan distintas al Uruguay), y pensamos que probablemente nos diera por esta razón un nivel de la fecundidad más alto. Finalmente aplicamos la estructura de la fecundidad de Buenos Aires (Capital Federal) para 1899, elaborada por la demógrafa argentina Edith Pantelides. En realidad, consideramos que sería más indicado aplicar la estructura de la fecundidad de la provincia de Buenos Aires, más comparable demográficamente con nuestro país, (y mejor aún la del censo argentino de 1914) pero no nos ha sido posible obtenerla hasta el momento.

La TGF calculada con la distribución del censo argentino de 1895 es de 6.6, mientras que la TGF calculada a partir de la estructura de la fecundidad de Buenos Aires en 1899 es de 6.1. Como era previsible, el segundo ejercicio nos dió un resultado

menor, una diferencia de medio hijo por mujer. De todos modos, el hecho de utilizar datos censales de principio de siglo, de una calidad en la cual no podemos confiar completamente, hace que prefiramos quedarnos con un resultado más burdo, una TGF de 6 hijos por mujer.

Para el censo de 1963 aplicamos las tasas de fecundidad por edad del Uruguay para 1950-1955 calculadas por CELADE (Chackiel, J. y Schkolnik, S.: 1992, 174).

## 6. BIBLIOGRAFÍA

ANUARIOS ESTADISTICOS. 1885-1975. Dirección General de Estadística y Censos, Montevideo.

ARRETX, C., MELLAFE, R., SOMOZA, J.: 1983. Demografía histórica en América Latina. Fuentes y métodos. CELADE, San José de Costa Rica.

BARRAN, J.P. Y NAHUM, B. 1979. Batlle, los estancieros y el Imperio Británico. Ed. Banda Oriental, tomo 1, Montevideo.

BAUZÁ, J. 1943. Mortalidad infantil en el Uruguay. Montevideo.

CAMOU, M.M. Y PELLEGRINO, A. 1993. Una fotografía instantánea de Montevideo. En: **Ediciones del Quinto Centenario**, vol. 2, Universidad de la República, Montevideo.

CAPRARIO, E. 1917. La lactancia materna en la clase obrera de Montevideo. En: **Primer Congreso Médico Nacional 1916**, tomo II: 650-652, El Siglo Ilustrado, Montevideo.

CARLEVARO, J.C. 1917. Estudio clínico y estadístico del aborto en la Casa de la Maternidad. En: **Primer Congreso Médico Nacional 1916**, tomo III: 350-357. El Siglo Ilustrado, Montevideo.

CENSO DE POBLACION: 1900. 1904-1906. En: Anuario Estadístico. Dirección General de Estadística y Censos, Montevideo.

I CENSO DE POBLACION: 1852. 1902-1903. En: Anuario Estadístico. Dirección General de Estadística y Censos, Montevideo.

II CENSO DE POBLACION: 1860. 1902-1903. En: Anuario Estadístico. Dirección General de Estadística y Censos, Montevideo.

III CENSO DE POBLACION. 1908. En: Anuario Estadístico, Dirección General de Estadística y Censos, Montevideo.

IV CENSO DE POBLACION Y II DE VIVIENDA: 1963. Dirección General de Estadística y Censos, Montevideo.

V CENSO DE POBLACION Y I DE VIVIENDA: 1975. Dirección General de

Estadística y Censos, Montevideo.

CENSO E INVENTARIO MUNICIPAL DE MONTEVIDEO. 1942. Informe de la Comisión de Estudios. Montevideo.

CENSO MUNICIPAL DEL DEPARTAMENTO Y DE LA CIUDAD DE MONTEVIDEO DE 1889. 1892. Junta Económico-Administrativa. Establecimiento tip.-litográfico Oriental, Montevideo.

CENSO MUNICIPAL DE MONTEVIDEO: 1930. En: **Boletín Mensual de Estadística Municipal de Montevideo**, 1932, nº 347: 8 y 1933, nº 353: 8.

COALE, A. Y COTTS WATKINS, S. 1986. The decline of fertility in Europe. Princeton University Press, Princeton New Jersey.

CHACKIEL, J. Y SCHKOLNIK, S. 1992. La transición de la fecundidad en América Latina. En: **Notas de Población**, nº 55: 161-192, CELADE, Santiago de Chile.

CHESNAIS, J.C. 1986. La transition démographique. Etapes, formes, implications économiques. **Travaux et documents**, cahier nº 113, INED, París.

DIETRICH, Dr. 1907. Informe al XIV Congreso de Higiene y Demografía de Berlín. En: **Boletín del Consejo Nacional de Higiene**, nº 27: 1- , enero 1909, Montevideo.

EL DÍA. 31-1-1908. Conferencia Neomalthusiana. Montevideo.

GUZMAN, J.M. 1991. Fecundidad (versión preliminar). CELADE, Santiago de Chile.

KNODEL, J. Y VAN DE WALLE, E. 1979. Lessons from the past: policy implications of historical fertility studies. **Population and Development Review**, vol. 5, nº 2: 219-245, Nueva York.

MACCIÓ, G. Diccionario demográfico multilingüe. IUSSP, Lieja.

MORQUIO, L.: 1917. Protección e higiene en la primera infancia. En: **Primer Congreso Médico Nacional 1916**, tomo II: 653-711, El Siglo Ilustrado, Montevideo.

MOURAT, O. 1969. La inmigración y el crecimiento de la población en el Uruguay. 1830-1930. En: **Cinco perspectivas históricas del Uruguay moderno**, Montevideo.

PANTELIDES, E. 1992. Más de un siglo de fecundidad en la Argentina: su evolución desde 1869. En: **Notas de Población**, nº 56: 87-106, CELADE, Santiago de Chile.

PEREIRA, J.J. Y TRAJTENBERG, R. 1966. Evolución de la población total y activa en el Uruguay 1908-1957. Montevideo.

RECCHINI DE LATTES, Z. Y LATTES, A. 1975. La población de Argentina. C.I.C.R.E.D. Series, Buenos Aires.

RIAL, J. 1983. Población y desarrollo de un pequeño país. Uruguay 1830-1930. **Economía y sociedad**, serie A, nº 4, CIESU, Montevideo.

SOMOZA, J. 1968. Niveles y diferenciales de la fecundidad en Argentina en el siglo XIX. En: **The Milkbank Memorial Fund Quarterly**, vol. XLVI, nº 3, parte 2: 57-77, Fundación Milkbank Memorial, New York.

TABLAS DE MORTALIDAD 1908-1909. En: **Boletín Estadístico**, año II, nº 6, Dirección General de Estadística y Censos, Montevideo.

TABLAS DE MORTALIDAD. 1979. Presidencia de la República Dirección General de Estadística y Censos, Montevideo.

TURENNE, A. 1917. Medios de lucha contra el aborto criminal provocado en nuestro país. En: **Primer Congreso Médico Nacional 1916**, tomo III: 290-311, El Siglo Ilustrado, Montevideo.

TURENNE, A. 1930. El aborto criminal es un grave problema nacional. En: **Obstetricia clínica y obstetricia social**: 441-468, Imprenta Nacional, Montevideo.

TURENNE, A. 1930. La maternidad consciente. Procreación voluntaria en la mujer. En: **Obstetricia clínica y obstetricia social**: 469- , Imprenta Nacional, Montevideo.

TURENNE, A. 1933. Realidades médico-sociales sobre el aborto voluntario. A. Monteverde y Cía., Montevideo.

TURENNE, A. 1942. El contralor de la concepción: necesidad y urgencia de plantearlo en la República Oriental de Uruguay. Ministerio de Salud Pública, Montevideo.

ZAVALA DE COSÍO, M.E. 1992. La transición demográfica en América Latina y en Europa. En: **Notas de Población**, nº 56: 11-32, CELADE, Santiago de Chile.

ESTE BOLETIN SE TERMINO DE IMPRIMIR EN EL  
TALLER DE IMPRESION DE LA FACULTAD CIEN-  
CIAS SOCIALES EN EL MES DE FEBRERO DE  
1995