

Características del hogar y embarazo no intencional entre mujeres alguna vez casadas en Nigeria

Chibuogwu Izugbara

Introducción

El embarazo no intencional es un problema mundial, globalmente, un 38% de los embarazos estimados son no intencionales.¹ El embarazo no intencional o no planeado se refiere a la suma de embarazos inoportunos y no deseados.² Se supone que una mujer tiene un embarazo inoportuno si quedó embarazada en un momento en que no lo quería. Por otra parte, se supone también que una mujer tiene un embarazo no deseado si tenía la intención de nunca quedar embarazada o si el embarazo se produjo cuando ya no quería tener más hijos.² Algunas de las causas más importantes de los embarazos no intencionales son las bajas tasas de continuación de anticonceptivos, la falla del método, la alta demanda insatisfecha de anticonceptivos, la coerción sexual y, con menor frecuencia, la violación.²

Anualmente, se estima que unos 42 millones de abortos inducidos y 34 millones de nacimientos no intencionales son resultado de embarazos no intencionales.¹ Los embarazos no intencionales también tienen como resultado cerca de 700,000 muertes maternas anualmente.¹ Aproximadamente un tercio de estas muertes se deben a problemas relacionados con el embarazo o el parto, pero la mayoría (64%) son resultado de complicaciones en un aborto no seguro o no higiénico.¹ Mientras que a nivel mundial las mujeres en edad reproductiva están en riesgo significativo de sufrir embarazos no intencionales, el problema es más grave en los países pobres del mundo.¹

Se estima que 201 millones de mujeres de todo el mundo están en riesgo de embarazos no intencionales. Estas mujeres a menudo no tienen acceso a métodos anticonceptivos de calidad. Mejorar el acceso a servicios de planificación familiar para estas mujeres vulnerables evitará un estimado de 52 millones de embarazos no intencionales al año y 1.5 millones de muertes maternas e infantiles anualmente, y reducirá el número de abortos inducidos en un 64%.⁴ La mejora en el acceso a los anticonceptivos también tiene el potencial de reducir enfermedades relacionadas con el embarazo y conservar 27 millones de años de vida saludables.⁴ Los embarazos no intencionales también tienen una mayor probabilidad de resultar en un bajo peso al nacer para los niños y un aborto inseguro, en comparación con los embarazos planeados.^{5,6}

Las madres que tienen partos no intencionales frecuentemente sufren depresión posparto, sentimientos de impotencia, aumento de presiones de tiempo y, una reducción en la salud física en general. También son más propensas a tener una relación de mala calidad con todos sus hijos, en comparación con las mujeres con embarazos intencionales, tienen más probabilidades de abusar físicamente de sus hijos y tienden a pasar menos tiempo libre con ellos.^{2,7} Las madres que tienen embarazos no intencionales es menos probable que inicien y utilicen atención prenatal y en promedio, la buscan más tarde que las madres cuyos embarazos son intencionales. *Population Action International* ha demostrado que la mortalidad infantil en los países en desarrollo se reduciría en un tercio si el espaciamiento entre nacimientos se incrementara de 2 a 4 años.¹⁰

Chibuogwu Izugbara. Maestra en Ciencias, alumna de doctorado, Programa en Economía Humana, Universidad de Pretoria, Sudáfrica. Correo-e: cizugbara@yahoo.com

Investigaciones anteriores sobre el embarazo no intencional en el mundo en desarrollo se han enfocado en sus causas¹¹ y sus efectos sobre la salud materna e infantil⁶, así el hogar y como en el bienestar comunitario.¹² En las investigaciones disponibles sobre las causas del embarazo no intencional, se ha prestado atención a la función del fracaso de los métodos anticonceptivos,^{13,14} a las malas prácticas de uso de anticonceptivos,^{15,16} a la actividad sexual involuntaria^{17,18} y al estado civil.⁵ Actualmente, hay pocas investigaciones sobre las implicaciones de los factores a nivel no individual sobre el embarazo no intencional. Sin embargo, factores como las características del hogar, las normas comunitarias, los roles de género y los entornos legal y político tienen enormes implicaciones sobre el embarazo no intencional.¹⁹ El descuido de estos factores en la investigación actual sobre el embarazo no intencional es crítico. El conocimiento holístico de los factores que se correlacionan con el embarazo no intencional es clave para el desarrollo de intervenciones que lo reduzcan. La formulación de políticas también se beneficiará inmensamente de la investigación que plantea la comprensión de los diferentes y múltiples problemas que subyacen al embarazo no intencional en diferentes países.

En este contexto, este estudio examina la asociación entre las características del hogar y el embarazo no intencional en Nigeria. Al igual que en muchos otros países en desarrollo, las tasas de embarazo no intencional son muy altas.¹ Los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de Nigeria (NDHS) 2008 sugieren que los embarazos no intencionales podrían representar hasta el 18% de ocurridos en el país.¹⁹ En algunas regiones del país se estimó que la tasa de estos embarazos no intencionales fue de cerca del 25%. Si bien existe investigación acerca en Nigeria, el papel de las características del hogar sobre el fenómeno no intencional no ha recibido la atención necesaria en el cuerpo de la investigación existente. Empero, el conocimiento de los factores a nivel doméstico en estos embarazo no intencional puede promover la comprensión más rigurosa de las cuestiones entorno al éstos y apoyar el desarrollo y la ejecución de intervenciones para abordar. En general, la investigación existente muestra que las características del hogar tienen implicaciones

importantes sobre el bienestar económico y social, así como la fertilidad y el comportamiento sexual de sus miembros. Sin embargo, sorprendentemente, se sabe muy poco acerca de la interacción entre las características del hogar y los embarazos no intencionales.

Método

Este estudio se basa en los datos de la más reciente Encuesta Demográfica y de Salud en Nigeria (NDHS del 2008); la NDHS es la más completa de todas las encuestas de un tipo en el país. Se llevaron a cabo tres encuestas anteriores (1990, 1999, y 2003). La NDHS del 2008 es la única encuesta con datos agregados tanto para las seis zonas geopolíticas del país como para los 36 estados y el Territorio Capital Federal (FCT, en inglés). Fue realizada por la Comisión Nacional de Población (NPC, en inglés) de junio a octubre del 2008 con el apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, en inglés) y el Fondo para la Población de las Naciones Unidas (UNFPA en inglés). La asistencia técnica fue proporcionada por *ICF Macro International*; los cuestionarios fueron aplicados a 34,070 hogares de una muestra representativa a nivel nacional de 36,298 procedentes de los 36 estados y el FCT.

Los datos utilizados en el presente estudio se obtuvieron a partir de 33,385 mujeres entre los 15 y los 49. De éstas, 27,303 (81.78%) mujeres reportaron embarazos intencionales durante el periodo 2003-2008, mientras que 6,082 (18.22%) tuvieron no intencionales 18,637 fueron hombres entre los 15-59.

La estimación de la incidencia del embarazo no intencional es un reto, este estudio hizo uso del método Lightbourne,²⁰ conocido por producir estimaciones más altas que el método directo de retrospectiva,²¹ compara el número ideal de hijos del encuestado y de hijos vivos en el momento de la concepción. Según Lightbourne, si el número ideal de hijos es igual o menor al de hijos vivos en el momento de la concepción, del nacimiento en cuestión, el nacimiento se clasifica como no deseado.

Análisis estadístico

Se examinaron las asociaciones bivariadas entre las variables a nivel individual y doméstico y el embarazo no intencional. Las variables sociodemográficas utilizadas fueron: edad materna y del esposo y el nivel educativo materno. Las características del hogar fueron: sexo y edad del jefe del hogar, tamaño de la familia, índice de riqueza del hogar (calculado por la NDHS), región de residencia. Estas asociaciones fueron descritas al calcular la proporción de probabilidades con intervalos de confianza del 95%. Las variables que resultaron significativas en este nivel se introdujeron en un modelo de regresión logística multivariado para estimar las proporciones de probabilidad ajustadas para el embarazo no intencional y sus correspondientes intervalos de confianza es 95%. Se desarrollaron tres modelos. El primer modelo examinó la relación entre los factores a nivel individual y el embarazo no intencional: el segundo examinó la asociación entre los factores a nivel doméstico y el embarazo no intencional. El tercer combinó los

factores a nivel individual y doméstico para verificar la asociación entre los factores a nivel individual con doméstico y el embarazo no intencional.

Resultados

El embarazo no intencional que culminó en nacimientos entre el 1° de enero de 2003 y el momento de la encuesta, se reportó en 6,082 mujeres (18.22%) y los embarazos intencionales en 27,303 (81.78%) mujeres.

Análisis bivariado

En el análisis bivariado de las intenciones de embarazo y las variables sociodemográficas en el nivel individual, la edad materna al nacimiento, el nivel educativo materno y la edad del esposo, se asociaron significativamente con el embarazo no intencional. El embarazo no intencional fue más frecuente entre las mujeres de mayor edad (35-49 años) y los hombres de más edad (45-59 años).

Tabla 1.
Análisis Bivariado del embarazo no intencional y las características sociodemográficas maternas y paternas

Característica	Intención de embarazo		Proporción de probabilidades
	Intencional (n = 27,303) Porcentaje	No intencional (n = 6,082) Porcentaje	
Edad materna al momento de la encuesta (años)***			
15-24	45.15	5.52	1.0
25-34	35.60	27.70	6.3
35-49	19.25	66.78	28.3
Nivel educativo materno***			
Sin educación	39.83	49.91	1.0
Primario	51.16	42.54	0.66
Secundario/superior	9.02	7.55	0.66
Edad del esposo (años)**			
15-29	16.67	2.04	1.0
30-44	55.26	36.51	5.3
45-59	28.07	61.45	17.8

Fuente: calculado a partir de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de Nigeria, 2008.

***Significación estadística fuerte. ** Significación estadística débil.

Tabla 2.
Análisis bivariado del embarazo no intencional y variables domésticas seleccionadas

Característica	Intención de embarazo		Proporción de probabilidades
	Intencional (n = 27,303) Porcentaje	No intencional (n = 6,082) Porcentaje	
Sexo del jefe del hogar***			
Masculino	82.22	86.28	1.0
Femenino	17.78	13.72	0.7
Edad del jefe del hogar (años)***			
15-29	18.03	3.32	1.0
30-44	46.74	40.25	4.6
45-59	35.22	56.43	8.7
Índice de riqueza del hogar**			
Pobre	22.23	23.80	1.0
Promedio	37.96	39.27	0.96
Rico	39.81	36.93	0.9
Tamaño de la familia (número de individuos)***			
1-4	39.55	15.23	1.0
5-10	51.49	67.67	3.4
11+	8.95	17.09	4.9
Región de residencia**			
Norte Central	19.34	18.40	1.0
Norte Este	19.08	21.44	1.1
Norte Oeste	22.83	24.87	1.1
Sur Este	9.49	9.21	1.0
Sur Sur	14.06	11.57	0.9
Sur Oeste	15.21	14.52	1.0

Fuente: calculado a partir de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de Nigeria, 2008.

La asociación entre el embarazo no intencional y las variables domésticas muestran que la edad y el sexo del jefe del hogar, el tamaño de la familia, el índice de riqueza del hogar y la región de residencia se asociaron significativamente con el embarazo no intencional. Las mujeres que tuvieron cinco o más nacidos vivos al momento de la encuesta tuvieron 3.4 veces más probabilidades de tener este tipo de embarazos no intencionales en comparación con las mujeres que tuvieron menos de cinco hijos. Los hogares encabezados por un adulto mayor (45-59 años) tuvieron 8.7 veces más probabilidades de sufrir un embarazo no intencional en comparación con los hogares encabezados por adultos más jóvenes (entre los 15 a 29 años). Las mujeres que eran miembros de hogares ricos tuvieron 0.86 veces más probabilidades de tener embarazos no intencionales, en comparación con las de hogares pobres.

Análisis multivariado

El análisis de regresión logística mostró que la edad de las mujeres, el nivel de educación secundaria y la edad del jefe del hogar estaban significativamente asociados con embarazos no intencionales. Las mujeres con una edad de 35 años o más tuvieron 13.6 veces más probabilidades de tener las en comparación con las mujeres entre los 15 y 24 años. Las mujeres con una educación secundaria/superior tuvieron ocho veces menos probabilidades de estos embarazos en comparación con las mujeres que no tenían una educación formal. Las que eran miembros de hogares encabezados por adultos mayores (45-59 años de edad) tuvieron 5.4 veces más probabilidades de tener tales embarazos, en comparación con aquellas en hogares encabezados por adultos más jóvenes.

Cuando todas las variables se controlaron simultáneamente, la edad y el sexo del jefe del hogar, el tamaño del hogar y el índice de riqueza se asociaron significativamente con estos embarazos. Las mujeres que tenían más de cinco hijos tuvieron una tasa más alta de que aquéllas que tenían menos de 5 hijos. Las probabilidades de

un embarazo no intencional fueron mayores entre los hogares encabezados por adultos mayores (45-59 años), que entre los encabezados por adultos de 25 a 29 años de edad. Las mujeres que pertenecían a hogares ricos tuvieron 21% menos probabilidades de tener en comparación con las que eran miembros de hogares pobres.

Tabla 3.

Modelo 1: Proporción de probabilidades ajustada a partir de la regresión logística para factores a nivel individual e intención de embarazo

Característica	Proporción de probabilidades	Intervalo de confianza 95%
Edad materna al momento de la encuesta (años)***		
15–24	1.0	—
25–34	4.0	3.36–4.90
35–49	13.6	11.22–16.56
Nivel educativo materno**		
Sin educación	1.0	—
Primario	1.1	0.99–1.17
Secundario/superior	0.8	0.71–0.96
Edad del esposo (años)***		
15–29	1.0	—
30–44	1.8	1.4, 2.35
45–59	2.6	2.04, 3.46

Fuente: calculado a partir de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de Nigeria, 2008.

Tabla 4

Modelo 2: Proporción de probabilidades ajustada a partir de la regresión logística para factores a nivel doméstico seleccionados e intención de embarazo

Característica	Proporción de probabilidades	Intervalo de confianza 95%
Sexo del jefe del hogar**		
Masculino	1.0	—
Femenino	1.1	1.05–1.29
Edad del jefe del hogar***		
25–29	1.0	—
30–49	3.3	2.80–3.93
45–59	5.4	4.60–6.48
Tamaño del hogar***		
1–4	1.0	—
5–10	2.5	2.33–2.79
11+	3.2	2.89–3.69
Índice de riqueza del hogar**		
Pobre	1.0	—
Promedio	0.89	0.81–0.98
Rico	0.79	0.68–0.94

Fuente: calculado a partir de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de Nigeria, 2008.

Discusión

Este estudio se enfocó en las asociaciones entre los factores a nivel doméstico y el embarazo no intencional entre mujeres alguna vez casadas en edad fértil (15-49 años) en Nigeria. En particular, el estudio abordó las implicaciones del sexo y la edad del jefe del hogar, el tamaño de la familia y el índice de riqueza. Los datos fueron obtenidos a partir de 33,385 mujeres alguna vez casadas en edad reproductiva (15-49 años de edad) de las cuales 6,082 (18.22%) informaron embarazos no intencionales.

Cuando se utilizó el análisis bivariado para examinar el grado de asociación entre las variables dependientes e independientes, la edad materna, el tamaño de la familia, el sexo y la edad del jefe del hogar, el lugar y la región de residencia, el nivel de educación y el índice de riqueza, se asociaron significativamente con el estado de intención de embarazo de las mujeres alguna vez casadas en Nigeria. Las mujeres que tenían más de 10 hijos tuvieron 3.2 veces más probabilidades de tener los en comparación con las mujeres que tenían menos de cinco hijos. Las mujeres de 45 años o más tuvieron 5.4 veces más probabilidades y presentarlos en comparación con las jóvenes de entre 15 a 29 años. La explicación más clara para este resultado es que los miembros del primer grupo, a diferencia de aquéllos del último, podrían haber completado su tamaño familiar deseado. Estos hallazgos son similares a los de estudios realizados en mujeres embarazadas actualmente casadas en Irán²² y todas las mujeres en edad reproductiva en Nigeria.²³

Un análisis estadístico posterior a mayor profundidad mediante el uso de regresión logística multivariada encontró que la edad y el sexo del jefe del hogar, el tamaño familiar y el índice de riqueza estaban significativamente asociados con este embarazo no intencional. Las mujeres que tenían más de cinco hijos tuvieron una mayor probabilidad de embarazos no intencionales que aquellas que tenían menos de cinco hijos. Las probabilidades de embarazo no intencional fueron más altas entre los hogares encabezados por adultos mayores que entre los encabezados por más jóvenes. Las mujeres que pertenecían a hogares ricos tuvieron 79% más probabilidades de

que las mujeres de hogares pobres. Los hogares encabezados por mujeres tuvieron 1.1 veces más probabilidades, en comparación con los encabezados por hombres. Se han encontrado resultados similares en Ecuador.²⁴ Anderson²⁵ y Williams²⁶ también han observado que la pobreza está relacionada estos.

Conclusiones

Cuando se controlaron todas las variables de manera simultánea, el tamaño de la familia y el índice de riqueza fueron los que estuvieron más significativamente asociados. Las mujeres que tenían más de cuatro hijos tuvieron una mayor probabilidad de embarazo no intencional que aquéllas que tenían menos de cinco. Las mujeres que pertenecían a hogares ricos tuvieron 21% menos probabilidades en comparación con las mujeres que eran miembros de hogares pobres. Estos hallazgos sugieren que la lucha contra el embarazo no intencionales podría necesitar intervenciones enfocadas en el hogar y que proporcionar métodos de planificación familiar a las mujeres puede no ser suficiente para prevenir los embarazos no intencionales. Se necesita una investigación cualitativa para inagar los mecanismos por los cuales los factores a nivel doméstico influyen en los embarazos no intencionales.

Limitaciones del estudio

La principal limitación del método Lightbourne en la identificación del embarazo no intencional es que la preferencia por tener (o no tener) más hijos puede ser incompatible con el número ideal de hijos en algunos casos si las preferencias de sexo no se han cumplido después de los primeros hijos.²⁷

Referencias

1. Bankole A, Oye-Adeniran BA, Singh S, Adewole IF, Wulf D, Sedgh G, Hussain R. Unwanted pregnancy and induced abortion in Nigeria: causes and consequences. New York: Alan Guttmacher Institute; 2006 [cited 2013 Oct 10]. Available from: <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/08/08/Nigeria-UP-IA.pdf>

2. David HP. Born unwanted, 35 years later: the Prague study. *Reprod Health Matters*. 2006 May;14(27):181-90.
3. Adetunji, Jacob A. 1998. Unintended Childbearing in Developing Countries: Levels, Trends, and Determinants. *Demographic and Health Surveys Analytical Reports No. 8*. Calverton, MD: Macro International Inc.
4. World Health Organization. Annex Table I. Estimates of maternal mortality ratios, number of maternal deaths, and lifetime risk by UNICEF regions (2000). In: World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Geneva: WHO; 2004. p. 27 [cited 2013 Oct 10]. Available from: http://www.childinfo.org/files/maternal_mortality_in_2000.pdf
5. Campbell OM, Graham WJ; Lancet Maternal Survival Series Steering Group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*. 2006 Oct 7;368(9543):1284-99.
6. Chalasani S, Casterline JB, Koenig MA. 2007. Consequences of unwanted childbearing: a study of child outcomes in Bangladesh. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America; 2001 Mar 29-31; New York [cited 2013 Oct 10]. Available from: <http://paa2007.princeton.edu/papers/71482>
7. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health*. 2006 Jun;38(2):90-6.
8. Crissey SR. Effect of pregnancy intention on child well-being and development: combining retrospective reports of attitude and contraceptive use. *Popul Res Policy Rev*. 2005 Dec;24(6):593-615.
9. Hull TH, Mosley H. Revitalization of family planning in Indonesia. Jakarta: The Government of Indonesia and United Nations Population Fund; 2009 Feb.
10. Rutstein, S.O. 2005. "Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant and under-Five Years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 89 (Apr), Suppl. 1:S7-S24.
11. Oye-Adeniran BA, Adewole IF, Umoh AV, Ekanem EE, Gbadegesin A, Iwere N. Community-based survey of unwanted pregnancy in Southwestern Nigeria. *Afr J Reprod Health*. 2004 Dec;8(3):103-15.
12. Shaheen AA, Diaaeldin M, Chaaya M, El Roueiheb Z. Unintended pregnancy in Egypt: evidence from the national study on women giving birth in 1999. *East Mediterr Health J*. 2007 Nov-Dec;13(6):1392-404.
13. Bassey EA, Abasiattai AM, Asuquo EE, Udoma EJ, Oyo-lta A. Awareness, attitude and practice of contraception among secondary school girls in Calabar, Nigeria. *Niger J Med*. 2005 Apr-Jun;14(2):146-50.
14. Ozumba BC, Obi SN, Ijioma NN. Knowledge, attitude and practice of modern contraception among single women in a rural and urban community in Southeast Nigeria. *J Obstet Gynaecol*. 2005 Apr;25(3):292-5.
15. Adikari R, Soonthorndhada K, Prasarkul P. Determinants of unintended pregnancy among currently married women in Nepal. Presented at the European Population Conference; 2006 Jun 21-24. Liverpool, UK [cited 2013 Oct 13]. Available from: <http://www.infostat.sk/vdc/epc2006/papers/epc2006s60296.pdf>
16. Adhikari R, Soonthorndhada K, Prasartkul P. Correlates of unintended pregnancy among currently pregnant married women in Nepal. *BMC Int Health Hum Rights*. 2009 Aug 11;9:17. doi: 10.1186/1472-698X-9-17.
17. Goto A, Yasumura S, Yabe J, Anazawa Y, Hashimoto Y. Association of pregnancy intention with parenting difficulty in Fukushima, Japan. *J Epidemiol*. 2005 Nov;15(6):244-6.
18. Goto A, Yasumura S, Reich MR, Fukao A. Factors associated with unintended pregnancy in Yamagata, Japan. *Soc Sci Med*. 2002 Apr;54(7):1065-79.
19. National Population Commission (NPC) [Nigeria] and ICF Macro. *Nigeria Demographic and Health Survey 2008*. Abuja, Nigeria: National Population Commission and ICF Macro; 2009 [cited 2013 Oct 13]. Available from: <http://nigeria.unfpa.org/pdf/nigeriadhs2008.pdf>
20. Lightbourne, Robert. E. 1985. "Individual preferences and fertility behaviour, in John Cleland and John Hobcraft (eds). *Reproductive change in Developing Countries: Insights from the World fertility Survey*. Oxford: Oxford University press, pp 165-198.
21. Williams, Lindy and Joyce Abma (2000). "Birth wantedness reports: a look forward and a look back." *Social Biology* 47(3-4): 147-163)
22. Abbasi-Shavazi, M. J., Hosseini-Chavoshi, M., Delavar, B., Aghajanian, A. and Mehryar, A. 2004, Unintended Pregnancies in the Islamic Republic of Iran: Levels and Correlates, *Asia-Pacific Population Journal*, 19 (1): 27-38.

23. Okonofua, E. F., Clifford O., Halen A., Patrick, H. D. & Agnes, J. 1999 Assessing the prevalence and determinants of unwanted pregnancy and induced abortion in Nigeria. *Studies in Family Planning*, 30(1), 67-77.
24. Eggleston E. Determinants of unintended pregnancy among women in Ecuador. *Int Fam Plan Perspect*. 1999 Mar;25(1):27-33 [cited 2013 Oct 9]. Available from: www.guttmacher.org/pubs/journals/2502799.html.
25. Anderson, John E. and Leo Morris. 1981. "Fertility differences and the need for family planning services in five Latin American countries," *International Family Planning Perspectives* 7(1): 16-21.
26. Williams, L. B. and London, K. A., 1994. 'Changes in the planning status of births to ever-married U.S. women, 1982-1988', *Family Planning Perspectives* 26: 121-124.
27. Casterline JB, Mendoza JA. Unwanted fertility in Latin America: historical trends, recent patterns. In: Cavenaghi S. *Demographic transformations and inequalities in Latin America: historical trends and recent patterns*. Serie Investigaciones 8. Rio de Janeiro: Latin American Population Association; 2009. p. 193-218 [cited 2013 Oct 13]. Available from: <http://www.alapop.org/docs/publicaciones/investigaciones/DemogTransformations.pdf>

Recibido: 15 de noviembre de 2012.

Aprobado: 19 de diciembre de 2012.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social
Salud Para Todos