

# Notas 96

de Población



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Comisión Económica para América Latina y el Caribe • CEPAL  
Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía • CELADE

**Alicia Bárcena**

Secretaria Ejecutiva

**Antonio Prado**

Secretario Ejecutivo Adjunto

**Dirk Jaspers\_Faijer**

Director, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía  
(CELADE) - División de Población de la CEPAL

**Ricardo Pérez**

Director, División de Documentos y Publicaciones

La revista *Notas de Población* es una publicación del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, cuyo propósito principal es la difusión de investigaciones y estudios de población sobre América Latina y el Caribe, aun cuando recibe con particular interés artículos de especialistas de fuera de la región y, en algunos casos, contribuciones que se refieren a otras regiones del mundo. Se publica dos veces al año, con una orientación interdisciplinaria, por lo que acoge tanto artículos sobre demografía propiamente tal como otros que aborden las relaciones entre las tendencias demográficas y los fenómenos económicos, sociales y biológicos. Las opiniones expresadas en esta revista son responsabilidad de los autores, sin que el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sea necesariamente participe de ellas. Los límites y los nombres que figuran en los mapas de esta publicación no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

**Comité editorial:**

Ciro Martínez Gómez, Coordinador

Alejandra Silva, Editora especial

Guiomar Bay, Fabiana del Popolo, Sandra Huenchuan, Dirk Jaspers\_Faijer, Jorge Martínez Pizarro,  
Timothy Miller, Jorge Rodríguez, Magda Ruiz, Paulo Saad, Miguel Villa, Orly Winer

Liliana Cuevas, secretaria

Redacción y administración: Casilla 179-D, Santiago, Chile. E-mail: [liliana.cuevas@cepal.org](mailto:liliana.cuevas@cepal.org)  
Ventas: [publications@cepal.org](mailto:publications@cepal.org). Precio del ejemplar: 12 dólares. Suscripción anual: 20 dólares.

# Notas de Población

---

Año XL • N° 96 • Santiago de Chile



NACIONES UNIDAS

**C E P A L**

Comisión Económica para América Latina y el Caribe

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL

Este número contó con el apoyo financiero parcial del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Los límites y los nombres que figuran en estos mapas no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas

Diseño de portada: Alejandro Vicuña Leyton

Ilustración de portada: Zona Sul, óleo sobre tela de Cristiano Sidoti. Crédito: Galería Jaques Ardies, São Paulo (Brasil). Derechos reservados.

---

Publicación de las Naciones Unidas

ISBN: 978-92-1-221111-4

ISSN: 0303-1829

LC/G.2573-P

Número de venta: S.13.II.G.11

Copyright © Naciones Unidas 2013 • 2013-305

Todos los derechos reservados. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

---

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

# Índice

Acceso a la salud sexual y reproductiva y fecundidad de las jóvenes en el Brasil: desigualdades territoriales.....	7
<i>Suzana Cavenaghi</i>	
La migración interna en las grandes ciudades en América Latina: efectos sobre el crecimiento demográfico y la composición de la población .....	53
<i>Jorge Rodríguez Vignoli</i>	
De los libros a las ocho horas: la transición de la educación al trabajo en el Uruguay (1990-2008).....	105
<i>Ignacio Pardo, Andrés Peri, Mario Real</i>	
¿Es recomendable preguntar en el censo acerca de la sobrevivencia del último hijo nacido vivo?.....	137
<i>Magda Ruiz, Andreina Duarte, Sebastián Carrasco</i>	
La Amazonia Legal y el Cerrado en el contexto de la migración interna en el Brasil en el período 1995-2010 .....	171
<i>José Marcos Pinto da Cunha</i>	

# Acceso a la salud sexual y reproductiva y fecundidad de las jóvenes en el Brasil: desigualdades territoriales

Suzana Cavenaghi<sup>1</sup>

## Resumen<sup>2</sup>

El pleno acceso de las jóvenes a la salud reproductiva es uno de los temas que se trataron en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, de 1994. Sin embargo, se puede afirmar que en América Latina aún forma parte de una agenda inacabada y requiere atención en las políticas públicas para el ejercicio pleno del derecho a la salud sexual y reproductiva. El patrón de fecundidad juvenil es muy homogéneo en la región, en países que aún se encuentran en fase de transición de la fecundidad e incluso en aquellos que ya están por debajo del nivel de reemplazo. El caso del Brasil es interesante, ya que puede ser precursor de un proceso por el que también terminen pasando otros países. El objetivo de este estudio es presentar un panorama regional de la situación actual de la salud reproductiva de las mujeres de 15 a 19 años, que denominamos genéricamente adolescentes y jóvenes, así como analizar la fecundidad de esas mujeres. Para ello se utilizaron datos censales, incluidos los más recientes del censo demográfico de 2010 y los de la Encuesta de Demografía y Salud de 2006. El análisis parte siempre de una perspectiva nacional y se buscan las desagregaciones posibles en el ámbito territorial. Los resultados demuestran que incluso habiéndose registrado un descenso de la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años en 2010 tras el aumento experimentado en la década de 1990, las diferencias regionales son significativas.

## Abstract

Young people's full access to reproductive health was one of the topics covered by the 1994 Programme of Action of the International Conference on Population and Development. In Latin America, however, it is still unfinished business and needs to be addressed in public

<sup>1</sup> Investigadora de la Escuela Nacional de Ciencias Estadísticas (ENCE) del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE).

<sup>2</sup> Las opiniones expresadas en este artículo son responsabilidad de la autora y no necesariamente representan las del IBGE ni las de las Naciones Unidas. Artículo enviado a *Notas de Población*. Aprobado en septiembre de 2012.

policies for the full exercise of the right to sexual and reproductive health. The pattern of youth fertility is very homogenous across the region, in countries that are still undergoing fertility transition and even in those where fertility rates have fallen below replacement level. The case of Brazil is interesting, since it could be the precursor for a process that other countries will eventually experience as well. This study aims to provide a regional overview of the current reproductive health situation of women aged 15 to 19 years, generically known as adolescents and young women, and to analyse their fertility patterns. The source data come from censuses, including the latest data from the 2010 demographic census as well as those from the 2006 Demographic and Health Survey. The analysis is based on the national perspective, and data are disaggregated geographically where possible. The results show that although fertility rates among women aged 15 to 19 years were down in 2010, after having risen in the 1990s, there are significant differences by region.

## Résumé

Le plein accès de jeunes à la santé reproductive est l'un des thèmes abordés dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994. On peut toutefois affirmer qu'en Amérique latine, cet objectif est loin d'être réalisé et qu'il doit faire l'objet de politiques publiques garantissant que le droit à la santé sexuelle et reproductive puisse être exercé en plénitude. Le modèle de fécondité chez les jeunes est très homogène dans la région, dans des pays qui se trouvent encore dans la phase de transition de la fécondité et même dans ceux qui ont dépassé le niveau de remplacement. Un cas intéressant que celui du Brésil, car il semble annoncer un processus que d'autres pays pourraient également connaître. Le but de cette étude est de présenter un panorama régional de la situation actuelle en matière de santé reproductive des femmes âgées de 15 à 19 ans, groupe génériquement appelé d'adolescentes et de jeunes, et analyser leur fécondité. Pour ce faire, l'étude a utilisé des données censitaires, y compris les plus récentes du recensement démographique de 2010, et celles de l'enquête de démographie et de santé menée en 2006. Le point de départ de l'analyse est toujours la perspective nationale et le but est d'établir les ventilations possibles à l'échelle territoriale. Les résultats font apparaître que, malgré la baisse de la fécondité des femmes de 15 à 19 ans enregistrée en 2010, après la hausse observée dans les années 1990, les différences régionales demeurent significatives.

## Introducción

La población brasileña ha sido protagonista de una historia de intensas transformaciones demográficas en las últimas décadas. La transición de la fecundidad es una de esas modificaciones y ahora se encuentra prácticamente en su etapa final, con una tasa de fecundidad total por debajo del nivel de reemplazo. Por otra parte, el ritmo y la intensidad del cambio no fueron los mismos en todos los grupos de edad. En el Brasil, la caída de la fecundidad se vio acompañada de un rejuvenecimiento de la estructura etaria, debido a la mayor disminución relativa de la fecundidad entre las mujeres de edad mediana y avanzada en el período reproductivo. Sin embargo, no solo en el Brasil, sino en la mayoría de los países de América Latina, el tema de la maternidad y de la fecundidad de las adolescentes y jóvenes ha cobrado protagonismo en los últimos años y se ha discutido ampliamente, con distintos matices y puntos de vista muy diversos.

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, el acceso universal a la salud reproductiva pasó a un primer plano. Sin embargo, el tema de la fecundidad de las adolescentes no tuvo gran relevancia en los años que siguieron a la divulgación del plan de acción de la CIPD. En aquel momento la tasa de fecundidad total registraba un franco descenso en muchos países en desarrollo, pero la fecundidad de las adolescentes no suscitaba tanta atención como su resistencia a caer al mismo ritmo que en las demás franjas etarias. Además, la salud sexual, que era un tema más cercano a la población joven que la salud reproductiva, no se incluyó en el plan de acción, por lo que quedó relegada a un segundo plano. Varios años después se aprobó la declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), entre cuyas metas no figuraba el acceso universal a la salud sexual y reproductiva (Correa y Alves, 2005). Recién en 2005 —con la revisión de los ODM y cuando los estudios apuntaban no solo a la resistencia a la caída de la tasa de fecundidad de las adolescentes, sino a su aumento en la segunda mitad de la década de 1990 en algunos países en desarrollo— la cuestión de la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años cobró un mayor protagonismo y fue incluida en la meta 5B, junto con otros indicadores de acceso a métodos anticonceptivos (Jiménez y Rodríguez, 2009).

El caso del Brasil, a pesar de caracterizarse por una caída continua de la fecundidad total desde mediados de 1960, llamó aún más la atención en la década de 1990, en que la ya alta tasa de fecundidad de adolescentes y jóvenes registró un aumento de alrededor del 25% entre 1991 y 2000 (Cavenaghi y Berquó, 2005). Ante este panorama es importante conocer y analizar los datos de fecundidad y las condiciones de acceso a la salud reproductiva y



a los derechos sexuales y reproductivos de la población joven, así como entender en qué contexto se producen o persisten estas situaciones de alta fecundidad. El estudio del caso del Brasil es emblemático en América Latina por dos motivos. En primer lugar, como ya se ha dicho, el país presenta un nivel de fecundidad total inferior al nivel de reemplazo desde 2005, pero entre las adolescentes es elevado. Segundo, que aunque no ha tenido nunca políticas públicas para regular explícitamente la fecundidad, tanto en general como juvenil, el país registró un importante descenso de las tasas entre las jóvenes en la década de 2000 (Cavenaghi y Alves, 2011), a diferencia de lo que ocurrió en otros países de la región que invirtieron en programas de prevención del embarazo no planeado, como, por ejemplo, los países andinos (Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue/Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, 2009), donde la fecundidad de jóvenes y adolescentes sigue siendo elevada.

El objetivo de este estudio es examinar, a partir de los últimos datos disponibles, algunas de las condiciones de la maternidad entre las jóvenes de 15 a 19 años en el Brasil. Para ello se ha dividido el trabajo en dos partes: en una se observan las tasas de fecundidad y maternidad del país y en otra se trata la situación desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva. En ambos casos se tienen en cuenta las diferencias territoriales. En la primera parte del trabajo se analizan las tasas de fecundidad de las mujeres adolescentes y jóvenes en el Brasil durante la última década, en que se ponen de relieve las diferencias entre regiones, a partir de datos del censo demográfico de 2010. Es importante señalar que en el estudio de la fecundidad también se plantea inicialmente la discusión más conceptual sobre la evolución en el país, dado que para entender mejor lo que ocurre con la fecundidad juvenil no se pueden pasar por alto las tendencias generales en cuanto a fecundidad a nivel nacional. En la segunda parte se presenta un panorama sobre algunos aspectos importantes de la salud reproductiva a partir de indicadores seleccionados, con datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2006 según las divisiones geográficas permitidas por la encuesta, o sea, grandes regiones y residencia urbana o rural.

## **A. La fecundidad y la maternidad de adolescentes y jóvenes**

En este apartado se intenta mostrar un panorama de la actual situación de la fecundidad total y las tendencias de las últimas décadas, así como explicar de qué manera la fecundidad en el grupo de 15 a 19 años condiciona la vida reproductiva de las mujeres. En todo momento se presta especial atención a la comparación regional. En primer lugar se expone un breve

planteamiento teórico sobre la transición de la fecundidad en general y sobre cómo se inserta en ese contexto la fecundidad de las adolescentes y las jóvenes. A continuación se detallan las tendencias de la fecundidad y se contextualiza la de las adolescentes y las jóvenes en el calendario de la fecundidad en general. Seguidamente se analiza la fecundidad específica del grupo de mujeres de 15 a 19 años, con el propósito de comprender qué grupos registran niveles más elevados y mayores diferencias, que deben tenerse en cuenta en el diseño de las políticas públicas para brindar un acceso adecuado a los derechos sexuales y reproductivos. Por último, en esta sección se ofrece un breve análisis desde el punto de vista del ejercicio de la maternidad precoz, a fin de comprender mejor las heterogeneidades internas del grupo de 15 a 19 años para una discusión sobre las consecuencias de este evento en la vida de las mujeres.

## **I. Apuntes sobre el comportamiento de la fecundidad en el Brasil**

Hasta principios de la década de 1960 la tasa global de fecundidad (TGF) en el Brasil era de más de 6 hijos por mujer. Sin embargo, la combinación de factores estructurales (en el plano de la infraestructura económica y de las bases materiales de la sociedad) e institucionales (en el plano de la superestructura y de las relaciones jurídicas y de las políticas públicas) posibilitó el inicio de la transición de la fecundidad en la segunda mitad de la década de 1960, con la consiguiente aceleración del ritmo de caída en las décadas siguientes, hasta alcanzar el nivel de reemplazo (2,1 hijos) en 2005 y el valor de 1,9 hijos por mujer según los datos del censo demográfico de 2010.

Carvalho, Paiva y Sawyer (1981) y Paiva (1985) explicaban el régimen de alta fecundidad que había prevalecido en la mayor parte de la historia del Brasil como una consecuencia de la estructura productiva fundamentada en un sistema primario-exportador y en una economía de subsistencia que estimulaba un patrón de matrimonio precoz, sin un uso regular de métodos anticonceptivos. Según los autores, el proceso de proletarización y modernización provocó una desestabilización del régimen de alta fecundidad en el Brasil por medio de cambios que se produjeron en tres niveles: 1) monetarización de la economía; 2) ampliación y diversificación de la canasta de consumo a través de la inclusión de bienes industrializados, y 3) destrucción de la economía de base familiar (subsistencia) y expansión y homogeneización del mercado de trabajo asalariado. A esos factores estructurales Merrick y Berquó (1983) agregan los siguientes determinantes de la caída de la fecundidad en el Brasil:

1) aumento de los niveles educativos y reducción del analfabetismo, principalmente entre las mujeres; 2) aumento de la tasa de participación femenina en el mercado de trabajo; 3) aumento de las expectativas de consumo entre los grupos de bajos ingresos.

En el plano institucional, Faria (1989) muestra que cuatro políticas públicas promovidas por el Gobierno Federal a partir de 1964 tuvieron consecuencias no anticipadas en la reducción de la fecundidad en el Brasil: 1) política de crédito al consumidor; 2) política de telecomunicaciones; 3) política de previsión social, y 4) política de atención a la salud. Siguiendo una línea propia de los enfoques culturales, el autor considera que las políticas públicas influyeron en la caída de la fecundidad al actuar como vectores institucionales (difusión) portadores de nuevos contenidos de conciencia (innovación). El autor llama además la atención sobre el efecto perverso de este proceso, puesto que la oferta de métodos anticonceptivos se dio inicialmente a través de los mecanismos de mercado, fuera del alcance del poder adquisitivo de las clases populares.

Esta perspectiva teórica quedó corroborada por hechos históricos, pues hasta 1988 la Constitución brasileña no definió la planificación familiar como un derecho de las parejas y recién en 1996, con objeto de regular el apartado 7 del artículo de la Constitución Federal, se aprobó la ley 9.263, que en su artículo 2º señala que se entiende por planificación familiar un conjunto de acciones de regulación de la fecundidad que garantizan la igualdad de derechos de constitución, limitación o aumento de la descendencia para la mujer, el hombre o la pareja. La implantación de esta ley permitió que el Sistema Público de Salud del Brasil pudiera ofrecer servicios de planificación reproductiva, incluida la provisión de métodos anticonceptivos y esterilización femenina, a toda la población (Berquó y Cavenaghi, 2004). Solo en 2005 se puso en marcha la política nacional de derechos sexuales y reproductivos, inspirada en los principios consensuados en la CIPD de El Cairo de 1994. Esto significa que durante la mayor parte del proceso de transición de la fecundidad, la población brasileña en edad reproductiva no tuvo un acceso adecuado a los medios de regulación de la fecundidad a través del Estado, por lo que se vio obligada a recurrir sobre todo al mercado. En consecuencia, los porcentajes de embarazos no deseados y de abortos eran elevados, como explicó Martine (1975 y 1996).

La falta de acceso a políticas de salud reproductiva afectó principalmente a las mujeres. Alves (1994) mostró que los determinantes estructurales e institucionales que provocaron la reducción de los niveles de fecundidad en el Brasil tuvieron repercusiones distintas por género y generación. Basándose en Caldwell (1982), el autor argumenta que se

produjo una inversión del flujo intergeneracional de riqueza entre padres e hijos y que la mayor autonomía de las mujeres fue fundamental para que se redujera el número de hijos.

El descenso de la fecundidad en el Brasil abarcó todas las regiones y clases sociales. No obstante, el inicio y el ritmo de la caída se produjeron de forma diferenciada. Como se demostró (Carvalho y Wood, 1994), las desigualdades socioeconómicas dieron lugar a distintos regímenes reproductivos, si bien la transición desde tasas de fecundidad altas a bajas estuvo estrechamente correlacionada con los niveles de desarrollo socioeconómico (Potter y otros, 2010). Autoras como Perpétuo y Wong (2003) consideraban que la fecundidad en el Brasil estaba convergiendo hacia la tasa de reproducción, mientras que Camarano (1996) disentía de la tesis sobre la convergencia.

El hecho es que la transición de la fecundidad en el Brasil, además de producirse de forma diferenciada según el nivel de renta y educación, estuvo acompañada de una tendencia general de rejuvenecimiento del patrón reproductivo (Berquó y Cavenaghi, 2004 y 2005) y de mantenimiento de altos niveles de fecundidad de las adolescentes y las jóvenes. Este proceso fue en sentido totalmente contrario al aplazamiento de la edad del primer parto, una característica de la segunda transición demográfica de Europa (Van de Kaa, 1997). Lo que ocurrió en el Brasil fue que las mujeres siguieron teniendo hijos a una edad temprana y empezaron a realizar un control de fecundidad por paridez mucho antes de que finalizase su período reproductivo. Así, el efecto tiempo ha sido negativo para la tasa global de fecundidad (TGF) del período, es decir, la edad media de fecundidad se vio reducida concomitantemente al proceso de convergencia hacia el nivel de la tasa de reemplazo (Rios-Neto y otros, 2005).

En este contexto de acceso inadecuado a la planificación reproductiva (Alves, 2009), sobre todo para la población más pobre y alejada de los centros urbanos, pero con una marcada demanda por tener menos hijos, se desarrolló la transición de la fecundidad en el país. Así, no es de extrañar que la persistencia de una alta fecundidad juvenil se percibiera como una circunstancia que no se podía explicar mediante las teorías planteadas y que se recurriera a algunas posturas extremas para entender el fenómeno. Esas explicaciones iban desde la percepción de que se trataba de un problema social que había que resolver (prevenir), hasta el extremo opuesto, en que se interpretaba como un comportamiento normal o una estrategia de supervivencia. Cabe destacar que Fustenberg (1998) señala que la experiencia de los Estados Unidos podría servir de ejemplo para que en

los países en desarrollo la maternidad entre las jóvenes no se convierta en un problema social. El autor llama la atención sobre los casos de Europa, en que la iniciación sexual se produce de forma segura y con apoyo de la familia, y los Estados Unidos, en que los distintos mensajes procedentes de los medios, las políticas públicas y las familias situaban a las adolescentes y a las jóvenes en una situación de “fuego cruzado”. Asimismo previó que, si no se adoptaban las medidas apropiadas, la tasa de fecundidad seguiría siendo elevada e incluso podría aumentar en países que estaban en proceso de desarrollo económico.

No obstante, los estudiosos del tema no han llegado a un consenso sobre las causas de que persistan altas tasas de fecundidad entre adolescentes y jóvenes, o sea, sobre las explicaciones que podrían ayudar a comprender en toda su complejidad este fenómeno en los países en desarrollo. Mucho se investiga sobre las consecuencias de este comportamiento en la vida de las jóvenes, de los hijos y de la sociedad en conjunto, y esas consecuencias se confunden a menudo con lo que serían las explicaciones del fenómeno. Los factores de riesgo o las repercusiones sobre la alta prevalencia de la maternidad a edades tempranas se convierten en sensacionalismo cuando llegan a los medios y están muy vinculados a la reproducción de la pobreza e incluso al aumento de la violencia en algunos casos. Sin embargo, el debate de los temas vinculados a la adolescencia y a la juventud debe mantenerse al margen de las disputas ideológicas o de un campo del conocimiento, ya que se trata del futuro de las generaciones. Así, por una parte, es importante buscar las respuestas a las causas de ese comportamiento y, cuando corresponda, buscar soluciones en las políticas públicas y en las relaciones familiares. Por otra parte, es necesario entender las posibles consecuencias de ese comportamiento para las madres, los hijos y las generaciones futuras, y actuar con políticas públicas adecuadas para minimizar los riesgos.

En la bibliografía se ha demostrado que las causas del inicio de la maternidad precoz dependen de diversos factores y que en muchos casos se deben a una combinación de estos. Un primer factor está vinculado al hecho de que, por motivos emocionales, algunas parejas, independientemente de su situación social, económica o educativa, quieren formar familia pronto (Stern y García, 2001). Una segunda causa de la alta tasa de fecundidad juvenil, sobre todo en las clases sociales más pobres, está ligada a la falta de proyectos de vida alternativos a la maternidad en países en que una educación de baja calidad y la perspectiva de entrada en el mercado del trabajo formal no incentivan a las jóvenes. Para cambiar de estatus en la sociedad, estas recorren a la formación temprana de una familia, pues se trata de un proyecto de vida viable (Corrêa, 2009). Un tercer factor que

se señala es la ausencia de información adecuada para las jóvenes sobre el proceso reproductivo, debido, en gran medida, a las carencias en los planes de estudios escolares con respecto a la educación sexual, que no debería limitarse a enumerar los métodos anticonceptivos (Heilborn, 2006). El cuarto factor tiene que ver con un acceso y uso deficientes de los métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo no planificado (Heilborn, 2006, Cavenaghi y Berquó, 2005) en un momento de la historia en que la existencia de una mayor libertad sexual no solo significa que esta se ejerce a edades cada vez más tempranas, sino que las relaciones sexuales también tienen una frecuencia creciente en la vida de los jóvenes (Fustenberg, 1998; Cavenaghi y Berquó, 2005), lo que además se suma a la no disponibilidad de un sistema de interrupción segura del embarazo no planificado. Un quinto motivo estaría vinculado a la asimetría de género que existe en las relaciones entre los jóvenes, en que las mujeres suelen tener un estatus más bajo y menor empoderamiento, lo que en general dificulta que las negociaciones para la práctica de sexo seguro se desarrollen de forma adecuada (Casique, 2012). Los dos primeros factores están más asociados a cuestiones psicosociales, mientras que otros se encuentran más vinculados a la salud sexual y reproductiva y el último es una combinación de ambas. Las razones que inducen a una adolescente a embarazarse y a llevar su embarazo a término pueden encontrarse en la compleja relación entre todas esas causas y las condiciones socioeconómicas en que estas se produjeron.

Las consecuencias de un embarazo interrumpido a una edad temprana y los embarazos llevados a término son motivos de preocupación que también deben figurar en la pauta de las políticas públicas y de investigación. En la literatura especializada se trata de los riesgos asociados a la salud, tanto de la mujer embarazada como del hijo, pero no existe un consenso con relación al efecto de esos riesgos, ya que no dependen solamente de la edad de la mujer, sino que siempre están asociados a otros factores, lo que incluye una atención prenatal adecuada, que a su vez puede estar asociada a condiciones emocionales, sociales y económicas. Además de los riesgos para la salud, los sociales y económicos forman parte de una lista de efectos comúnmente investigados, como el riesgo para la circulación mayor de los niños (Oliveira y Vieira, 2009), los riesgos asociados al aumento o la perpetuación de la pobreza y al aumento de la violencia, y los relacionados con el bajo nivel educativo de las madres jóvenes (Aquino y otros, 2003).

La dificultad de tratar la maternidad precoz<sup>3</sup> como un problema y la confusión entre causas y consecuencias tiene que ver muchas veces con

<sup>3</sup> Algunos autores evitan el término de maternidad precoz o lo incluyen entre comillas para no asociarlo a juicios de valor.

estudios que apuntan a que las mujeres jóvenes consideran muy positivas sus experiencias de maternidad. Sin embargo, como bien señala la demógrafa Elza Berquó sobre la experiencia de la maternidad a edades tempranas, por lo general esa visión positiva es a posteriori, es decir, corresponde a una forma de aceptar un hecho ya consumado (Haag, 2012, pág. 90) y no a un proyecto de vida basado en la maternidad. Eso no significa que no existan casos en que la maternidad iniciada de joven sea realmente el proyecto. No obstante, en el Brasil la mayoría de los partos (y por cierto de los embarazos) de menores de 20 años no son planeados. Estos casos sumaron casi el 70% entre las mujeres de 15 a 19 años en 2006, según Borgato y Oliveira (2011).

En este estudio se parte del supuesto de que la maternidad de las jóvenes por falta de planificación (maternidad no deseada en el momento en que se produjo) debe enfocarse realmente como un problema de falta de acceso adecuado a los derechos sexuales y de salud reproductiva, y no solamente como un problema social. Por otra parte, se entiende que la resistencia a ver el fenómeno como un problema o una cuestión de política pública es inadecuada si se analiza en el contexto más general del cuadro demográfico y socioeconómico del país. En el Brasil actual, las mujeres viven mucho más que en el pasado, pues la esperanza de vida ha aumentado en unas décadas de alrededor de 40 años a los 77 años de edad; la tasa de fecundidad total se sitúa por debajo del nivel de reemplazo (1,9 hijos de promedio por mujer); en torno al 65% de las mujeres en edad reproductiva participan en el mercado de trabajo, y, a pesar de que en promedio aún tienen pocos años de estudios y una educación de baja calidad, las mujeres han superado a los hombres en nivel educativo. Ante estos cambios cabría esperar que, al igual que en los países más desarrollados, las mujeres cambiaran su comportamiento reproductivo y retrasaran la maternidad al menos hasta terminar los estudios y acceder a un mercado de trabajo formal. De hecho, lo que ocurre en el Brasil es que la calidad de la educación es todavía muy baja, principalmente para la población más pobre, y que para conseguir un trabajo decente las mujeres deben superar muchas barreras. Puede que los eventos demográficos permitan una enorme transformación del ciclo de vida de las mujeres, pero solo una parte de esa población ha logrado ese cambio.

El escenario se complica aún más si se tiene en cuenta que la fecundidad temprana podría traducirse en un número final de hijos muy superior al planificado. Es habitual ver en la literatura de la década de 1990 que el inicio de la fecundidad a una edad temprana llevaría a las mujeres a tener muchos hijos durante su vida reproductiva (Camarano, 1998). Por otra parte, el hecho de que la maternidad comience tan pronto, combinado con la demanda de pocos hijos, deja a las mujeres expuestas durante un largo

período a embarazos no deseados. Esto implica que las mujeres jóvenes deberían considerar métodos anticonceptivos más eficaces o permanentes o, en ausencia de estos, en un escenario peor, recurrirían a la interrupción del embarazo de un modo poco seguro, dado que en el país el aborto es ilegal, con algunas excepciones.

## 2. Datos y metodología

Los análisis de fecundidad y maternidad se realizan sobre la base de microdatos de los censos demográficos brasileños, especialmente de 2010, que son los más recientes. Para el cálculo de la fecundidad se utilizan informaciones acerca del número de hijos nacidos vivos y de hijos nacidos en el año anterior a la fecha de referencia del censo demográfico, y se clasifican según las edades de las mujeres. Estos datos proceden de una muestra del censo cuyo tamaño varía según el año. La de 1980 fue del 25% de los hogares; en 1991 y 2000 se usaron dos fracciones muestrales, del 10% de los hogares en municipios de más de 15.000 habitantes y del 20% en municipios menores. En 2010 se utilizaron muestras que variaban según el número de habitantes estimados, desde un 5% hasta un 50% entre los municipios mayores y los menores (IBGE, 2010).

Se seleccionó el grupo de mujeres de 15 a 19 años para los análisis de fecundidad y maternidad. Cabe destacar que entrevistar a mujeres menores de 15 años podría traer complicaciones éticas considerables para la realización de la encuesta, así como problemas metodológicos a la hora de efectuar análisis sobre la fecundidad del grupo etario<sup>4</sup>. Pese a que la fecundidad de las menores de 15 años es un problema muy serio y de que a menudo está vinculado con la violencia de género, su poca frecuencia relativa en términos estadísticos imposibilita recopilar este tipo de información en una encuesta por muestreo y realizar análisis desagregados a nivel regional. Asimismo, debe aclararse que para la identificación de las jóvenes se estableció en 19 años la edad superior, lo que no significa que no se considere jóvenes también a las mujeres del grupo de 20 a 24 años. Sin embargo, el colectivo de jóvenes presenta tal heterogeneidad interna que incorporar el grupo etario siguiente complicaría aún más el análisis. Por último, se intenta utilizar a lo largo del texto el término “adolescentes y jóvenes” precisamente porque el grupo de 15 a 19 años es muy heterogéneo y sería incorrecto denominar adolescentes a mujeres que ya efectuaron la transición a la vida adulta, principalmente por la maternidad, que es objeto de análisis en este estudio.

<sup>4</sup> El censo demográfico del Brasil incluye información sobre mujeres de 10 a 14 años. No obstante, la información es facilitada por el entrevistado, que puede o no ser la propia persona.



De hecho, se impone la necesidad de una aclaración metodológica importante, que en general se pasa por alto en los estudios sobre embarazo de las mujeres jóvenes. Se trata de la diferencia entre maternidad, fecundidad y embarazo. Los datos disponibles en la mayoría de los países latinoamericanos solo permiten análisis sobre maternidad y fecundidad, puesto que casi no hay información disponible acerca de los embarazos y en la mayoría de los países el aborto inducido es ilegal, con lo que no se tienen en cuenta muchos casos de embarazo que terminan en aborto. Un estudio sobre el embarazo juvenil o un programa de política pública para prevenir embarazos no planificados debería incluir como mínimo datos sobre abortos inducidos. En algunos programas de prevención del embarazo no planificado en la adolescencia no se menciona el aborto como indicador importante para el debido análisis del problema, como, por ejemplo, en el Programa de los Países Andinos (Organismo Andino, 2009). La ilegalidad termina enmascarando la realidad de la práctica del aborto inducido no seguro, una cuestión importante sobre todo para mujeres que pretenden tener una vida reproductiva posteriormente y que pueden resultar estériles debido a ese tipo de intervenciones no seguras. De todos modos, el hecho que aquí se recoge es que los datos sobre las tasas de fecundidad (o los índices de maternidad) que se analizan en este estudio y que se consideran elevados en la región serían aún más altos si se consideraran los datos sobre embarazos (o por lo menos, sobre abortos inducidos) y no únicamente los de los nacidos vivos. En el caso del Brasil, a pesar de que el aborto es ilegal en la mayoría de las situaciones, con excepción de aquellas en que exista riesgo vital para la madre y el niño, de violación y, más recientemente, en caso de anencefalia, se recurre con frecuencia al aborto ilegal, inseguro en la mayoría de los casos (Diniz y Medeiros, 2010). Estimaciones indirectas muestran que de cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años se registraron 13,1 abortos inducidos en el año 2010 en el Brasil, cuando la tasa para la población femenina en general era de 11,6 (Risi y Cavenaghi, 2012).

Como se sabe, las estimaciones de fecundidad basadas en encuestas están sujetas a errores de muestreo, aparte de otros conocidos que se asocian a estas variables, como olvidos o equivocaciones en la declaración de la edad. El nivel geográfico inferior del análisis de fecundidad en este estudio es el ámbito rural de los estados. El menor corresponde a la zona rural del estado de Pará, donde, por ejemplo, el coeficiente de variación para la estimación menor (hijos nacidos en el último año de mujeres de 15 a 19 años) se sitúa alrededor del 4,5% (400 niños, en promedio). En los demás estados el coeficiente de variación es aún más bajo, ya que las estimaciones de población menores se sitúan en torno a 2.000 personas. Con relación a la variable educativa, el resultado para los grupos de nivel

superior debe considerarse con más prudencia, ya que las estimaciones sobre el número de hijos nacidos en el último año pueden ser de un centenar de casos o menos y se considera un coeficiente de variación del 10%, aproximadamente (IBGE, 2010).

El método utilizado para estimar la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años fue el indirecto conocido como P/F de Brass (Naciones Unidas, 1983), que se ajustó debido a la subestimación de las informaciones sobre fecundidad corriente<sup>5</sup>. Es importante señalar que a los datos de 1980 y 1991 se les aplicó el método de El Badry para la corrección de la no respuesta, pero para los datos de 2000 y 2010 no fue necesario, dado que el porcentaje de no declaración de fecundidad era muy reducido, además de no seguir ningún patrón conocido<sup>6</sup>. Asimismo, hay que señalar que para el grupo de 15 a 19 años los datos son menos fiables, por lo que se utiliza el método P/F para corregir el nivel de la fecundidad declarada y no solo para comprobar la calidad de la información, ya que en general para ese grupo el nivel declarado es más bajo que el esperado.

Para el análisis de maternidad se utilizaron indicadores simples en que se definía como madres a las mujeres que tuvieran al menos un hijo nacido vivo<sup>7</sup>. Cabe resaltar que no se trata de embarazos en edades tempranas, ya que muchos terminan voluntaria o involuntariamente y en otros el hijo fallece antes de nacer. Para realizar el análisis geográfico del ejercicio de la maternidad de mujeres de 15 a 19 años se utilizaron los mapas digitales del censo demográfico de 2010 con escalas geográficas en los niveles de mesorregiones, microrregiones y municipios<sup>8</sup>. El método de clasificación de las categorías de porcentajes de madres para la cartografía

<sup>5</sup> Pese a que con otros métodos también se obtenían resultados consistentes, como el de Gompertz con solución de ZABA (Moultrie y Dorrington, 2008), el método P/F presenta resultados bastante consistentes para los grupos de 15 a 19 años y de 20 a 24 años, y permite una aplicación mucho más simplificada y menos subjetiva que otros métodos.

<sup>6</sup> De todos modos, el porcentaje de no declaración de fecundidad registrado en los censos demográficos de 1980 y 1991 fue bajo, debido a que en la etapa de revisión crítica de los datos se realizaron correcciones de no respuesta para los dos primeros grupos etarios. Por política interna del IBGE, en los censos de 2000 y 2010 prácticamente no se incluían no declaraciones, ya que los datos incompletos o inconsistentes se imputaron durante la etapa de revisión crítica.

<sup>7</sup> Hay que recordar que en el Brasil la gran mayoría de los municipios tienen muy poca población (alrededor del 25% cuentan con menos de 5.000 habitantes), por lo que las estimaciones de mujeres de 15 a 19 años con uno o más hijos en esos municipios pueden presentar coeficientes de variación mayores del 10% y, de hecho, en 39 ninguna mujer de 15 a 19 años había sido madre hasta la fecha de referencia del censo.

<sup>8</sup> El área menor identificable a partir de la muestra del censo demográfico brasileño es el área de ponderación, consistente en un agregado de sectores censales que asegura la confiabilidad estadística de los datos. Se intentó presentar el resultado para las áreas de ponderación. Sin embargo, debido a cambios registrados en la base territorial y en el cálculo de las áreas de ponderación, principalmente en relación con modificaciones en la fracción muestral, la malla digital al nivel de las áreas de ponderación no está aún disponible.

temática se basó en la división del país en quintiles a partir de los datos obtenidos por mesorregión. Se mantuvieron los mismos intervalos para la división de microrregiones y municipios con el fin de garantizar la comparabilidad entre las tres escalas.

En 2010 existían 137 mesorregiones en el Brasil, que son, según el IBGE (2003), un conjunto de microrregiones contiguas y contenidas en la misma unidad de la Federación, agrupadas sobre la base del marco natural, del proceso social y de la red de comunicaciones y de lugares (pág. 224). Las microrregiones eran 558 y se definían como un conjunto de municipios contiguos y contenidos en la misma unidad de la Federación, agrupados sobre la base de características del marco natural, de la organización de la producción y de su integración (pág. 224). Por último, había 5.565 municipios, que son las unidades político-administrativas autónomas menores del país. Pese a que la regionalización de las micro- y mesoáreas obedece a la búsqueda de una mayor heterogeneidad interna con relación a las variables sociales y económicas, desde que se crearon en 1976 se han producido muchos cambios, si bien aún no se ha alterado la delimitación de estas subdivisiones. Estas áreas no solo varían en extensión territorial, sino también en población residente. Las mesorregiones tienen entre 53.613 y 21.142.508 habitantes; las microrregiones comprenden desde 2.629 hasta 13.793.504 habitantes, mientras que los municipios son obviamente los que mayor variación presentan, pues los hay desde los que cuentan con 805 residentes hasta grandes urbes como São Paulo, que tiene 11.224.369 habitantes. Estas diferencias de población pueden influir en los resultados del indicador que aquí se analiza. Por eso, algunos deben interpretarse con prudencia. Para un análisis más detallado debería considerarse el uso del algún método de suavización de las tasas y los porcentajes con el fin de reducir el efecto de los pequeños dominios. Sin embargo, el objetivo de este estudio es únicamente presentar el potencial de conocimiento de la proporción de casos de maternidad cuando se tiene en cuenta el detalle geográfico, no buscar las mejores estimaciones de esos indicadores.

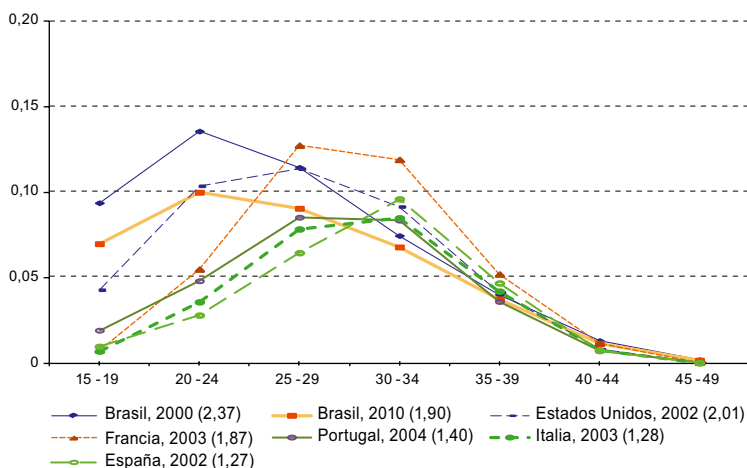
### **3. Estructura de la fecundidad: concentración en edades tempranas**

La fecundidad en el Brasil, un país de más de 190 millones de habitantes, se situó por debajo del nivel de reemplazo a mediados de la década de 2000 y, según los datos del censo demográfico de 2010, alcanzó un promedio de 1,9 hijos por mujer. Hasta el momento, los indicadores demuestran que el

efecto del tiempo en la fecundidad, que fue positivo en las últimas décadas, pasaría a ser negativo (Miranda-Ribeiro y otros, 2008), lo que apuntaría a la continuidad de este descenso, de modo que el país alcanzaría en un futuro próximos niveles de fecundidad bajísimos.

Sobre la base de la experiencia de otros países con baja fecundidad, se podría inferir que el Brasil está siguiendo el mismo camino que los países mediterráneos, como Italia, España y Portugal, en que la fecundidad ya se considera bajísima (Lesthaeghe y Willems, 1999; Kohler, Billari y Ortega, 2002). Sin embargo, se observa que la historia no se repite exactamente si se compara la estructura de la fecundidad de los países latinoamericanos y europeos. Si bien hay una coincidencia en las bajas tasas de fecundidad, el patrón de esta por edades es muy distinto (véase el gráfico 1). En los países mediterráneos citados las mujeres de hasta 24 años presentan una baja tasa de fecundidad. Algo parecido ocurre en el caso de Francia, cuya TGF, aunque es mayor que la mediterránea, se concentra sobre todo en las mujeres de entre 25 y 34 años. Otro comportamiento, a medio camino de los dos anteriores, es el observado en los Estados Unidos, que, si bien presenta una fecundidad al nivel de la tasa de reproducción, también registra índices relativamente altos entre adolescentes y jóvenes (la mayoría de los partos son de mujeres de entre 20 y 29 años).

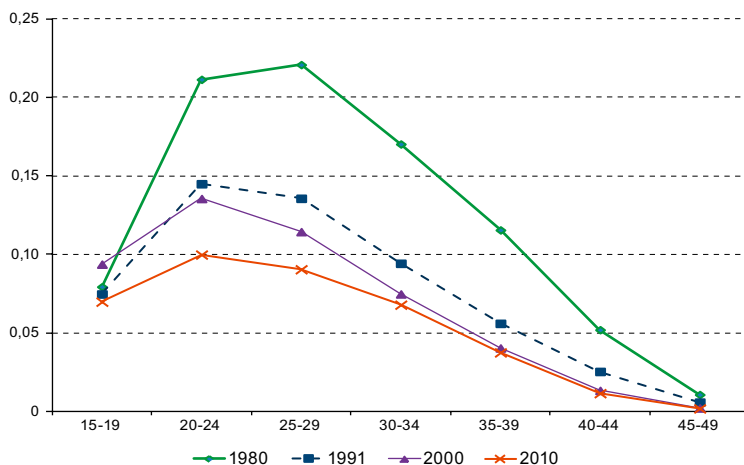
Gráfico 1  
**PAÍSES SELECCIONADOS: TASA DE FECUNDIDAD ESPECÍFICA POR GRUPOS DE EDAD, DÉCADA DE 2000**  
(En años de edad)



Fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), censos demográficos de 2000 y 2010 y Naciones Unidas, World Fertility Patterns, 2007 (ST/ESA/SER.A/269), Nueva York, 2008.

El Brasil presenta un patrón etario de fecundidad en que los grupos más jóvenes tienen un gran peso, con una tendencia especialmente acusada entre 1980 y 2000 (véase el gráfico 2). La fecundidad de las adolescentes y las jóvenes (mujeres de 15 a 19 años) descendió en la última década y se estabilizó por debajo del nivel que se había observado en los últimos treinta años. Según el censo de 2010, nacieron 70 niños por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años. Aun así, las tasas brasileñas son elevadas cuando se comparan con las de otros países: tan solo 2,3 por 1.000 en la República de Corea, 8,4 por 1.000 en China, 29,5 por 1.000 en Irán, 7 por 1.000 en Francia, 11,6 por 1.000 en Arabia Saudí, 34 por 1.000 en los Estados Unidos y 59 por 1.000 en Sudáfrica. Asimismo, las mujeres jóvenes de 20 a 24 años son las que registran un mayor nivel de fecundidad, si bien en este grupo de edad también presentó el descenso más significativo del indicador en la última década. Por otra parte, la fecundidad de las mujeres de más de 30 años es muy baja y la de las mujeres de 15 a 19 años disminuyó a lo largo de la década, de modo que la curva de la fecundidad no apunta a un mayor “rejuvenecimiento”, sino más bien a un proceso de envejecimiento si se mantienen las tendencias actuales.

Gráfico 2  
**BRASIL: TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD POR GRUPOS DE EDAD, 1980-2010**  
 (En años de edad)

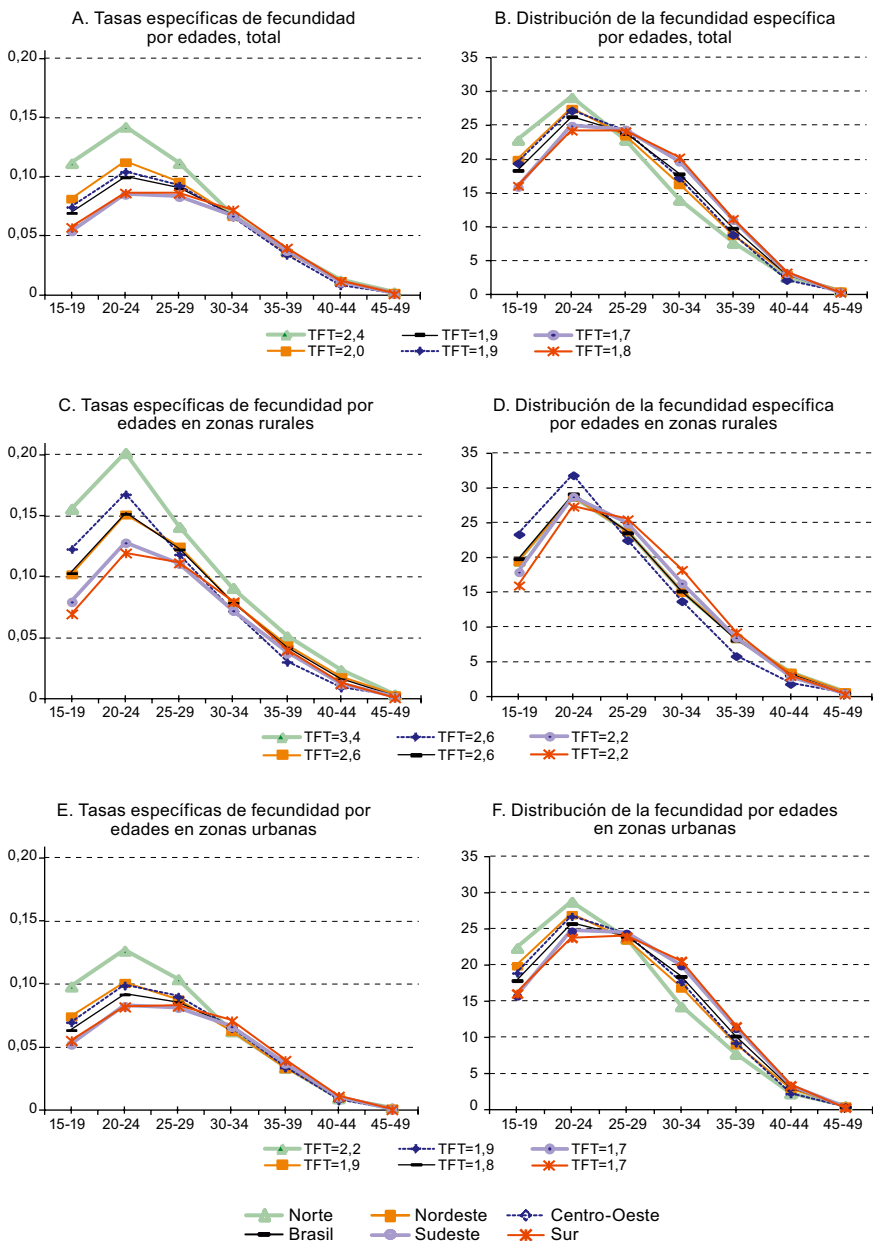


**Fuente:** Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), microdatos de los censos demográficos de 1980, 1991, 2000 y 2010.

Este patrón de fecundidad en que predominan las mujeres más jóvenes se observa en todas las regiones del país. En los gráficos 3.A, 3.C y 3.E se muestran las distribuciones de las tasas específicas de fecundidad por edades, mientras que en los gráficos 3.B, 3.D y 3.F se ilustra la distribución relativa de estas, en las cinco regiones y para las zonas urbanas y rurales en el año 2010. En los gráficos que aparecen a la izquierda hay que destacar algunas características. En primer lugar, la fecundidad de las mujeres de 30 años o más varía poco, independientemente de la región considerada y del grado de desarrollo de esta, pese a que aún se registran leves diferencias en el ámbito rural. Segundo, en los grupos de mujeres de entre 15 y 29 años, sobre todo en los dos primeros, aún existen diferencias significativas en cuanto a la tasa de fecundidad entre regiones y las mayores divergencias se observan en la zona rural. Tercero, incluso en las áreas urbanas de las regiones más desarrolladas la curva de fecundidad presenta todavía un patrón en que predomina la población joven, ya que en el grupo de 15 a 19 años la tasa es de 50 nacimientos por cada 1.000 mujeres. En cuarto lugar, en el otro extremo se encuentran las áreas urbanas de las regiones menos desarrolladas, en que la tasa de fecundidad del grupo de 15 a 19 años se sitúa en torno a 150 nacimientos por cada 1.000 mujeres, un nivel equiparable al de países con una TFT alta, como algunos de África.

En los gráficos 3.B, 3.D y 3.F se aprecia que, pese a las diferencias en la tasa global de fecundidad entre las regiones y entre los ámbitos urbano y rural, la estructura es muy parecida en todos los casos. La fecundidad se concentra, sin excepciones, en el grupo de 20 a 24 años de edad, mientras que el grupo de 25 a 29 años presenta el segundo valor más alto en la mayoría de las grandes regiones. Sin embargo, en otras, sobre todo en las menos desarrolladas, el segundo valor relativo más elevado se observa en el grupo más joven (de 15 a 19 años). Otro aspecto destacable es que la curva de fecundidad en las regiones con menos desarrollo se caracteriza por un mayor rejuvenecimiento que en las demás regiones. Esto es debido a que el nivel de fecundidad de las mujeres más jóvenes es superior en estas regiones y a que las mujeres dejan de tener hijos antes.

**Gráfico 3**  
**BRASIL:TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD DISTRIBUCIÓN RELATIVA**  
**SEGÚN GRUPOS ETARIOS Y LUGAR DE RESIDENCIA, POR REGIONES, 2010**  
*(En años de edad de la madre, número de hijos nacidos vivos por mujer y porcentajes)*



Fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), microdatos del censo demográfico de 2010.

#### **4. Tendencias y niveles diferenciales de la fecundidad de adolescentes y jóvenes**

En América Latina las tasas de fecundidad de jóvenes y adolescentes presentan grandes diferencias según la región y la situación socioeconómica. Además, han mostrado resistencia a disminuir, al contrario de lo que ocurre en los demás grupos de edad (Rodríguez-Vignoli, 2011). El Brasil no es una excepción. Sin embargo, la tendencia al aumento que se produjo en los años noventa se invirtió en la década de 2000, en que se observaron claros signos de una caída continua, si bien con límites altos claramente visibles. Este hecho es importante si se establecen comparaciones con otros países latinoamericanos, ya que el Brasil, aparte de no haber tenido nunca una política explícita para la disminución de la fecundidad total, tampoco ha emprendido acciones dirigidas expresamente a reducir la fecundidad de las adolescentes, ni siquiera después de que se hubiera constatado el aumento de esa tasa en la pasada década.

En el cuadro 1 se muestran las tasas de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años en las dos últimas décadas, así como su variación en las áreas rurales y en las grandes regiones. En la década de 1990 se registró un aumento generalizado de la tasa de fecundidad, más evidente en las zonas urbanas y en las regiones con un mayor grado de desarrollo. Este aumento fue corroborado por datos de varias fuentes, como las encuestas nacionales de demografía y salud de 1986 y 1996 y las encuestas nacionales de hogares de distintos años, pese a las variaciones atribuibles al tamaño de las muestras, como ya habían señalado Berquó y Cavenaghi (2005). Los motivos de este incremento se tratan en el estudio y apuntan principalmente a cambios de valores y actitudes de la sociedad brasileña que no se vieron acompañados por transformaciones en la esfera de la familia ni contaron con apoyo del Estado. Estos cambios consistieron en una mayor libertad sexual, la relativización de valores como la virginidad y el hecho de que las relaciones sexuales se iniciaran a edades más tempranas. Todo ello combinado con la ausencia de programas de planificación reproductiva adecuados para adolescentes y jóvenes, la omisión de la educación sexual en el plan de estudios escolar y la persistencia de asimetrías de género.



**Cuadro I**  
**BRASIL: TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD DE MUJERES**  
**DE 15 A 19 AÑOS, POR LUGAR DE RESIDENCIA Y**  
**GRANDES REGIONES, 1991, 2000 Y 2010**

*(En tasas por 1.000 y porcentajes de variación)*

Lugar de residencia y región	Tasas			Variación	
	1991	2000	2010	1991-2000	2000-2010
Brasil	74,8	93,8	69,9	25,4	-25,5
Urbana	67,7	87,2	64,2	28,8	-26,4
Rural	100,5	125,9	103,6	25,2	-17,7
Región					
Norte	124,8	145,0	111,8	16,1	-22,9
Nordeste	87,1	107,3	81,9	23,2	-23,7
Sudeste	60,0	76,2	54,5	26,9	-28,4
Sur	66,9	82,6	57,7	23,5	-30,2
Centro-Oeste	90,6	107,1	74,9	18,3	-30,1

**Fuente:** Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), microdatos de los censos demográficos de 1991, 2000 y 2010.

Analizando los datos de principios de la década, a partir del registro de nacimientos y de las encuestas nacionales de hogares, las autoras afirmaban que la fecundidad de las jóvenes no seguía aumentando y, de hecho, apuntaba a una disminución a pesar de que no fuera posible estimar la magnitud real de ese descenso (Berquó y Cavenaghi, 2005). Como no había ningún programa ni política pública dirigidos a moderar la fecundidad<sup>9</sup>, los motivos expuestos por las autoras para explicar esa disminución fueron, en primer lugar, que se debía a las extensas campañas realizadas a nivel nacional y dirigidas a los segmentos de la población joven para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA, que habían fomentado el uso del preservativo masculino. En segundo lugar, apuntaban a la divulgación masiva en los medios de comunicación de las repercusiones negativas del embarazo no planificado para los y las jóvenes.

De hecho, como puede observarse en el cuadro 1, según datos de 2010 en la década pasada se registró una disminución generalizada de la tasa específica de fecundidad del grupo de mujeres de 15 a 19 años, con reducciones de entre el 18% y el 30%. En general, el descenso fue más moderado en las regiones menos desarrolladas. Llama la atención el caso de la región Centro-Oeste, que experimentó una de las mayores caídas en

<sup>9</sup> A lo largo de la década hubo discusiones sobre la puesta en práctica de programas de educación sexual en la escuela, con algunas acciones muy puntuales. A principios de la década de 2000 también se promovió el uso de medidas anticonceptivas de emergencia, que se distribuyeron en algunos centros de salud.

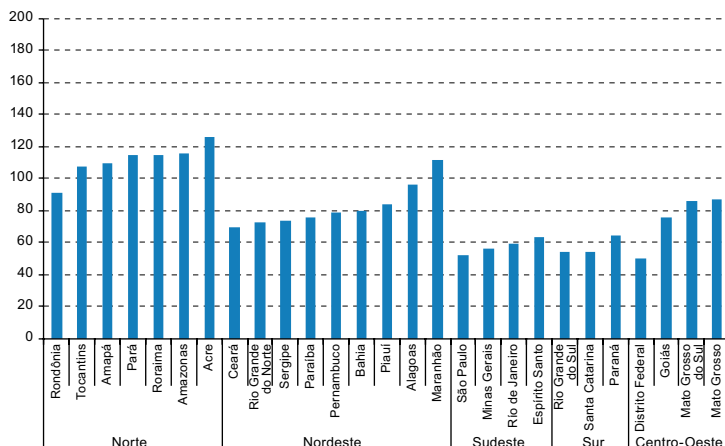
la década de 2000 después de haber tenido uno de los menores aumentos en el decenio anterior. Sin embargo, incluso con el descenso de la tasa, el nivel sigue siendo bastante alto y la diferencia entre las regiones aún es acusada. La tasa más baja se encuentra en la región Sudeste, con alrededor de 55 nacimientos por cada 1.000 mujeres. Por otro lado, la tasa más alta se registra en la región menos desarrollada, la región Norte, con casi 112 nacimientos por cada 1.000 mujeres.

Como se ha documentado, el desarrollo económico y social del Brasil se ha ido produciendo de un modo desigual y heterogéneo. Lo mismo ha ocurrido históricamente con la dinámica demográfica. Así, el proceso de transición de la fecundidad ha sido distinto para las diferentes unidades de la Federación y según los segmentos sociales. En general, la caída empezó antes y siguió un ritmo más rápido en los estados más desarrollados y en los segmentos con mayores ingresos y nivel de escolarización. Podemos observar que en 2010 el diferencial de fecundidad de las adolescentes y las jóvenes en las grandes regiones es considerable. En la región Norte, por ejemplo, las tasas van desde 90 por 1.000 hasta 120 por 1.000 (véase el gráfico 4.A). Las regiones en que las diferencias entre tasas de fecundidad de las jóvenes es menor de un estado a otro son las más desarrolladas, mientras que la región más desigual en ese aspecto es la Centro-Oeste, en que la tasa de Brasilia, de 49 por 1.000 (una de las más bajas del país) queda muy lejos de las de los demás estados de la región, que se acercan a 90 por 1.000.

Como siempre, las tasas de fecundidad en las zonas rurales son superiores a las de las urbanas en todos los estados, sin excepciones. Sin embargo, en los gráficos 4.B y 4.C se comprueba que lo que podría denominarse comportamiento urbano y rural depende mucho de la región. El nivel de fecundidad de las mujeres jóvenes y adolescentes en las zonas rurales de la región Sudeste es bastante homogéneo, con tasas en torno a 80 por 1.000, por encima de la media nacional, mientras que en las zonas urbanas se aprecia una menor homogeneidad, si bien el nivel de fecundidad se sitúa por debajo de la media nacional. Esto se debe a la enorme diversidad económica existente en las regiones urbanas brasileñas, en que conviven personas con ingresos muy elevados con otras que se encuentran por debajo del umbral de la pobreza. Lo contrario se da en la región Sur, donde las áreas urbanas presentan una mayor homogeneidad con relación a las tasas de fecundidad de adolescentes y jóvenes. Por ejemplo, Santa Catarina y Rio Grande do Sul se caracterizan por situaciones similares; en cambio, en el ámbito rural existen importantes diferencias entre los tres estados.

Gráfico 4  
**BRASIL:TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD DE MUJERES DE 15 A 19 AÑOS EN GRANDES REGIONES, SEGÚN EL TIPO DE RESIDENCIA, POR UNIDADES DE LA FEDERACIÓN, 2010**  
 (En número de nacimientos por 1.000 mujeres)

A. Tasa específica de fecundidad de mujeres de 15 a 19 años, total



B. Tasa específica de fecundidad de mujeres de 15 a 19 años en zonas rurales

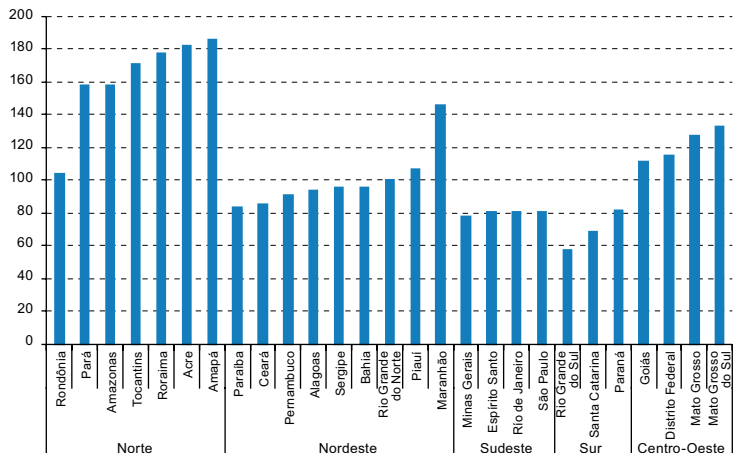
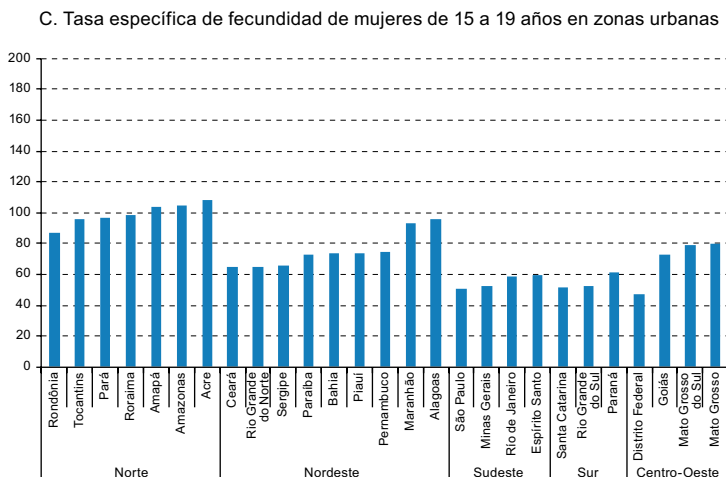


Gráfico 4 (conclusión)



Fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), microdatos del censo demográfico de 2010.

Las variaciones internas de la tasa de fecundidad de las jóvenes en las zonas rurales de las regiones Norte y Nordeste también muestran características peculiares. Pese a que en ambas existe una gran diferencia entre la tasa más baja y las más alta, en la región Norte se observan tasas muy elevadas en la mayoría de los estados, salvo en Rondônia, que presenta índices muy inferiores, quizá por su tradición migratoria. En la región Nordeste ocurre lo contrario: si bien hay una considerable homogeneidad entre la mayoría de los estados, las tasas, aunque superiores al promedio nacional, son relativamente bajas, excepto en el estado de Maranhão, donde es muy elevada (de alrededor de 150 por 1.000).

También hay que mencionar los casos de las zonas rurales de los estados de Acre, Roraima y Amapá, en que la fecundidad de adolescentes y jóvenes es de más de 180 nacidos vivos por 1.000 mujeres. Cabe recordar que esos estados se caracterizan por un alto índice de emigración y se encuentran entre los más pobres del país.

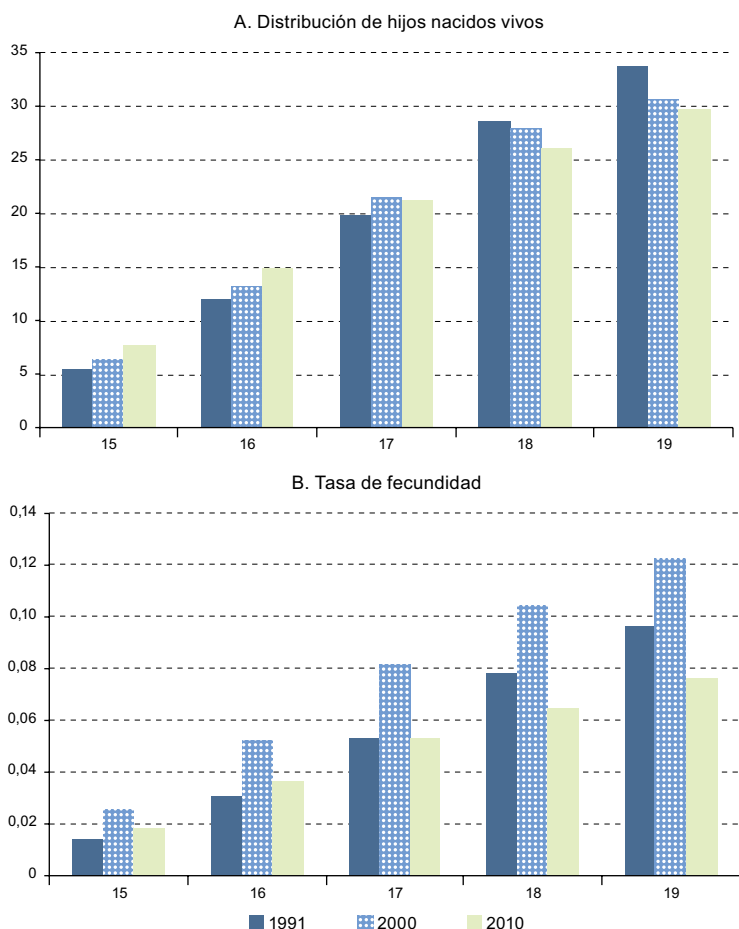
### a) Diferencias de fecundidad por edades simples

Un aspecto que es importante evaluar y que se citaba al inicio del texto es que dentro del grupo etario de las mujeres jóvenes el comportamiento en cuanto a la fecundidad es heterogéneo. Considerando únicamente las mujeres de 15 a 19 años se puede observar en el gráfico 5 que la distribución de los hijos por edades simples de las madres está cambiando en las últimas décadas, de modo que cada vez hay una proporción mayor de mujeres muy jóvenes (de 15 a 17 años) y se registra una disminución del peso relativo

de las mujeres de 18 y 19 años, es decir, se reduce en promedio la edad de las madres. En más del 55% de los nacimientos registrados en 2010 las madres eran mujeres de 18 o 19 años, mientras que en 1991 la proporción era del 63%. Este descenso puede deberse a un aumento relativo mayor del número de mujeres más jóvenes (y, por consiguiente, a una mayor natalidad) o a una variación relativa más amplia de la fecundidad de las mujeres más jóvenes en comparación con las que tienen 18 y 19 años.

Gráfico 5  
**BRASIL: DISTRIBUCIÓN DE LOS HIJOS NACIDOS VIVOS EN EL ÚLTIMO AÑO, POR EDADES SIMPLES DE LAS MADRES Y TASAS DE FECUNDIDAD, 1991, 2000 Y 2010**

(En porcentajes y nacimientos sobre el número de mujeres)



Fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), microdatos del censo demográfico de 2010.

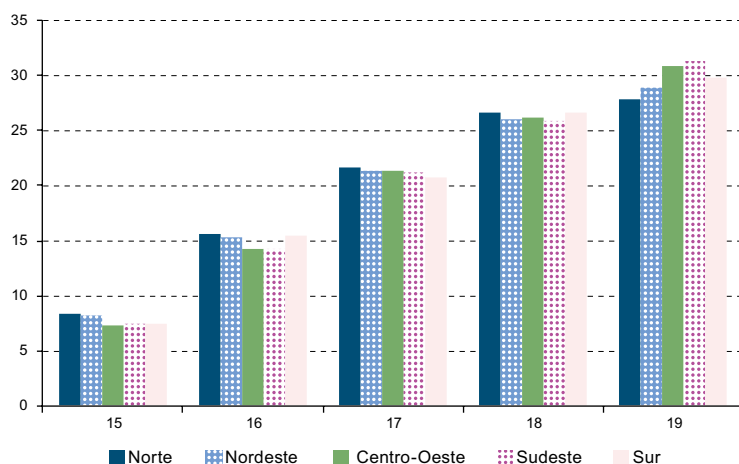
Aunque plantee problemas de subestimación, la tasa de fecundidad por edades simples calculada a partir de los datos censales puede dar una idea más aproximada de lo que ha ocurrido con la fecundidad en el grupo de 15 a 19 años. En el gráfico 5.B se presenta el número de hijos nacidos en el último año, dividido por el número de mujeres de cada edad. Se observa claramente que en 2000 la fecundidad aumentó en general entre las jóvenes, si bien en términos relativos el crecimiento fue más significativo entre las mujeres de edades situadas en el límite inferior del grupo etario, en que el nivel de fecundidad era más bajo. En la siguiente década la fecundidad de las mujeres jóvenes disminuyó en general, aunque solo moderadamente entre las de menor edad, sobre todo las de 15 y 16 años. Así, aunque todavía existe heterogeneidad en el grupo, esta se ha reducido en los últimos años.

Es interesante observar que la distribución del número de hijos nacidos vivos por edades simples de las madres no presentó grandes divergencias a nivel regional en el año 2010 (véase el gráfico 6). Poco más del 55% de la fecundidad de las jóvenes corresponde a mujeres de 18 o 19 años y el resto, a mujeres de 15 a 17 años. Cabe destacar también que en todas las regiones aproximadamente en un quinto de los nacimientos la madre tenía 17 años y que el porcentaje de nacimientos prácticamente se duplicaba cada año entre las mujeres de los grupos de edad desde los 15 hasta los 17 años.

Gráfico 6

**BRASIL: DISTRIBUCIÓN POR GRANDES REGIONES DE LOS HIJOS NACIDOS VIVOS EN EL ÚLTIMO AÑO, POR EDADES SIMPLES DE LAS MADRES, 2010**

(En porcentajes y años de edad)



Fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), microdatos del censo demográfico de 2010.

**b) Disparidades en la fecundidad por diferencias socioeconómicas en el grupo de mujeres de 15 a 19 años**

El comportamiento de las jóvenes con respecto a la fecundidad refleja las desigualdades económicas existentes entre las regiones, aunque habrá quien alegue que las disparidades son fruto de diferencias culturales y no propiamente de factores económicos. Algunos autores afirman que si las mujeres o las parejas tuviesen recursos financieros suficientes podrían desear más hijos y la fecundidad del país no sería tan baja. Sin embargo, sucede lo contrario con el grupo de las adolescentes. Las tasas observadas hasta el momento apuntan a una fecundidad muy superior en las regiones menos desarrolladas. Es decir, que las mujeres con más recursos financieros optan por no tener más hijos porque, aparte de las circunstancias económicas, existen otros muchos condicionantes para el ejercicio de la maternidad. A fin de reflejar el comportamiento económico en relación con el ejercicio de la maternidad entre mujeres adolescentes y jóvenes en el Brasil, en el cuadro 2 se presentan las tasas de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años teniendo en cuenta su nivel de educación<sup>10</sup> y socioeconómico por tramos de promedio de ingresos familiares en zonas urbanas y rurales.

Los datos del cuadro 2 revelan que en la categoría con menor nivel de renta e instrucción la tasa de fecundidad es más elevada, como era de esperar, siendo hasta diez veces mayor que entre las mujeres con renta e instrucción más altas. El grupo de jóvenes sin instrucción o que solo han cursado la enseñanza básica y residen en un domicilio con ingresos iguales o inferiores al 25% del salario mínimo per cápita presentan una tasa de fecundidad de más de 182 nacidos vivos por 1.000 mujeres. Al contrario de lo que cabría esperar, en las áreas urbanas la tasa es aún mayor, de casi 185 por 1.000.

Es importante destacar que haber completado la enseñanza media o iniciado la superior no está necesariamente asociado a una baja fecundidad en el caso de las jóvenes, si se compara con los países desarrollados. En las zonas urbanas la tasa de este grupo se sitúa en torno a 35 por 1.000, mientras que en las rurales alcanza 44 por 1.000. Sin embargo, la diferencia por tramos de ingresos es significativa. De las mujeres con este nivel de instrucción solo se registra una fecundidad muy baja entre las que tienen un ingreso familiar per cápita igual o superior a cinco veces el salario mínimo.

<sup>10</sup> Los grupos educacionales que se presentan no son los más adecuados para reflejar las diferencias en las tasas de fecundidad, pero en el censo de 2010 aún no fue posible realizar una estimación de los años de estudio ni de otros aspectos relacionados con la educación, dado que no se incluían entre los datos censales la última serie ni el grado terminados de quienes no asistían a ningún centro educativo en el período de referencia del censo. Sin embargo, los agrupamientos disponibles revelan diferencias importantes.

**Cuadro 2**  
**BRASIL: TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD DE MUJERES DE**  
**15 A 19 AÑOS SEGÚN LA SITUACIÓN ECONÓMICA Y EL NIVEL**  
**EDUCATIVO, POR PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES**  
**FAMILIARES PER CÁPITA, 2010**  
*(En nacimientos por 1.000 mujeres)*

Situación económica del hogar y nivel educativo	Promedio de ingresos del hogar per cápita con respecto al salario mínimo							Total
	Hasta 1/4	> 0,25-1/2	> 1/2-1	> 1-2	> 2-3	> 3-5	> 5	
Total	126,6	108,8	65,5	30,6	16,4	10,5	7,6	69,9
Sin educación básica completa	182,6	162,7	115,7	71,4	53,4	33,5	29,5	145,9
Educación básica completa y media incompleta	100,3	100,5	70,9	38,8	22,4	16,0	13,9	72,4
Educación media completa y superior incompleta	54,8	65,3	45,1	23,8	13,8	9,6	8,0	35,8
Zonas rurales	134,8	107,3	68,2	37,1	32,4	24,7	25,8	103,6
Sin educación básica completa	180,5	156,5	110,6	80,9	106,3	44,7	90,1	160,3
Educación básica completa y media incompleta	95,1	89,9	67,1	44,1	32,8	33,9	46,5	82,3
Educación media completa y superior incompleta	55,4	54,3	39,9	23,3	17,2	15,4	11,4	43,9
Zonas urbanas	122,0	109,3	65,2	30,3	15,8	10,2	7,2	64,2
Sin educación básica completa	183,9	164,8	116,6	70,5	49,2	32,8	26,7	140,7
Educación básica completa y media incompleta	103,0	103,1	71,3	38,5	21,9	15,3	12,9	70,6
Educación media completa y superior incompleta	54,4	67,5	45,6	23,8	13,7	9,5	7,9	34,9

**Fuente:** Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), microdatos del censo demográfico de 2010.

Un resultado no esperado que se observa en el cuadro 2 es que en todos los niveles de educación las jóvenes con bajos ingresos (iguales o inferiores al salario mínimo per cápita) de las zonas urbanas muestran tasas de fecundidad mayores que las jóvenes de las mismas características residentes en zonas rurales. Esto se debería en parte a que en las áreas urbanas puede haber mayor libertad sexual y a que las mujeres de bajos ingresos recurren en menor medida a métodos anticonceptivos. En la década de 1990 el aumento de la tasa de fecundidad de las jóvenes fue mayor en las zonas urbanas que en las rurales, lo que aún podría estar reflejándose en la tasa observada en 2010.

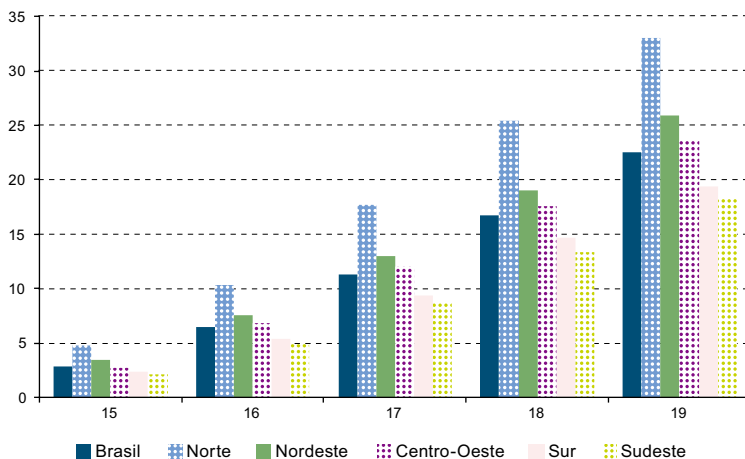


## 5. Ejercicio de la maternidad: datos recientes

Los estudios sobre la transición a la vida adulta sitúan la maternidad como un evento importante, en que la mujer pasa de la adolescencia a la etapa adulta. Los indicadores sobre el ejercicio de la maternidad apuntan a cuestiones de gran relevancia para las políticas públicas, más allá del análisis de las tendencias y de las disparidades sobre las tasas de fecundidad. Según los datos de 2010, en el Brasil hay alrededor de un 12% de mujeres de 15 a 19 años que ya han sido madres, han tenido al menos un hijo nacido vivo y, por lo tanto, han pasado a la etapa adulta por el hecho de ejercer la maternidad. En general, la mayoría de las madres de estas edades ya no estudian, según Cavenaghi y Berquó (2005). Así, es 60 veces menos probable que una madre de este grupo etario asista a un centro académico que una mujer que aún no lo es.

El porcentaje de madres de 15 a 19 años no está distribuido uniformemente (véase el gráfico 7). A nivel nacional, alrededor del 3% de las jóvenes de 15 años eran madres. En la región Norte la relación llegaba al 5%. En el siguiente tramo de edad se duplicaban los valores, de modo que en la región Norte el 10,4% de las jóvenes de 16 años eran ya madres. Con 17 años de edad este valor volvía a duplicarse y, al llegar a los 19 años, más de una quinta parte se habían convertido ya en madres. En la región más pobre representaban el 33% del total de las mujeres de esa edad.

Gráfico 7  
**BRASIL: MUJERES QUE SON MADRES, POR EDADES SIMPLES, 2010**  
(En porcentajes y años de edad)



Fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), microdatos del censo demográfico de 2010.

De las madres que en 2010 tenían entre 15 y 19 años, que eran el 12% del total, más del 80% solo habían tenido un hijo. En general, este es concebido antes de que se utilice por primera vez algún método anticonceptivo. En cambio, tras el primer nacimiento, en general no planeado, la mujer empieza a recurrir a algún método de anticoncepción moderno (Cavenaghi y Alves, 2011). Por lo tanto, el uso adecuado de métodos anticonceptivos modernos en un contexto de mayor igualdad de género es esencial para el éxito de una política que aspire a reducir el número de embarazos no deseados.

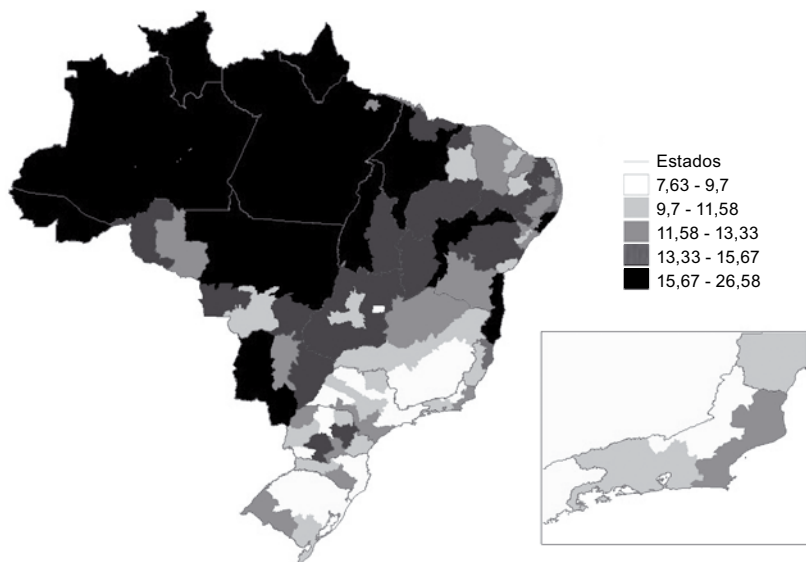
### **a) El ejercicio de la maternidad a distintas escalas regionales**

A pesar de las diferencias observadas entre regiones, se sabe que los promedios pueden ocultar características importantes, sobre todo en un país con un territorio de grandes dimensiones, como el Brasil. Por eso se presentan datos georreferenciados sobre el ejercicio de la maternidad, lo que ilustra la relevancia que puede tener un análisis desagregado en niveles geográficos menores como referencia para las políticas públicas y las iniciativas orientadas a un mejor acceso a la salud reproductiva y al cumplimiento de los derechos reproductivos establecidos en el programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994.

Aunque la aplicación de programas y medidas a nivel nacional es importante para brindar un acceso adecuado a los derechos reproductivos, las acciones localizadas son esenciales para alcanzar los objetivos establecidos, principalmente cuando para un mismo evento existen diferencias regionales tan manifiestas como las que se observan en el caso de la fecundidad de adolescentes y jóvenes. Identificar la localización geográfica del público objetivo de estas acciones pasa a ser un elemento crucial, tanto en las etapas de diagnóstico y diseño como en la de implementación de la política pública o la acción programática específica. En este subapartado se incluye un breve estudio de caso acerca de la importancia de contar con información detallada de la región para caracterizar o hacer el mapeo de la situación deseada. El porcentaje de mujeres jóvenes que tuvieron al menos un hijo fue del 12% del total en el país, aunque se registraron variaciones entre el 7,6% y el 26,6% al considerar la mesorregión como área geográfica de referencia (véase el mapa 1). La región Norte, una zona septentrional de la región Centro-Oeste y algunas áreas de la región Nordeste (casi la totalidad del estado de Maranhão y el oeste del estado de Bahia) son las zonas

en que el porcentaje de madres adolescentes resultó más alto que el promedio nacional. Los estados de las regiones Nordeste, Sudeste y Sur presentan importantes variaciones en este indicador. Examinando con más detenimiento lo que ocurre con esas tendencias de evolución según el territorio, puede observarse que el estado de Río de Janeiro muestra tres patrones distintos por lo que se refiere al ejercicio de la maternidad si se tienen en cuenta las mesorregiones. En cualquier caso, cuanto mayor es la desagregación geográfica, más fácilmente se pueden localizar las áreas en que las tasas de fecundidad de adolescentes y jóvenes son más elevadas (véanse los mapas 2 y 3).

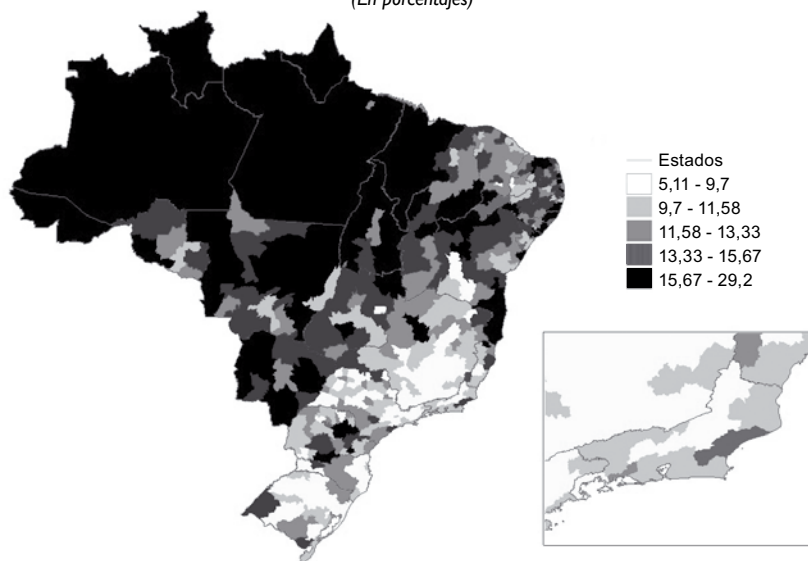
Mapa I  
**BRASIL: MUJERES DE 15 A 19 AÑOS QUE SON MADRES,**  
**POR MESORREGIONES, 2010**  
*(En porcentajes)*



**Fuente:** Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), microdatos del censo demográfico de 2010.

Mapa 2  
**BRASIL: MUJERES DE 15 A 19 AÑOS QUE SON  
MADRES, POR MICRORREGIONES, 2010**

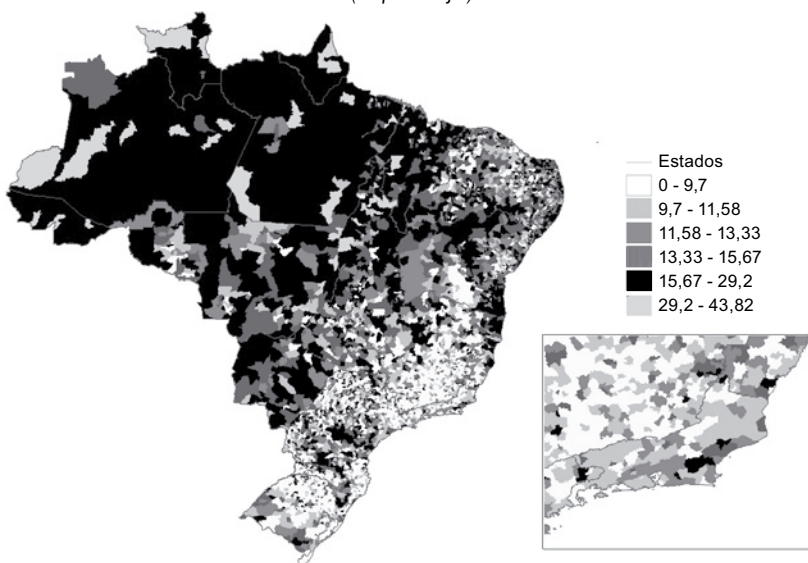
(En porcentajes)



Fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), microdatos del censo demográfico de 2010.

Mapa 3  
**BRASIL: MUJERES DE 15 A 19 AÑOS QUE SON  
MADRES, POR MUNICIPIOS, 2010**

(En porcentajes)



Fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), microdatos del censo demográfico de 2010.

Los patrones que se aprecian en el mapa 2, en que el país aparece dividido en 537 áreas (microrregiones) confirman el argumento de que los detalles sobre la distribución geográfica permiten describir mejor la situación objeto de estudio, pues se muestra que en las regiones más desarrolladas también hay altos porcentajes de madres jóvenes y, al mismo tiempo, que en las regiones menos desarrolladas existen algunas zonas en que la proporción es inferior. Conocer más datos sobre la zona o reducir la escala geográfica ayuda a diseñar políticas públicas mejor orientadas a facilitar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. En el mapa 2 se observa que al presentarse la información al nivel de las microrregiones se alteran significativamente los porcentajes mínimo y máximo, que varían de un 5% hasta casi el 30%, aproximadamente. Este máximo es el valor más alto registrado para las mujeres de 19 años residentes en la región Norte, como se observó anteriormente (véase el gráfico 7).

El detalle ampliado de Río de Janeiro en el mapa 2 revela el nivel de las microrregiones, lo que permite apreciar que en este estado se registran cuatro de los cinco intervalos de porcentajes de madres y distinguir más claramente las zonas con proporciones bajas y altas de mujeres jóvenes que son madres. Asimismo, se confirma que en la mayoría de los estados de la región Centro-Oeste y en el estado de Paraná hay zonas con un altísimo porcentaje de madres jóvenes. Un conocimiento más pormenorizado de los datos socioeconómicos de estas áreas podría resultar de ayuda para el diseño de una política orientada a reducir el número de embarazos no deseados.

Las dos unidades anteriores, las meso- y las microrregiones, son agregados de municipios pero no cuentan con una organización administrativa. Por su parte, los municipios son unidades geográficas importantes para la toma de decisiones y la aplicación de políticas locales. En el mapa 3 se presenta la distribución espacial del porcentaje de madres de 15 a 19 años en el nivel municipal. A esa escala geográfica coexisten unidades en que no se registró ningún nacimiento de hijos de mujeres jóvenes con otras en que casi el 40% de las mujeres de la misma franja etaria ya son madres. Para identificar mejor la distribución fue preciso agregar un intervalo que incluía proporciones a partir del 30%. Las unidades de esta categoría se encuentran principalmente en la región Norte del país, aunque también en algunos municipios situados en distintos estados de la región Nordeste y en el Sudeste, en el estado de Minas Gerais y en São Paulo. En cambio, en el estado de Río de Janeiro, que se muestra en una ampliación del mapa, no hay ningún municipio en la categoría de porcentajes más altos de madres, aunque sí algunos en el intervalo del 15,67% al 29,2%, lo que contrasta con lo observado en las escalas anteriores.

## **B. Panorama reciente de la salud reproductiva de las adolescentes y las jóvenes según las diferencias regionales**

El panorama diverso de la fecundidad obedece a las diferencias regionales en el acceso a la salud reproductiva, todavía considerables y que es preciso identificar para que las acciones en este terreno sean más eficaces. Se intenta aquí mostrar cuáles son las diferencias regionales a partir de algunos aspectos específicos, como la actividad sexual, la anticoncepción y el acceso a la atención prenatal, para cuya determinación se utilizan algunos indicadores de calidad del servicio obtenidos a partir de marcadores como la realización de exámenes de sangre y la vacunación antitetánica.

### **I. Datos y métodos**

Para este análisis se precisarían datos más recientes, pero los últimos disponibles en el caso del Brasil corresponden a la encuesta nacional de demografía y salud de 2006. Esta se realizó sobre el modelo de otras encuestas de demografía y salud, al que se incorporaron algunas secciones específicas para el caso brasileño, como entrevistas a mujeres de 15 a 49 años residentes en los domicilios seleccionados. La muestra se obtuvo, con arreglo a criterios de representatividad de las regiones y de las zonas urbanas y rurales, a partir de una elección de sectores censales del año 2000 actualizados en 2006. Véase Cavenaghi (2009a) para conocer los detalles metodológicos de la encuesta nacional de demografía y salud.

Con respecto a las variables hay que mencionar algunas de las selecciones realizadas y que proceden de distintos apartados de la encuesta. Para el indicador sobre el ejercicio de la maternidad se utilizó la variable relativa al número de hijos nacidos vivos, considerándose madres a las mujeres que tuvieron al menos uno. Para el análisis de la actividad sexual se seleccionó como indicador las mujeres que declararon haber tenido alguna actividad sexual en su vida, aunque no fueran sexualmente activas en la época en que se realizó la entrevista, a partir de la pregunta sobre la edad de la primera relación sexual. La pregunta acerca de la existencia de un embarazo en curso se formulaba al principio de la entrevista, en el apartado referente a la reproducción. En caso de que la respuesta fuera afirmativa, se preguntaba si era un embarazo planificado o no<sup>11</sup>. Con respecto a la información sobre los primeros eventos, se intentó relacionar los que pudiesen dar una idea

<sup>11</sup> La pregunta sobre la planificación del embarazo se planteó en referencia a todos los hijos nacidos en los cinco años anteriores a la fecha de la encuesta, pero se seleccionó el embarazo en curso porque proporciona una mejor indicación de la situación más reciente. Se preguntó a la madre si cuando se quedó embarazada intentaba tener un hijo, si habría preferido esperar más tiempo o si en realidad no deseaba tener (más) hijos.

del orden en que normalmente se producían los hechos en la vida de las jóvenes tras la primera relación sexual. Los indicadores empleados fueron los promedios de edad de la primera relación sexual, del uso del primer método anticonceptivo, del primer embarazo y de la primera unión.

Para el análisis de la salud reproductiva se eligieron indicadores que pudieran ofrecer un panorama de la situación de las jóvenes con respecto a la prevención del embarazo y acerca del acceso a algunos servicios esenciales durante la gestación. Los indicadores seleccionados fueron el uso de métodos anticonceptivos en el período de referencia de la encuesta y la aplicación de ciertos procedimientos durante el embarazo en curso, como examen prenatal, análisis de sangre y vacunación antitetánica.

## 2. Actividad sexual, embarazo y maternidad

Debido a las elevadas tasas de fecundidad del pasado, en el Brasil el grupo de población de 15 a 19 años es uno de los más numerosos. Según las estimaciones, en 2006 había más de 8,5 millones de mujeres en ese grupo etario. Por ello, pese al alto nivel de fecundidad de las mujeres de esas edades, la proporción de las que son madres a veces no se considera tan elevada. No obstante, se trata de 1,3 millones como mínimo, ya que en 2006 más del 16% de las mujeres declararon tener al menos un hijo (véase el cuadro 3). Sin embargo, este indicador se puede apreciar mejor si se realiza el cálculo con las mujeres que declararon haber tenido relaciones sexuales, que representaban el 55,1% de las del grupo de 15 a 19 años. Entre las que ya mantuvieron relaciones sexuales, un 29,3% habían tenido al menos un hijo nacido vivo y un 12,5% estaban embarazadas en el momento de la encuesta. En cuanto al número de hijos, la gran mayoría solo tenía uno.

Cuadro 3  
**BRASIL: INDICADORES SOBRE MATERNIDAD Y ACTIVIDAD SEXUAL  
DE LAS MUJERES DE 15 A 19 AÑOS, POR REGIONES Y  
TIPO DE RESIDENCIA, 2006**

(En porcentajes)

Indicadores seleccionados	Grandes regiones					Tipo de residencia		Total
	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sur	Urbana	Rural	
Madres en total	23,9	16,9	13,7	14,4	20,5	15,0	21,4	16,1
Mujeres sexualmente activas	67,2	49,5	55,1	59,6	55,9	55,0	55,9	55,1
Madres entre las mujeres sexualmente activas	35,6	34,2	24,9	24,1	36,7	27,2	38,3	29,3
Con 1 hijo	27,0	27,2	23,9	20,3	34,3	23,9	31,7	25,3
Con 2 hijos o más	8,6	7,0	0,9	3,9	2,4	3,4	6,5	4,0
Embarazadas (del total de mujeres sexualmente activas)	16,8	8,9	14,7	10,3	12,0	12,9	10,6	12,5

**Fuente:** Encuesta nacional de demografía y salud, 2006.

Es importante señalar que, aunque el porcentaje de mujeres con actividad sexual es similar en las zonas urbanas y rurales, en estas últimas el índice de maternidad es mayor, ya que el 38,3% de las mujeres sexualmente activas que vivían en zonas rurales eran madres y el 10,6% estaban embarazadas en el momento de la encuesta. Esto se explica en parte por el hecho de que en el entorno rural es más habitual formar una familia a edad temprana y existen pocas alternativas para las mujeres. También es interesante observar que en 2006, pese a que la proporción de madres en las zonas urbanas era menor que en las rurales, el porcentaje de embarazadas era superior, probablemente debido aún a los efectos de un mayor aumento de la fecundidad entre las jóvenes en las zonas urbanas durante la década anterior.

Con el análisis por grandes regiones (véase el cuadro 3) se identifican las mismas características que las obtenidas por tipo de residencia. Aún existen grandes disparidades regionales en cuanto al ejercicio de la maternidad, en que las regiones más desarrolladas presentan porcentajes más bajos. Por lo que se refiere a la actividad sexual, la menor diferencia se da en la región Norte, donde todavía hay poblaciones con tradiciones indígenas y poblaciones rurales y urbanas muy pobres, y en que más del 67% de las jóvenes mantiene alguna actividad sexual. Llama la atención la región Centro-Oeste, que presenta tasas de maternidad más elevadas que la región Nordeste, tanto en el total de mujeres como entre las sexualmente activas. Sin embargo, el nivel de actividad sexual es el mismo que en las regiones más desarrolladas. Por otra parte, en el Nordeste, si bien hay un porcentaje de mujeres con actividad sexual por debajo del promedio, se registra una elevada proporción de madres entre las mujeres sexualmente activas. Este resultado es llamativo porque la maternidad entre las mujeres de 15 a 19 años obedece a dos causas, mencionadas al principio: a comportamientos tradicionales que implican la formación precoz de una familia y a una mayor actividad sexual, atribuible a su vez a una mayor libertad en ese sentido.

Con respecto al número de hijos, en la región Norte sobre todo, seguida de la Nordeste, es mucho más frecuente que las mujeres tengan un segundo hijo, ya que ocurre en más de un tercio de los casos. Lo contrario sucede en las regiones Sudeste y Centro-Oeste, donde casi la totalidad de los casos corresponden a hijos únicos. La identificación de estos distintos comportamientos de las mujeres es importante, ya que cualquier acción orientada a asegurar su acceso a los derechos reproductivos pasa necesariamente por programas y actuaciones diferentes.



### a) **Edad de iniciación en eventos seleccionados que guardan relación con la maternidad**

La secuencia de eventos desde la primera relación sexual hasta el primer embarazo puede incluir acontecimientos muy señalados que las mujeres experimentan a distintas edades. El matrimonio o la unión es un evento frecuente en nuestra sociedad, sobre todo ante una situación de embarazo o un nacimiento. En el cuadro 4 se pueden observar los promedios de edad en que tiene lugar una serie de eventos seleccionados entre las mujeres de 19 años: primera relación sexual, uso del primer método anticonceptivo, primer embarazo, primera unión (legal o consensuada) y nacimiento del primer hijo. Dado que las mujeres del grupo de estudio son jóvenes y muchas no han experimentado todos los eventos analizados, de modo que no contribuyen al promedio de edad en que se produjeron algunos de estos, en la parte inferior del cuadro 4 se presenta el porcentaje de mujeres de 19 años que sí los experimentaron.

Cuadro 4  
**BRASIL: INDICADORES DE INICIACIÓN DE MUJERES DE 19 AÑOS EN EVENTOS SELECCIONADOS, POR REGIONES Y TIPO DE RESIDENCIA, 2006**  
(En promedios de edad)

Promedio de edad	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sur	Zonas urbanas	Zonas rurales	Total
Primera relación sexual	15,6	15,3	16,1	15,7	15,9	15,8	15,2	15,7
Primer método anticonceptivo	16,0	15,8	16,2	15,8	16,2	16,1	15,7	16,0
Primer embarazo	16,3	16,2	16,5	15,9	17,0	16,5	15,8	16,3
Primera unión	16,6	16,6	16,6	16,3	16,9	16,9	16,0	16,6
Primer hijo	16,8	16,9	17,2	16,8	17,9	17,3	16,5	17,0
Porcentaje de mujeres de 19 años que experimentaron eventos								
Tuvieron relación sexual	86,4	74,9	78,3	84,2	74,6	78,2	79,4	78,5
Usaron algún método (del total de mujeres sexualmente activas)	97,2	95,3	91,2	100,0	97,0	96,2	92,5	95,3
Quedaron embarazadas (del total de mujeres sexualmente activas)	68,3	60,9	42,7	64,1	67,4	52,2	73,1	57,4
Estuvieron en pareja (del total de mujeres sexualmente activas)	53,1	59,3	29,2	41,9	50,3	42,4	56,9	46,0
Tuvieron un hijo nacido vivo (del total de mujeres sexualmente activas)	47,1	50,1	29,0	41,8	46,3	38,7	51,1	41,7

**Fuente:** Encuesta nacional de demografía y salud, 2006.

Se observa que en el Brasil la proporción de mujeres de 19 años en 2006 (es decir, las nacidas en 1987) que ya se habían iniciado sexualmente era elevada, casi un 80%, de las cuales el 57,4% habían quedado

embarzadas y un 41,7% habían tenido al menos un hijo nacido vivo. Se constata que, pese a la dificultad de obtener información sobre los casos de interrupción del embarazo, voluntaria o no, no todos los embarazos terminaron en el nacimiento de un hijo vivo. Asimismo, llama la atención que más del 95% de las mujeres sexualmente activas declararan haber utilizado métodos anticonceptivos. Sin embargo, por los promedios de edad de iniciación sexual y del primer uso de un método de anticoncepción puede inferirse que en el caso de la mayoría de esas mujeres el primer uso había sido posterior a la iniciación sexual<sup>12</sup>. El análisis de los datos regionales apunta en la misma dirección. En algunas regiones y en las zonas rurales se registra una mayor incidencia de los eventos de iniciación sexual y embarazo a edad temprana, aunque no hay una relación clara entre este fenómeno y el nivel de desarrollo de la región.

Con respecto al promedio de edad en que se producen esos eventos, en primer lugar es interesante observar que las diferencias son mínimas, tanto por lo que respecta a la experimentación de los distintos eventos como al comportamiento por regiones y tipos de residencia (rural o urbana). En todos los casos el promedio de edad es muy bajo, en torno a los 15 o 16 años. En segundo lugar, hay que destacar que la secuencia temporal de unión antes que embarazo, que podría ser la esperada, no es la que se produce en la mayoría de los lugares analizados. Por otra parte, los promedios de edad de estos eventos son muy cercanos. En tercer lugar, se confirma algo expuesto anteriormente, con relación a otra secuencia que debería subrayarse, y que corresponde al uso del primer método anticonceptivo y a la primera relación sexual. Aquí se puede observar que el promedio de edad en que se recurre por primera vez a un método anticonceptivo es tan próximo al primer embarazo como el de la primera relación sexual y, a veces, más próximo que el embarazo. Esta información es importante, ya que se hace imprescindible que el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficientes para el libre ejercicio de la sexualidad se produzca conjuntamente con la iniciación de la actividad sexual, no solo para la prevención del embarazo no planificado, sino también para evitar enfermedades de transmisión sexual. Estos hechos apuntan a la necesidad de mejorar la educación sexual, dado que la proporción de mujeres que declaran conocer métodos anticonceptivos es bastante elevada (se acerca al 100%).

---

<sup>12</sup> La información ideal para ese tipo de análisis se podría obtener a partir del calendario anticonceptivo y, en general, se recoge en las encuestas de demografía y salud. Sin embargo, en la de 2006 no se recopiló debido a la gran complejidad del cuestionario y a la dificultad que tienen los encuestados de recordar los datos con precisión. No obstante, para conocer realmente las prácticas de las mujeres más jóvenes en los distintos segmentos de población sería importante captar esa información en futuras encuestas.

### 3. Diferencias regionales en el uso de métodos anticonceptivos

La información sobre métodos anticonceptivos es esencial en ese escenario de iniciación sexual entre las jóvenes. En el cuadro 5 se muestra el porcentaje de mujeres sexualmente activas que utilizan anticonceptivos, así como el tipo utilizado. Se constata que el uso en el Brasil entre mujeres de 15 a 19 años está bastante extendido, pues alcanza un 75,9% de promedio a nivel nacional y llega al 81,80% de las mujeres sexualmente activas en la región Sur. Nuevamente, la disparidad entre regiones es significativa, ya que en la región Norte el uso es inferior al 65%. Se registran también diferencias entre las zonas urbanas y rurales y, como cabría esperar, en estas últimas el grado de utilización es menor. Aun así, se observa que casi un 72% de las jóvenes que viven en estas zonas declaran recurrir a algún método anticonceptivo. Pese a que aún existe un alto porcentaje de mujeres jóvenes que no los utilizan, el nivel es muy superior al de otros países de América Latina (Cavenaghi, 2009b).

Cuadro 5  
**BRASIL: DISTRIBUCIÓN DEL USO DE SISTEMAS ANTICONCEPTIVOS ENTRE MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS DE 15 A 19 AÑOS, POR REGIONES Y TIPO DE RESIDENCIA, 2006**  
*(En porcentajes)*

	Regiones					Tipo de residencia		Total
	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sur	Urbana	Rural	
Total de usuarias	63,5	80,4	74,6	74,1	81,8	77,1	71,6	75,9
Esterilización femenina	0,0	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0	0,3	0,1
Esterilización masculina	0,0	0,6	0,0	0,1	0,0	0,2	0,3	0,2
Píldora	14,9	33,4	33,0	31,4	44,6	29,2	45,9	32,2
Píldora del día siguiente	0,0	0,5	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1
Inyectables y otros	5,2	5,8	6,0	8,0	2,9	7,1	2,3	6,2
Preservativo	41,6	35,1	34,6	32,0	31,0	36,5	22,1	33,9
Otros	1,9	5,1	0,4	2,5	3,2	3,9	0,6	3,1
No utilizan	36,5	19,6	25,4	25,9	18,2	22,9	28,4	24,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta nacional de demografía y salud, 2006.

La variedad de anticonceptivos utilizados es muy limitada. Los métodos hormonales prevalecen en las zonas urbanas en general, excepto en la región Norte, donde el preservativo es el método más empleado. Esto puede deberse a razones culturales, pero también cabría explicarlo por la

provisión de ese medio en la Amazonia, una zona de vasta extensión. Entre los métodos hormonales, la píldora es, con gran diferencia, el que más se usa en todas las regiones. En un estudio sobre América Latina, Cavenaghi (2009b) muestra cómo la provisión de métodos termina definiendo la combinación de anticonceptivos en los distintos países y, muy probablemente, esto también ocurre a escala regional en un país de las dimensiones del Brasil. En principio, no cabría esperar que en este grupo de jóvenes se considerara la esterilización. Sin embargo, pese a que es una opción muy minoritaria, la esterilización masculina aparece citada por mujeres encuestadas en algunas regiones, como las del Nordeste y el Sudeste, mientras que la femenina se menciona en la Centro-Oeste.

A partir de la proporción de mujeres sexualmente activas que no utilizan ningún método anticonceptivo<sup>13</sup> no sería posible explicar todos los problemas de planificación de la fecundidad que se reflejan en los resultados del gráfico 8, donde se presenta información sobre si el embarazo en curso había sido planificado, si se hubiera preferido esperar más o si en realidad no se había deseado. Lo que revelan los resultados son las elevadas tasas de errores u omisiones en el uso de los métodos anticonceptivos, que en general no se emplean de forma regular y sistemática. Se observa que entre las jóvenes del Brasil solo un 33% de las mujeres embarazadas querían estarlo en ese momento y más del 57% habrían preferido esperar más tiempo para tener un hijo. Es interesante observar que incluso entre las jóvenes casi un 10% de las mujeres respondieron que no deseaban tener más hijos. Algunas no deseaban tener ningún hijo y otras, que ya tenían uno o dos, consideraban que habían completado sus planes de maternidad.

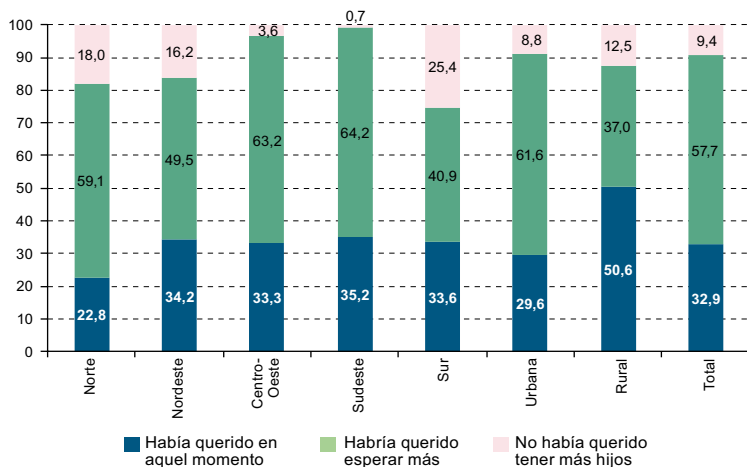
El análisis de este mismo indicador para las zonas urbanas y rurales muestra que los comportamientos son muy diferentes (véase el gráfico 8). Por una parte, en el ámbito rural la mitad (50,7%) de las mujeres habían planeado quedarse embarazadas en aquel momento, mientras que el 37% habrían preferido aguardar y un 12,5% no deseaban tener más hijos cuando se quedaron embarazadas. El porcentaje en las áreas urbanas fue del 9,4%. En estas zonas el porcentaje de mujeres embarazadas que afirmaban que habían tenido los hijos en un momento distinto del deseado o que no querían tener más hijos resultó ser muy superior al de las áreas rurales, ya que el 70% de las mujeres se encontraban en esa situación (un 61,5% se había quedado embarazadas en un momento

<sup>13</sup> Es importante mencionar que con este indicador se consideraba en el denominador a todas las mujeres sexualmente activas. Así, quedaban incluidas las mujeres estériles y las que ya estaban embarazadas en el momento de la investigación y que, por lo tanto, no podían quedar embarazadas.

no deseado y un 8,8% no querían tener hijos). Hay que destacar que la “falla contraceptiva” parece ser más frecuente en las zonas urbanas, puesto que, pese a la mayor prevalencia del uso de anticonceptivos que entre las jóvenes del entorno rural, el ejercicio de la maternidad sin planificación es también más frecuente. Esto puede deberse a las “fallas contraceptivas” por uso inconsistente en las zonas urbanas, o bien a que, como se menciona al principio del estudio, la respuesta a la pregunta sobre planificación reproductiva<sup>14</sup>, después del nacimiento de los hijos sea más numerosa entre las mujeres que viven en el campo.

Gráfico 8  
**BRASIL: PLANIFICACIÓN CON RELACIÓN A LA SITUACIÓN DE EMBARAZO EN CURSO DE MUJERES DE 15 A 19 AÑOS, POR REGIONES Y TIPO DE RESIDENCIA, 2006**

(En porcentajes)



Fuente: Encuesta nacional de demografía y salud, 2006.

En relación con el comportamiento a nivel regional con respecto a la planificación del embarazo en curso no se observa ningún patrón típico, si bien en todas las regiones, excepto el Norte, el porcentaje de errores que llevan a embarazos no planificados es semejante, en torno al 65%. Sin embargo, las cuatro regiones presentan grandes diferencias en cuanto al porcentaje que declaró que no había querido tener el hijo, con variaciones que oscilaban entre el 25,4% en la región Sur a menos del 1% en la región Sudeste (véase el gráfico 8). La región Norte es la que presentó un comportamiento más diferenciado, ya que se registró un

<sup>14</sup> Véase [en línea]: <http://www.alapop.org/ebooks/e-investigacionesN1/fdash.html#/37/>.

menor porcentaje de mujeres que declaraban querer estar embarazadas en aquel momento, a la vez que se observó una alta proporción que no deseaban tener más hijos. Como se verá más adelante, la fecundidad de las jóvenes es muy desigual en estas regiones. Por ejemplo, la tasa del Norte duplica ampliamente la del Sur. Por otra parte, en ambas la proporción de mujeres embarazadas de 15 a 19 años que declaran que no quieren tener más hijos es elevada.

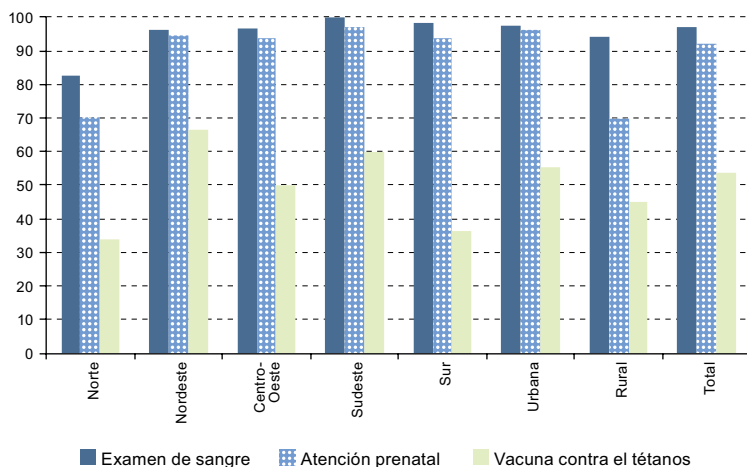
La cuestión del acceso a servicios de salud reproductiva adecuados sigue poniendo en jaque el ejercicio de la maternidad. En el gráfico 9 se presentan tres indicadores que contribuyen a definir la calidad de la atención prenatal: el de mujeres embarazadas que se hicieron un análisis de sangre durante el embarazo, la proporción de mujeres que declaran haber seguido un programa prenatal (independientemente de la intensidad y calidad de este) y el porcentaje de mujeres que recibieron la vacuna antitetánica al principio del embarazo. El primer indicador muestra que el examen de sangre es casi universal, pero en las zonas rurales, en la región Nordeste y, sobre todo, en la Norte, hay una gran proporción de embarazadas que no se hicieron ningún análisis de sangre, lo que parece inconcebible, ya que incluso para la confirmación del estado de embarazo se realiza este tipo de prueba.

Cuando se analiza la atención prenatal la situación empieza a perfilarse como más problemática nuevamente en las zonas rurales y en la región Norte, donde alrededor de un 30% de las embarazadas no se sometieron a ningún examen prenatal. Incluso en las regiones más desarrolladas esta práctica no alcanza el 100% que cabría esperar en una época en que el parto está tan medicalizado en un país como el Brasil, con un sistema de salud que en principio es de acceso universal. La vacunación contra el tétanos, además de ofrecer una indicación sobre el acceso a la salud reproductiva, refleja más específicamente la calidad de la atención prenatal, dado que lo mínimo que se espera es que se administre esa vacuna a las embarazadas. Sin embargo, los datos muestran que en el conjunto de las regiones, tanto en las zonas rurales como en las urbanas, esta vacunación cubre solo el 50% de los embarazos. El porcentaje se sitúa alrededor del 30% en la región Norte (como podía imaginarse) y en la región Sur (lo que no resulta tan previsible). En definitiva, aunque más del 90% de las embarazadas habían recibido atención prenatal, a nivel nacional en el 50% de los casos solo hubo constancia del indicador más básico de la calidad del servicio prenatal: la vacuna contra el tétanos (véase el gráfico 9).

Gráfico 9

**BRASIL: INDICADORES SELECCIONADOS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL PARA LA SITUACIÓN DE EMBARAZO EN CURSO DE MUJERES DE 15 A 19 AÑOS, POR REGIONES Y LUGAR DE RESIDENCIA, 2006**

(En porcentajes)



**Fuente:** Elaboración propia, sobre la base de Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), Encuesta nacional de demografía y salud, 2006.

## C. Consideraciones finales

El patrón rejuvenecido de la fecundidad en el Brasil asociado a niveles de fecundidad bajos tiene un gran impacto en la combinación de métodos anticonceptivos adoptada. Dado que las mujeres empiezan a tener hijos a edades tempranas, también alcanzan pronto su tamaño ideal de familia. Así, con una edad en torno a 25 años las mujeres ya ha tenido el número de hijos que desean y empiezan a considerar un control de fecundidad definitivo, es decir, la esterilización. En la mayoría de los casos se practica la esterilización femenina. Sin embargo, ha aumentado considerablemente el número de hombres que optan por la vasectomía. El patrón de fecundidad precoz es más común entre las “clases” sociales de ingresos y nivel de escolaridad más bajos. En los estratos medios y altos el promedio de edad es mayor, ya que las jóvenes pasan más tiempo en la escuela, acceden en mayor porcentaje a la universidad y se casan más tarde. Por lo tanto, el patrón rejuvenecido de la fecundidad precoz es diferenciado de acuerdo con el nivel de renta y escolaridad de las familias brasileñas. Lo que estas mujeres precisan no es un control de natalidad, sino acceso a derechos ciudadanos, informaciones y medios para ejercer la autodeterminación reproductiva.

Como afirmaban Bledsoe y Cohen hace ya años, en la fecundidad de las adolescentes influye una gran diversidad de factores que evolucionan rápidamente y actúan a través de múltiples vías muy complejas que apenas empezamos a comprender (Bledsoe y Cohen, 1993, pág. 234). En el Brasil, la baja calidad de la educación asociada a limitaciones en cuanto a las oportunidades de empleo podrían inducir a muchas mujeres jóvenes a crear una familia por considerarlo una opción más atrayente para sus vidas. De hecho, un gran porcentaje de mujeres adolescentes y jóvenes perciben la fecundidad precoz y la formación de una familia como una posibilidad única de tener una vida distinta (Heilborn, 1998). Con un mejor sistema educativo, no solo en términos de cobertura, sino sobre todo de calidad, un amplio mercado de trabajo decente y una sociedad más igual para hombres y mujeres, cabría esperar que un gran porcentaje de mujeres no se plantearan tener hijos durante la adolescencia o la juventud, como hicieron sus abuelas y madres en un pasado patriarcal. De esa manera, la fecundidad de las jóvenes en el Brasil podría disminuir hasta los niveles de países más desarrollados o, al menos, se reducirían las diferencias existentes entre las clases socioeconómicas.

La comunidad internacional ya ha alcanzado un consenso sobre lo que debe hacerse. Tanto en la Conferencia sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994 como en la revisión de la Cumbre del Milenio, en 2005, los países acordaron la siguiente meta: “5B: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva”. Por lo tanto, lo que el mundo precisa no son políticas de control de natalidad, sino medios para garantizar que las mujeres y los hombres puedan ejercer en la práctica sus derechos de salud sexual. A su vez, los gestores necesitan poder identificar mejor los grupos que requieren políticas públicas para garantizar el acceso a los derechos a todos los segmentos de la población.

El análisis territorial vinculado al socioeconómico permite identificar y conocer mejor los segmentos cuyos derechos reproductivos no están asegurados. Sobre esa base se pueden proponer programas y acciones específicas que respeten los derechos sexuales y reproductivos de todos y que permitan lograr mejores resultados en la reducción de la fecundidad no planeada entre las adolescentes y las jóvenes. Estas mujeres podrán así ejercer su derecho a la maternidad en el momento que juzguen más adecuado para ellas y para sus parejas e hijos.



## Bibliografía

- Alves, J.E. D.A. (2009), "The context of family planning in Brazil", *Demographic Transformations and Inequalities in Latin America: Historical Trends and Recent Patterns*, vol. 8, Suzana Cavenaghi (org.), Río de Janeiro, Asociación Latinoamericana de Población (ALAP).
- \_\_\_\_ (1994), "Transição da fecundidade e relações de gênero no Brasil", tesis para optar al grado de doctorado, Belo Horizonte, Centro de Desarrollo y Planificación Regional, Universidad Federal de Minas Gerais.
- Aquino, Estela M.L. y otros (2003), "Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais", *Cadernos de Saúde Pública*, vol.19, suppl. 2.
- Berquó, E. y S. Cavenaghi (2004), "Mapeamento sócio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000", documento presentado en el XIV Encuentro Nacional de Estudios Poblacionales, Caxambu, Asociación Brasileña de Estudios Poblacionales (ABEP).
- Bledsoe, C.H. y Barney Cohen (eds.) (1993), *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa*, Washington, D.C., Working Group on the Social Dynamics of Adolescent Fertility, National Academy of Sciences.
- Brandão, E.R. (2006), "Gravidez na adolescência: um balanço bibliográfico", *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*, M.L. Heilborn y otros (org.), Río de Janeiro, Guararand e Focruz.
- Borgato, L. y M.C. Oliveira (2012), "Quem são as mulheres que engravidam antes dos 20 anos no Brasil? Uma análise dos fatores associados à gravidez na adolescência", *Anais do V Congresso da ALAP*, Montevideo, Asociación Latinoamericana de Población (ALAP).
- Camarano, A. (1998), "Fecundidade e anticoncepção da população jovem", *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*, vol.1, Brasília, Comisión Nacional de Población y Desarrollo (CNPD)/ Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA).
- \_\_\_\_ (1996), "A hipótese de convergência dos níveis de fecundidade nas projeções populacionais", *Revista da Fundação SEADE*, vol. 10, Nº 2, São Paulo.
- Caldwell, J.C. (1982), *Theory of Fertility Decline*, Londres, Academic.
- Carvalho, J.A.M. y C.A Wood (1994), "Demografia da desigualdade no Brasil", *Serie PNPE*, Nº 27, Río de Janeiro, Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA).
- Carvalho, J.A.M, P.T.A. Paiva y D.R. Sawyer (1981), *A recente queda da fecundidade no Brasil: evidências e interpretação*, Belo Horizonte, Centro de Desarrollo y Planificación Regional (CEDEPLAR), Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG).
- Cavenaghi, S. (2009a), "Aspectos metodológicos e comparabilidade com pesquisas anteriores", *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006: Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*, vol. 1. Ministerio de Salud y Centro Brasileño de Análisis y Planeamiento (CEBRAP) (orgs.), Brasília, Ministerio de Salud.
- \_\_\_\_ (2009b), "Legislación y práctica de la planificación familiar en América Latina: desigualdad de acceso a la contracepción", *Avances y retrocesos en la salud sexual y reproductiva en América Latina*, vol. 1, Laura Rodríguez Wong (org.), Río de Janeiro, Asociación Latinoamericana de Población (ALAP).
- Cavenaghi, S. y J.E.D. Alves (2011), "Diversity of childbearing behaviour in the context of below-replacement fertility in Brazil", *Population Division Expert Paper*, Nº 2011/8 [en línea] [http://www.un.org/esa/population/publications/expertpapers/2011-8\\_Cavenaghi\\_Expert-Paper\\_FINAL\\_ALL-Pages.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/expertpapers/2011-8_Cavenaghi_Expert-Paper_FINAL_ALL-Pages.pdf).

- Cavenaghi, S. y E. Berquó (2005), “Increasing adolescent and youth fertility in Brazil: a new trend or a one-time event?”, *Proceedings of the Annual Meeting of the Population Association of America*, Filadelfia.
- Correa, Sonia y J.E.D. Alves (2005), “As metas do desenvolvimento do milênio: grandes limites, oportunidades estreitas?”, *Revista brasileira de estudos da população*, vol. 22, N° 1, Campinas: Associação Brasileira de Estudos Poblacionais (ABEP).
- Corrêa, H. (2009), “A maternidade na adolescência e a educação formal: convergência e divergência interpretativas a partir de uma avaliação do censo demográfico 2000”, *Prêmio ENCE 50 anos: o censo 2000 e a pesquisa social no Brasil*, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Ciências Estatísticas.
- Diniz, D., Medeiros, M. (2010), “Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna”, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 15, suppl. 1.
- Faria, V.E. (1989), “Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos”, *Ciências sociais hoje*, São Paulo, Associação Nacional de Investigación y Postgrado en Ciencias Sociales (ANPOCS).
- Fustenberg, F. Jr (1998), “When will teenage childbearing become a problem? The implications of Western experience for developing country”, *Studies in Family Planning*, vol. 29, N° 2.
- Haag, C. (2012), “Humanidades familias encolhidas: Brasil em transição demográfica”, *Pesquisa FAPESP*, vol. 192.
- Heilborn, M.L. (1998), “Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social”, *Seminário Gravidez na Adolescência*, E.M. Vieira y otros (orgs.), Brasília, Cultura Editores Associados.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística) (varios años), Censo Demográfico Nacional, Rio de Janeiro.
- (2003), “Metodologia do censo demográfico 2000”, *série Relatórios Metodológicos*, vol. 25, Rio de Janeiro.
- Jimenez e Rodriguez, (2009), “Evaluating the millennium development goal target on universal access to reproductive health: a view from Latin America and the Caribbean”, S. Cavenaghi (org.) *Demographic transformations and inequalities in Latin America: Historical trends and recent patterns*, serie Investigaciones N° 8, Rio de Janeiro, Asociación Latinoamericana de Población (ALAP).
- Kohler, H.P., F.C. Billari y J.A. Ortega (2002), “The emergence of lowest-low fertility in Europe during the 1990s”, *Population and Development Review*, vol. 28, N° 4.
- Lesthaeghe, Ron y Paul Willems (1999), “Is low fertility a temporary phenomenon in European Union?”, *Population and Development Review*, vol. 25, N° 2.
- Martine, G. (1996), “Brazil’s fertility decline, 1965–95: a fresh look at key factors”, *Population and Development Review*, vol. 22.
- (1975), *Formación de la familia y marginalidad urbana en Rio de Janeiro*, Santiago de Chile, Centro Latino Americano de Demografía (CELADE).
- Merrick, T. y E. Berquó (1983), *The Determinants of Brazil’s Recent Rapid Decline in Fertility*, Washington, D.C., National Academy.
- Miranda-Ribeiro, Adriana de y otros (2008), “Reconstrução de histórias de nascimentos a partir de dados censitários: uma análise comparativa de duas metodologias”, *Revista Brasileira de Estudos de População*, vol. 26.
- Moultrie, T. y R. Dorrington (2008), “Sources of error and bias in methods of fertility estimation contingent on the P/F ratio in a time of declining fertility and rising mortality”, *Demographic Research*, vol.19, N° 46.

- Oliveira, C.F.A. y J.M. Vieira (2009), "Pregnancy among adolescents and child welfare: is the mother's age a determinant factor?", documento presentado en la XXVI Conferencia de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP), Marrakech, 27 de septiembre al 2 de octubre [en línea] <http://iussp2009.princeton.edu/download.aspx?submissionId=92806>.
- Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue/Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (2009), "Monitoreo y evaluación del embarazo en la adolescencia en la subregión andina: indicadores y línea de base", octubre [en línea] [http://planandinopea.org/sites/default/files/Monitoreo%20y%20Evaluacion%20del%20PAPEA%2027.10.2009\\_0.pdf](http://planandinopea.org/sites/default/files/Monitoreo%20y%20Evaluacion%20del%20PAPEA%2027.10.2009_0.pdf).
- Paiva, P.T.A (1985), "O processo de proletarização como fator de desestabilização dos níveis de fecundidade no Brasil", *Transição da fecundidade: análises e perspectivas*, C. Miiró y otros, São Paulo, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Perpétuo, Ignez H. y Laura Rodríguez Wong (2003), "Programas y políticas nacionales que afectaron el curso de la fecundidad en el Brasil", *La fecundidad en América Latina y el Caribe: transición o revolución*, serie Seminarios y conferencias, N° 36 (LC/L.2097-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Potter, J.E. y otros (2010), "Mapping the timing, pace, and scale of the fertility transition in Brazil", *Population and Development Review*, vol. 36, N° 2.
- Rios-Neto, E.L.G. y otros (2005), "Fertility decline in Brazil: a different tempo effect with strong consequences", *Population Association of America Annual Meeting*, Filadelfia.
- Risi, E. y S.Cavenaghi (2012), "Tendências do aborto induzido no Brasil entre 2000 e 2010 a partir de estimação indireta dos registros hospitalares", *Anais do V Congresso da ALAP*, Montevideo, Asociación Latinoamericana de Población (ALAP).
- Rodríguez-Vignoli, J. (2011), "Reproducción adolescente y desigualdades: IV Encuesta Nacional de Juventud, Chile", *Revista Latinoamericana de Población*, vol. 5, N° 8.
- Stern, C. y E. García (2001), "Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente", *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, C. Stern y J.G. Figueroa (coords.), México, El Colegio de México.
- Naciones Unidas (1983), Manual X: Indirect Techniques for Demographic Estimation, *Population Studies*, N° 81 ((ST/ESA/SER.A/81), Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.83.XIII.2.
- Van de Kaa, D.J. (1987), "Europe's second demographic transition", *Population Bulletin*, vol. 42, N° 2, Washington, D.C.



Primera edición  
Impreso en Naciones Unidas • Santiago de Chile • S1300305  
ISSN 0303-1829  
ISBN: 978-92-1-221111-4 • Número de venta S.13.II.G.11  
Copyright © Naciones Unidas 2013

