

POBLACIÓN Y DESARROLLO

Reproducción temprana

Diferencias entre grandes
regiones del mundo al inicio
y al final de la adolescencia

Jorge Rodríguez Vignoli
Mariachiara Di Cesare
Katherine Páez



NACIONES UNIDAS

CEPAL



POBLACIÓN Y DESARROLLO

Reproducción temprana

Diferencias entre grandes
regiones del mundo al inicio
y al final de la adolescencia

Jorge Rodríguez Vignoli
Mariachiara Di Cesare
Katherine Páez



NACIONES UNIDAS



Este documento fue preparado por Jorge Rodríguez Vignoli, Asistente de Investigación, y por Mariachiara Di Cesare y Katherine Páez, Consultoras, del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Este estudio fue elaborado en el marco del programa anual de trabajo entre la CEPAL y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (AWP UNFPA-CEPAL 2016) y del programa regular de trabajo de la CEPAL.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN: 1680-9009 (versión electrónica)

ISSN: 1680-8991 (versión impresa)

LC/TS.2017/36

Distribución: Limitada

Copyright © Naciones Unidas, mayo de 2017. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago

S.17-00063

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Publicaciones y Servicios Web, publicaciones@cepal.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.

Índice

Resumen	7
I. ¿Por qué son diferentes las adolescentes del resto de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva?	9
II. Marco de referencia	13
A. Sobre genética, influencia familiar y contextos socioculturales	13
B. Sobre las teorías sicosociales y el debate sobre los riesgos y la normalidad de la iniciación sexual temprana	15
C. Sobre el curso de vida, su cambio con el desarrollo económico y social y los enfoques socio evolucionistas del comportamiento sexual	17
D. Sobre las peculiaridades de América Latina	19
E. Síntesis de la discusión teórica e hipótesis	21
III. Metodología	23
IV. Resultados y análisis	27
A. Fecundidad adolescente en América Latina: comparativamente alta y crecientemente desvinculada de la fecundidad total	27
B. Reproducción en la adolescencia en América Latina y el Caribe: resistente a la baja y muy desigual socialmente	30
C. Reproducción en la adolescencia en América Latina: generalización de la actividad sexual	33
D. Reproducción en la adolescencia en América Latina: un núcleo duro de unión temprana	37
E. Reproducción en la adolescencia en América Latina: el uso de anticonceptivos	40
F. Un primer ejercicio de integración: las peculiaridades y matices de la “modernidad” sexual y reproductiva truncada en América Latina y su comparación con un caso de Europa	42

G.	Reproducción en la adolescencia en América Latina: la deseabilidad/planificación de los nacimientos.....	43
H.	Las desigualdades sociales y las variables intermedias de la maternidad precoz y la maternidad temprana: examen multivariado	47
V.	Discusión y conclusiones de política	57
	Bibliografía	63
	Serie Población y Desarrollo: números publicados.....	67

Cuadros

Cuadro 1	Grandes regiones del mundo: tasa específica de fecundidad adolescente (15-19 años de edad, por mil), tasa global de fecundidad y porcentaje de adolescentes madres o embarazadas por primera vez al momento de la encuesta, circa 1990 y circa 2010.....	31
Cuadro 2	Grandes regiones del mundo: tasa específica de fecundidad adolescente (15-19 años de edad, por mil), tasa global de fecundidad y porcentaje de adolescentes madres o embarazadas por primera vez al momento de la encuesta, según quintil socioeconómico y desigualdad socioeconómica (quintil más pobre sobre quintil más rico), circa 2010	33
Cuadro 3	España, Chile, y República Dominicana: indicadores seleccionados del comportamiento reproductivo durante la adolescencia	42
Cuadro 4	Razones de momios (<i>odss ratios</i>) de regresión logística binomial según nivel socioeconómico, edad simple y zona de residencia urbano/rural sobre la chance de ya haber sido madre, mujeres de 15 a 19 años de países seleccionados de América Latina con encuestas especializadas en torno a 2010.....	48
Cuadro 5	Razones de momios (<i>odss ratios</i>) de regresión logística binomial según nivel socioeconómico, edad simple y zona de residencia urbano/rural sobre la chance de ya haberse unido, mujeres de 15 a 19 años, países seleccionados de América Latina con encuestas especializadas en torno a 2010.....	49
Cuadro 6	Razones de momios (<i>odss ratios</i>) de regresión logística binomial según nivel socioeconómico, edad simple y zona de residencia urbano/rural sobre la chance de ya haberse iniciado sexualmente, mujeres de 15 a 19 años de países seleccionados de América Latina con encuestas especializadas en torno a 2010.....	49
Cuadro 7	Razones de momios (<i>odss ratios</i>) de regresión logística binomial según nivel socioeconómico, edad simple y zona de residencia urbano/rural sobre la chance de haber usado condón en la primera relación sexual, mujeres de 15 a 19 años iniciadas sexualmente de países seleccionados de América Latina con encuestas especializadas en torno a 2010	50
Cuadro 8	Razones de momios (<i>odss ratios</i>) de regresión logística binomial según nivel socioeconómico, edad simple, zona de residencia, unión, edad de la iniciación sexual sobre la chance de ya haber sido madre, mujeres de 15 a 19 años iniciadas sexualmente de países seleccionados de América Latina con encuestas especializadas en torno a 2010.....	51
Cuadro 9	Razones de momios (<i>odss ratios</i>) de regresión logística multinomial del nivel socioeconómico, sobre la chance de tres condiciones de maternidad en la adolescencia (no madres, primer hijo/a antes de los 18 años, primer hijo/a entre 18 y 19 años), mujeres de 20 a 24 años de países seleccionados de América Latina con encuestas especializadas en torno a 2010	52
Cuadro 10	Razones de momios (<i>odss ratios</i>) de regresión logística multinomial del nivel socioeconómico, sobre la chance de tres condiciones de unión en la adolescencia (no unidas, primera unión antes de los 18 años, primera unión entre 18 y 19 años), mujeres de 20 a 24 años de países seleccionados de América Latina con encuestas especializadas en torno a 2010	52

Cuadro 11	Razones de momios (<i>odss ratios</i>) de regresión logística multinomial del nivel socioeconómico sobre la chance de tres condiciones de iniciación sexual (no iniciadas, iniciadas antes de los 18 años, iniciadas entre 18 y 19 años), mujeres de 20 a 24 años de países seleccionados de América Latina con encuestas especializadas en torno a 2010	53
Cuadro 12	América Latina (países seleccionados): probabilidades de haber sido madre adolescente según modelo logístico binomial (circa 2010).....	54
Cuadro 13	Razones de momios (<i>odss ratios</i>) de regresión logística multinomial del nivel socioeconómico sobre la chance de cuatro condiciones de protección anticonceptiva entre mujeres de 20 a 24 años, iniciadas sexualmente en la adolescencia, en países seleccionados de América Latina con encuestas especializadas en torno a 2010.....	55

Gráficos

Gráfico 1	El mundo según subregiones: tasa global de fecundidad y tasa específica de fecundidad adolescente, 2010-2015.....	28
Gráfico 2	El mundo según países: grado de urbanización 2010-2015 y tasa específica de fecundidad adolescente, 2010-2015.....	28
Gráfico 3	El mundo según países: índice de desarrollo humano 2012-2013 y tasa específica de fecundidad adolescente, 2010-2015.....	29
Gráfico 4	Grandes regiones del mundo: correlaciones simples entre la tasa de fecundidad adolescente (15-19 años de edad), la tasa global de fecundidad y el porcentaje de adolescentes madres o embarazadas por primera vez al momento de la encuesta, circa 1990 y circa 2010	29
Gráfico 5	América Latina y el Caribe, países seleccionados (todos los países con datos de rondas de censos de 1990 y 2010 y siete países con datos en los dos censos): porcentaje de madres de 15 a 19 años, de 15 años, de 17 años y de 19 a 20 años, circa 1990 y circa 2010	32
Gráfico 6	América Latina, Asia y África (países seleccionados): porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15, de los 18 y de los 20 años de edad, circa 1990 y circa 2010.....	34
Gráfico 7	América Latina y el Caribe (países seleccionados): diferencia en años y fracciones de año entre las edades medianas de la primera unión y del primer coito en mujeres de 25 a 29 años, circa 1990 y circa 2010.....	35
Gráfico 8	América Latina y el Caribe (países seleccionados) y países y territorios desarrollados (HBSC): proporción de mujeres de 15 años de edad, iniciadas sexualmente, 1990-2010.....	36
Gráfico 9	América Latina y el Caribe (países seleccionados): porcentaje de mujeres solteras de 15 a 19 años y de 19 a 20 años, circa 1990 y circa 2010, todos los países con datos de rondas de censos de 1990 y 2010 y siete países con datos en los dos censos	38
Gráfico 10	América Latina, Asia y África (países seleccionados): porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que tuvo su primera unión antes de los 15, de los 18 y de los 20 años de edad, circa 1990 y circa 2010.....	39
Gráfico 11	América Latina (países seleccionados) y países desarrollados donde se levanta la HBSC: porcentaje de mujeres iniciadas sexualmente de 15 años de edad, que usó condón en el primer coito (última relación y condón y pastilla en HBSC), circa 2010.....	40
Gráfico 12	América Latina (países seleccionados): porcentaje de nacimientos durante los 5 años previos a la encuesta que no fueron deseados/planificados cuando se tuvieron, total y madres de 15 a 19 años de edad	43
Gráfico 13	Países en desarrollo seleccionados (con encuestas DHS recientes): porcentaje de nacimientos de madres menores de 20 años que declaran haber deseado el embarazo “en ese momento”, nacimientos tenidos los 5 años previos a la encuesta, encuestas de 2005 en adelante.....	44

Gráfico 14	Grandes regiones del mundo: porcentaje de nacimientos de madres menores de 20 años que declaran haber deseado el embarazo “en ese momento”, nacimientos tenidos los 5 años previos a la encuesta, encuestas de 2005 en adelante, promedios simples.....	45
Gráfico 15	América Latina (países seleccionados): porcentaje de hijos de orden 1 que no fueron planificados/deseados, por nivel socioeconómico, madres de 15 a 19 años de edad con un solo hijo/a, circa 2010	46
Gráfico 16	América Latina, ex países soviéticos, Asia y África (países seleccionados): porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que tuvo su primer hijo antes de los 15, de los 18 y de los 20 años de edad, circa 1990 y circa 2010	59

Resumen

Las conductas en la adolescencia pueden tener efectos para el resto de la vida. Entre estas conductas están las reproductivas, que suelen ser objeto de control social. Este control presenta variaciones entre países y culturas. Por ello, en este trabajo se examinan indicadores específicos de estas conductas en América Latina y el Caribe y otras regiones del mundo. Para esto se usan datos de encuestas especializadas, censos y registros vitales. El análisis incluye la deseabilidad de la maternidad adolescente y la aplicación de modelos logísticos binomiales y multinomiales para estimar la importancia de variables distales e intermedias clave. Los resultados: i) ratifican la excepcionalidad de América Latina por su fecundidad adolescente alta, resistente a la baja y desigual, así como por las tendencias de sus variables intermedias, que aumentan la exposición al riesgo, a diferencia de las otras regiones en desarrollo, sin una compensación comparable por el lado del uso eficiente de anticonceptivos, como en los países desarrollados; ii) confirman que las tres variables intermedias clave siguen siendo la edad de la iniciación sexual y nupcial y el uso de anticonceptivos; iii) muestran una marcada desigualdad social en la maternidad temprana, así como en las variables intermedias clave, aunque esta desigualdad es menor y decrece en el caso de la iniciación sexual; iv) revelan que la deseabilidad de la maternidad adolescente sigue disminuyendo y que sus disparidades socioeconómicas son mucho más estrechas que las observadas en la fecundidad y maternidad adolescentes. Esto impone más urgencia a las acciones dirigidas a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes –como son reconocidos en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, y subraya la necesidad de políticas activas, específicas y coordinadas para las tres variables intermedias clave.

I. ¿Por qué son diferentes las adolescentes del resto de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva?

El punto de partida de este trabajo es la convicción y la evidencia sobre diferencias relevantes en materia de salud sexual y reproductiva entre las y los adolescentes, por un parte, y las personas, incluyendo las jóvenes, de mayor edad. Que haya diferencias es evidente, porque la adolescencia es un período especial de la vida con evidentes distinciones respecto de las fases previas —niñez, pubertad— y las posteriores —juventud, adultez. Pero sistematizar estas diferencias en materia de la salud sexual y reproductiva requiere un grado mayor de elaboración técnica y análisis especializado. Tal sistematización requiere, además, un esfuerzo especial tendiente a extraer y ofrecer insumos relevantes para políticas relacionadas con la salud sexual y reproductivas de los y las adolescentes.

De manera muy resumida, los siguientes ejes permiten identificar las especificidades de las y los adolescentes:

i) Biológico

Su condición corporal cambia abruptamente. Hay crecimiento y desarrollo. Pero no es solo físico también lo es en términos de sensibilidades y pulsiones. El sexo, en particular, deviene un asunto central, como objeto de deseo, como señal de identidad y como temática vital.

ii) Biosicosocial

Se termina de definir la personalidad, lo que implica cuestionamientos, dudas y búsquedas existenciales. El desafío a la autoridad institucional —sea la familia, la escuela, la iglesia o el Estado— forma parte de este proceso, pues la diferenciación y la distinción por oposición es un mecanismo para la construcción de la personalidad. Al mismo tiempo, hay inmadurez, impulsividad, sensación de invulnerabilidad y mayores deseos de experimentación, lo que tiene evidentes implicancias para sus conductas, que suelen tener menor aversión al riesgo.

iii) Sicosocial

El cambio acelerado los aleja de sus referentes de autoridad tradicionales y los acerca a sus pares (formando a veces grupos que se encapsulan o cierran frente a otras generaciones u otros grupos de

adolescentes), que se convierten en influencia clave y fuente significativa para la adquisición de información (sin importar tanto su calidad) e intercambio de experiencias.

iv) Médico

Ya no son niños y por tanto están fuera del radar de la pediatría (y tampoco les interesa asistir al pediatra) pero tampoco son adultos, por lo que los internistas o médicos de adultos tampoco tienen el conocimiento, o más bien la experiencia, la capacitación y la sensibilidad, para tratarlos. Por lo demás, muchas de sus preocupaciones de salud tienen que ver con conductas y exposición a riesgos relativamente novedosos para ellos y ellas, debido a lo cual requieren consejería junto a indicaciones médicas tradicionales (exámenes, medicamentos, tratamientos y hábitos). Esta especificidad de los adolescentes en el plano médico ha sido reconocida recientemente y aún se está lejos de tener una respuesta de política adecuada a ella: *“To regard people in the second decade of life as a unique group, especially in terms of health risks and health services, is a relatively new notion. Although developmentally distinct from children and adults in terms of physical maturity, cognitive capacity, and social skills historically, health services for adolescents have not been differentiated. For unmarried adolescent boys and girls, services are offered as part of child health care and do not encompass sexual and reproductive health. If married, services for adolescent girls are part of reproductive care for adult women. However, several historical changes have rendered this approach outdated”* (Bearinger y otros, 2007).

v) Cultural

La actividad sexual, la unión y la reproducción están entre los comportamientos más normados culturalmente. La religión suele ser una fuente clave de esta influencia cultural, pero sería estrecho considerar su protagonismo como exclusivo, porque las prácticas en estas esferas suelen transmitirse intergeneracionalmente por otros mecanismos culturales también. La expresión más tradicional de esta normativa es el control cultural que establece regulaciones y prácticas aceptadas al respecto y sanciones a quienes las infringen. Pero la influencia cultural también puede cambiar de signo —es decir, pasar desde una dimensión vertical inhibidora a una más tolerante y reflexiva, aunque lo anterior no significa promotora o incentivadora—, en los casos en que estos temas, en particular los relativos a la actividad sexual y la anticoncepción, dejan de ser tabúes, se convierten en temáticas susceptibles de conversación intergeneracional e intrafamiliar y pasan a ser considerados básicamente como asuntos y decisiones individuales.

vi) Institucional

La actividad sexual, la unión y la reproducción están entre los comportamientos más normados socialmente (Caro Luján, 2014; Baumle, 2013; Foucault, 2005; Szasz, Lerner y Amuchástegui, 1996; Bozon y Leridon, 1993; Katchadourian, 1983). En el caso de los y las adolescentes se le agrega el papel que sigue jugando la familia como actor dominante y con potestad, con lo cual, en principio, quedan suspendidas las capacidades deliberativas y de decisión autónoma de los y las adolescentes. Legalmente lo anterior tiene una doble expresión. Por una parte, la patria potestad, que establece el control de los padres sobre los hijos e hijas solteros(as) hasta bien entrada la adolescencia. Por otra, la prohibición formal de tener actividad sexual antes de una cierta edad, tiende a estigmatizarla e indirectamente incentiva su ejercicio clandestino. El problema no son estas leyes en sí, cuyo objeto es evitar y penalizar el abuso o el engaño de menores, considerados indefensos frente a la fuerza o las artimañas de los adultos; de hecho, los límites de edad usualmente establecidos por estas leyes apuntan a situaciones efectivas de alto riesgo de abuso (por ejemplo menores de 14 años). Pero su proyección simbólica hacia el resto de la adolescencia tiñe de negatividad el ejercicio de la sexualidad durante la adolescencia, lo que dificulta transparentarla y tratarla como un evento normal y consentido la mayor parte de las veces (reiterando que las leyes y políticas tendientes a evitar el abuso y la violencia sexual tienen fundamentos sólidos y son imprescindibles).

Todas estas limitaciones institucionales se reflejan en restricciones para la prevención y atención de la salud sexual y reproductiva. En efecto: ¿Cómo aconsejar sobre relaciones sexuales que formalmente pueden considerarse ilegales? ¿Cómo dar servicios y prestaciones a los pacientes (adolescentes) sin la autorización de sus padres? ¿Cómo respetar el principio básico de confidencialidad, si la ley no es clara sobre quién decide en estas materias? Estas condiciones institucionales varían de país en país y se van modificando, tanto por el cambio sociocultural como por los cambios legales y

reglamentarios, aunque ello no impide que mantengan validez, como telón de fondo, las denominadas “barreras de acceso” (Sadler y otros, 2010) que sufren los y las adolescentes para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, y a la anticoncepción en general.

vii) *Redes sociales y medios de comunicación*

Los y las adolescentes son grandes consumidores mediáticos y además son un grupo alfabetizado en materia virtual, por lo cual tienen una mayor probabilidad de participar en redes sociales (Céspedes y Robles, 2016; Trucco y Ullman, 2016). Y como se dijo anteriormente, los y las adolescentes son altamente sensibles e influenciados, tanto por los medios como por las redes. En general, los mensajes que circulan en los medios y en las redes sociales en América Latina (y también en otras regiones del mundo, en particular de cultura occidental) incentivan, directa e indirectamente, el erotismo, la libido y la actividad sexual, pero no hacen lo mismo, al menos en términos masivos y generalizados, con el autocuidado, la decisión reflexiva y la protección anticonceptiva.

viii) *Programático*

Los y las adolescentes ofrecen más complejidades que el resto de la población en edad reproductiva para el acceso a anticoncepción. Adicional a las barreras culturales e institucionales antes mencionadas, los programas de planificación familiar, que tanto éxito han tenido para las restantes edades, no parecen ser tan funcionales en el caso de las adolescentes porque una parte importante y creciente de la actividad sexual está al margen de la unión, aunque se enmarque en una relación romántica de cierta duración (noviazgo, “pololeo”, amigo con ventaja, *boyfriend*, etc.). Entonces, más que planificar la familia lo que requieren las y los adolescentes es directamente consejería y acceso a métodos anticonceptivos, sin las formalidades y prerequisites que a veces entraña la planificación familiar: *“historically, health services for adolescents have not been differentiated. For unmarried adolescent boys and girls, services are offered as part of child health care and do not encompass sexual and reproductive health. If married, services for adolescent girls are part of reproductive care for adult women.... assumptions about the adequacy and effectiveness of health-service delivery through paediatric or adult reproductive services are no longer appropriate in developing or developed countries. Adolescents, for many reasons, have urgent need for accessible, quality health care”* (Bearinger y otros, 2007).

ix) *Anticoncepción*

Los métodos más usados por las mujeres adultas en América Latina, pastillas y esterilización, no son aplicables a adolescentes (esterilización) o tienen menos eficiencia tanto por la inmadurez y falta de sistematicidad de las adolescentes como por la irregularidad de su actividad sexual (pastillas). Por ello, no es raro que el método más usado sea el condón, que si bien tiene la ventaja de proteger también contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), tiene la desventaja de ser un método no permanente (lo que obliga a su implementación en cada relación sexual, siendo aún un mayor desafío para los y las adolescentes por su impulsividad y falta de experiencia antes comentadas), que en condiciones de bajo riesgo de ITS puede ser desestimado, y cuya efectividad es inferior al 100%, ineficiencia que aumenta si se carece de práctica, habilidad y autoconfianza (que es más frecuente entre adolescentes). De hecho, está bien documentado que los y las adolescentes tienen los peores desempeños en materia de uso de anticoncepción¹, lo que resulta de los factores antes expuestos y la ausencia de políticas masivas, claras y precisas de educación sexual integral que informen, capaciten y empoderen a los y las adolescentes para un uso regular de la anticoncepción (Kumar y Brown, 2016; Castle y Askew, 2015; Baumle, 2013).

Hay métodos emergentes que son permanentes y muy eficientes, como los implantes o incluso los DIU (Castle y Askew, 2015; Cherry y Dillon, 2014), que podrían ser usados por adolescentes. Sin embargo, aún tienen un nivel de penetración exiguo en la región (al menos para este grupo de edad), pese a que ya existen recomendaciones técnicas favorables para su uso²: *“The most effective methods rely the least on individual adherence; for these methods, typical use effectiveness approaches perfect use effectiveness. Contraceptive methods most commonly used by adolescents are listed below, ordered*

¹ *“Compared with adults, adolescent contraceptive behavior is characterized by shorter periods of consistent use, higher contraceptive use-failure rates, and greater likelihood of stopping for reasons other than the desire to become pregnant”* (Castle y Askew, 2015).

² Lo que no impide que incluso en estos países aún hayan barreras para su masificación (Kumar y Brown, 2016).

from most to least effective, starting with long-acting reversible contraception (LARC): implants and IUDs. Pediatricians are encouraged to counsel adolescents in that order, discussing the most effective contraceptive methods first” (AAP, 2014).

Por su parte, la pastilla del día después o anticoncepción de emergencia es una alternativa particularmente útil (AAP, 2012), pero nuevamente su uso entre adolescentes está sometido, en algunos países, a limitaciones, sea de acceso directo o de confidencialidad de su acceso³. Nótese que para la atención de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescente en general, la confidencialidad tiene estatus doble en la actualidad: i) directriz técnica⁴ y ii) derecho (CEPAL, 2013b; Robledo 2014b; Cook, Erdman y Dickens, 2007).

Habida cuenta de lo anterior, y en particular de los determinantes sociales y culturales de los comportamientos reproductivos de los y las adolescentes, este trabajo se centrará en las diferencias en materia de comportamientos reproductivos entre países desarrollados y países de América Latina, centrando la atención en lo que acontece antes de cumplir los 15 años, que parece ser un momento de inflexión para los y las adolescentes, entendiéndose por comportamientos reproductivos los sexuales, nupciales, anticonceptivos y de fecundidad.

³ El tema de la confidencialidad es crucial para derribar barreras culturales (y sobre todo familiares) de acceso a la anticoncepción: *“Mandated parental involvement for contraception would discourage few teenagers from having sex, but would likely result in more teenagers’ using the least effective methods, such as withdrawal, or no method at all”* (Jones, R. y H. Boonstra 2004).

⁴ *“In the setting of contraception and sexual health care, the American Academy of Pediatrics (AAP) believes that policies supporting adolescent consent and protecting adolescent confidentiality are in the best interests of adolescents. Accordingly, best practice guidelines recommend confidentiality around sexuality and sexually transmitted infections (STIs) and minor consent for contraception”* (AAP, 2014).

II. Marco de referencia

A. Sobre genética, influencia familiar y contextos socioculturales

De acuerdo a un reciente manual internacional sobre el tema (Cherry y Dillon, 2014), el comportamiento sexual⁵ estaría más genéticamente determinando que lo que se creía:

“Theories about sociosexual development tend to focus on the environmental influences (for the most part the parental effects) that shape individual sexual behavior. The causal connections between parental influence and child outcomes using typical family samples are limited, however, by the inability of this approach to account for all of the malleable conditions both environmental and genetic that could influence behavior, particularly sexual behavior. So far, we know that social learning and environmental influences explain a great deal about individual behavior and preferences. What we have learned since the 1980s is that environment and learning explain a lot less about behavior than previously thought. What we do know, in reference to sexual behavior, which is of importance to our understanding of adolescent pregnancy, is that substantial variation in human sexual and reproductive behaviors is inherited” ... To test genetic theory, twin studies have been conducted and show that monozygotic (MZ) twin pairs (fertility-related phenotypes) can vary in early onset or late onset of maturation. Among the twin pairs, however, whether development is early or later, the age of onset of menarche and the age of first sex, the desired age of marriage, and the desired age to have children are virtually the same for each twin in the pair. These findings strongly support the hypothesis that genetic differences between individual girls account for their variation in sexual timing [...]. Children-of-twins

⁵ En este documento, el comportamiento sexual no será examinado en todas sus dimensiones: “Definitions of sexuality tend to be broad and include “sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction” 1 and “ideals, desires, practices, preferences and identities” (Macintyre, Montero y Sagbakken, 2015), ni tampoco serán examinados todos los derechos que concurren en este campo y que según el numeral 34 del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo abarcan: “el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva” (CEPAL, 2013b). El comportamiento sexual y reproductivo se analizará en términos de la triada de iniciaciones reproductivas (sexual, nupcial y de tenencia de hijos) y del control reproductivo (anticoncepción), del aborto y de la deseabilidad de la reproducción. Por ello, aspectos como las orientaciones e identidades sexuales, o la actividad sexual no penetrativa, o las experiencias sexuales en toda su amplitud no serán abordados en este texto.

and family comparison studies have added to our confidence in the gene–environment interplay explanation of adolescent pregnancy” (Cherry y Dillon, 2014).

Aunque, la anterior visión pareciera estar en las antípodas del psicoanálisis, más centrado en la introspección y las vivencias individuales con propósitos terapéuticos, comparten un elemento, que la sexualidad tendría una gran independencia del marco sociocultural, sea porque resulta un instinto o un atributo anclado en el genoma, o porque resulta, en el lenguaje freudiano, de una “pulsión” que es universal y autónoma, tal como lo plantean Bozón y Leridon (1993): *“De l’accent mis sur la base biologique et pulsionnelle de l’activité sexuelle a découlé l’affirmation humaniste” que l’expérience humaine dans ce domaine était universelle, les variations ne concernant que les mécanismes de la répression. Cette affirmation a eu un grand retentissement à l’époque où elle a été produite. Mais elle a pour effet majeur de “désocialiser” en grande partie l’activité sexuelle, et de faire passer pour secondaire le rôle central de la construction sociale et culturelle, sans laquelle aucun désir ne pourrait pourtant apparaître et s’exprimer*” ((Foucault, 1984) citado en Bozón y Leridon, 1993).

Contrariamente a esta visión, en este documento se subrayarán los factores socioculturales agregados que parecen ser decisivos para un conjunto de comportamientos sexuales y reproductivos entre las y los adolescentes, tal como se expuso en la introducción. Desde luego, lo anterior no significa renegar del componente biológico e instintivo de la sexualidad, sin duda esencial y muy poderoso, pero sí significa rechazar que este componente esté al margen del marco normativo de las sociedades. En este sentido, el texto sigue un enfoque más afín a lo planteado por autores como Macintyre, Montero y Sagbakken, 2015; Zimmer-Gembeck y Helfand, 2008; Juárez y Gayet, 2005; Kirby, 2001; Bozón y Leridon, 1993, entre otros en el sentido de que: *“Sexuality is regulated by sociocultural norms, beliefs, morals and taboos, and “policed by a large range of religious, medical, legal and social institutions”* (Macintyre, Montero y Sagbakken, 2015, pág. 85).

“Un exemple qu’on peut prendre dans un domaine autre que la sexualité renforce cette constatation: le fait qu’il existe un besoin de se nourrir (bien plus pressant à maints égards que la “pulsión” sexuelle) n’entraîne pas que les habitudes alimentaires des individus puissent être correctement décrites comme “expression” d’une pulsión universelle. Contre Freud, Gagnon et Simon sont amenés à insister également sur l’extrême variabilité des biographies et des modes d’apprentissage sexuels” (Bozón y Leridon, 1993, pág. 1.775).

“Adolescent sexuality is experienced not in isolation but within the context of social relationships and the larger social climate [...], both of which influence adolescents’ understanding of themselves and their sexuality [...]. Though sexuality may be individually experienced as natural, instinctive, and deeply-rooted, young women and men become sexual just as they become anything else: through a process of social learning [...]. Sociologists have long argued that sexuality is socially constructed and that sexual scripts play a powerful role in individuals’ labeling of their desires and sexual identities [...]. Families, schools, media, religion, and broad cultural beliefs and norms about sexuality shape how adolescents experience their bodies, desire, and relationships. This becomes particularly clear when we compare adolescent sexual behaviors in the United States to those in other nations. International comparisons reveal considerable diversity in adolescent sexual experiences, including age at first sex, extramarital sexual activity, same-sex sexuality, contraceptive behavior, and early childbearing. Such differences highlight the importance of social context and environmental factors in understanding adolescent sexuality. Cultural values, taboos, and religion alter our understanding of sexuality, and poverty and gender structures are key to understanding sexual behavior” (Baumle, 2013).

Lo anterior resulta en una posición mucho más dinámica y protagónica de las políticas y programas, pues ellas se consideran vectores de cambio conductual. Uno de los enfoques más activos es el denominado *“social norms-connectedness framework”* que plantea, a grandes rasgos, que las normas de los grupos de pertenencia o referencia de los y las adolescentes son claves para su comportamiento, en este caso las normas relativas a la actividad sexual en general, la actividad sexual riesgosa y el

embarazo/maternidad adolescente, y que el peso de estos grupos en la conducta individual depende del grado de cercanía que la persona tiene con ellos⁶. En general, de este enfoque se coligen acciones destinadas a promover y reforzar normas, prácticas y mensajes claros, precisos y sistemáticos contra la actividad sexual riesgosa y a favor de la postergación de la iniciación sexual, de la decisión consciente y del uso de anticonceptivos desde la iniciación sexual.

B. Sobre las teorías sicosociales y el debate sobre los riesgos y la normalidad de la iniciación sexual temprana

La complejidad de la sexualidad adolescente ha dificultado la construcción y uso de un marco teórico dominante o único para su comprensión. Por ello, en la práctica, diversas teorías han sido usadas para analizarla (Zimmer-Gembeck y Helfand, 2008; Wellings y otros, 2006).

Durante largo tiempo, la iniciación sexual temprana fue considerada como un problema, tanto por los riesgos que entraña de manera directa, particularmente los relativos a embarazos precoces y disruptivos para la vida y adversos en muchos sentidos y enfermedades de transmisión sexual, y por su asociación empírica con conductas riesgosas y “desviadas” como abuso de sustancias, ausencia de límites y autocontrol, pertenencia a bandas y pandillas, actitudes antisociales, etc.

Más aún, habida cuenta la carga sociocultural de la actividad sexual, también ha sido usual considerar los riesgos de trauma psicológico asociados a iniciaciones tempranas sin la adecuada madurez mental y moral para manejar un evento de esta importancia vital y significado social.

En la misma línea, la teoría del control social (Hirschi, 1969) sugiere que la mayor parte de la gente puede involucrarse o llevar a cabo conductas desviadas y que las principales fuerzas que lo impiden son las instituciones sociales, como la familia, la escuela y la iglesia.

Cualquiera sea el caso, las hipótesis naturales derivadas de estos enfoques son claras: i) la iniciación sexual temprana será más frecuente entre adolescente con problemas conductuales y dificultades de adaptación; ii) la iniciación sexual temprana es pernicioso y debe ser evitada; y iii) la postergación de la iniciación sexual sería un comportamiento racional, reflexivo y responsable.

Otra línea de pensamiento, más reciente y también más orientada a la protección de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, se ha preocupado más de entender las conductas riesgosas y en prevenir sus riesgos cuando es posible. El caso de la actividad sexual es paradigmático al respecto, ya que sus principales riesgos son efectos no buscados y prevenibles, como las ITS y los embarazos no deseados.

Esta línea no desconoce la asociación empírica entre iniciación sexual temprana y comportamientos desviados, así como la existencia de otros riesgos —por ejemplo, traumas psicológicos, violencia, inestabilidad emocional, etc.— resultado de inmadurez psicológica y estigma social. Pero subraya que lo anterior representa solo una fracción de la actividad sexual durante la adolescencia, y que otra fracción, creciente por lo demás, se vincula con decisiones reflexivas, con relaciones románticas, con compromisos amorosos y con una búsqueda legítima y natural de placer y disfrute.

⁶ “If a group has clear norms for (or against) sex or contraceptive use, then adolescents associated with this group will be more (or less) likely to have sex and use contraceptives. However, the impact of the group’s norms will be greater if the adolescents are closely connected to this group than if they are not”... “Behavioral theorists have long recognized the influence of norms upon behavior, and for decades at least, practitioners have tried to use the media, group opinion leaders, and small-group or other interactive activities in sexuality and HIV education classes to change norms and to thereby change behavior. In addition, for a variety of reasons, people have tried to increase connectedness between youth and their families, schools and faith communities. Thus, simply recognizing that norms and connectedness influence behavior is not new. However, what is striking –to me, at least– is the extent to which social norms, connectedness and their interaction partially explain so many research findings involving both risk and protective factors and the impact of programs. While no single theory can explain all findings in adolescent sexual behavior (adolescent sexual behavior is just not that simple), these constructs appear remarkably powerful. Perhaps if we measure them better and focus upon them more, they can lead to the development of still more effective programs” (Kirby, 2001, pág. 280).

Por lo anterior, esta línea de investigación es más flexible y tolerante que la previa en su evaluación de la actividad sexual durante la adolescencia: *“aims have been to understand adolescent sexual planning and decision-making in order to guide the development of better interventions to assist adolescents to delay sexual intercourse, improve condom use or limit their number of sexual partners [...]”* (Zimmer-Gembeck and Helfand, 2008, pág. 156).

Finalmente, una tercera línea de pensamiento tiende a situar la sexualidad adolescente prenupcial en un plano de creciente normalidad, por lo cual las decisiones sobre cuándo, cómo y para qué debutar sexualmente son tomadas con arreglo a la reflexividad personal, aun cuando difícilmente de una forma totalmente libre por seguir siendo este un campo de fuerza encontradas, fuerzas que aún inciden sobre los adolescentes: *“another perspective on adolescent sexual behavior has been described in longitudinal studies that have placed more weight on adolescent sexuality as part of normal development, while also emphasizing the importance of individual dispositions and social environments. In these investigations, researchers have emphasized the importance of biological unfolding. In what could be called a Biosocial Model [...] and extensions on this model [...], sexual activity, unlike delinquent behavior, has been described as an activity almost every person will engage in by young adulthood and includes behaviors that are likely to continue throughout much of the life course. Because of the normative biological and relational aspects of sexual behavior, researchers with this perspective have acknowledged the importance of biological factors, such as hormones and physical maturation, and social factors related to maturation, such as dating, that may promote the onset and patterns of sexual behavior during adolescence. For example, young people who appear more physically mature seem to prompt certain responses from the social environment resulting in increased opportunities for romantic and sexual involvement [...]. Extensions of this model emphasize development and biology within a context of social contagion –the spreading of ideas and activities within a social environment at times of transition– to explain adolescent sexual behavior [...]”* (Zimmer-Gembeck y Helfand, 2008, pág. 156).

En algunos países desarrollados, como los Estados Unidos o Europa Occidental, la actividad sexual prematrimonial durante la adolescencia se ha generalizado a tal punto que ya se considera completamente normal: *“The initiation of romantic and sexual relationships during adolescence is a normative and integral part of adolescent identity development. In the United States, the overwhelming majority of young people have romantic relationships [...] and initiate sexual activity during their high school years [...]; this trend has continued for decades [...]. American adult attitudes toward adolescent sexual behavior, however, continue to be characterized by fear, concern, and a focus on risk [...], as evidenced by debates surrounding sex education in schools. Similarly, research on adolescent sexuality is largely focused on preventing sexual risk-taking and negative sexual outcomes, especially in the area of demography [...]. For example, sexual initiation is often characterized as a problem behavior, and the focus is overwhelmingly on contraceptive use, sexually transmitted infections, and pregnancy... A growing body of research in this field recognizes that adolescent sexual relationships are a normal and expected part of adolescence, and this work is beginning to change how we conceptualize adolescent sexuality in social research. Such a turn is evident in the research questions, methodology, and interpretation of findings of studies during the last two decades [...]”* (Baumle, 2013, pág. 167). *“Adolescents usually initiate intimate relationships and become sexually active... Evidence suggests that the age of onset of sexual intercourse is declining in industrialized countries”* (Currie y otros, 2012, pág. 173).

Pero incluso en estos países se mantiene la preocupación por el tema y se hacen distinciones en función de las características de la iniciación, en particular de su precocidad: *“...there could be at least two correlational pathways associated with sexually intercourse onset before the age of 18. One pathway would include certain dispositional traits marked by unconventionality, problem behaviors, and lack of social bonds to family, school or other social institutions. A second pathway might include certain biological characteristics (e.g., earlier maturation, particular hormonal levels or patterns), some problem behavior at a lower and more common level than the other group (e.g., experimentation with alcohol, other minor delinquent acts) and, because popularity with peers has been associated with earlier dating [...], peer group success. The first pathway would be more likely found when onset*

of sexual intercourse is most deviant from the norm and the most risky, such as very early onset of sexual intercourse. The second pathway would be more representative of a typical adolescent and found when onset of sexual intercourse occurs at an age when it is more typical (i.e., when a larger proportion of adolescents initiate sexual intercourse)” (Zimmer-Gembeck and Helfand, 2008); “early sexual activity is associated with risk factors such as substance use (6), lower academic achievement (6) and poor mental health (7), early onset of sexual activity has been pinpointed as an important marker for sexual health” (Currie y otros, 2012, pág.173).

Ahora bien, casi todas estas teorías suponen un contexto cultural específico, a saber, aquel en el cual: i) las decisiones sobre iniciación sexual pueden ser tomadas libremente por los y las adolescentes, aunque existan todavía controles sociales que hay en esta materia, y ii) hay un desligamiento de la sexualidad respecto de la unión y sobre todo de la reproducción. En tal sentido, todas las iniciaciones que responden a un modelo tradicional de nupcialidad temprana o pre-reflexivo de iniciación obligada o violenta, escapan a estas teorías (Wellings y otros, 2006), lo que será retomado en el apartado siguiente.

C. Sobre el curso de vida, su cambio con el desarrollo económico y social y los enfoques socio evolucionistas del comportamiento sexual

El enfoque de curso de vida incluye entre sus hitos a los sexuales y reproductivos y plantea que estos hitos, su calendario y su modalidad, tienen determinantes estructurales y que por ello se modifican cuantitativa y cualitativamente en concomitancia con el proceso de desarrollo económico y sociocultural de los países. En este sentido, los factores socioculturales estructurales superan largamente el modelamiento por otros significativos como los padres, que parece ser el mecanismo de influencia social más destacado por la psicología social tradicional: “...*modeling theory explains that children acquire their mating strategy after observing their parents’ relationship*” (Cherry y Dillon, 2014).

El enfoque de curso de vida ha subrayado como los cambios socioeconómicos y culturales, que suelen describirse con el concepto de modernización, entrañan fuerzas que modifican significativamente los comportamientos sexuales y reproductivos de la población, en particular en los países occidentales: “*Theories of the life course have given significant attention to processes of standardization and de-standardization over time in Western countries and how these transformations have been driven by industrialization and modernization. Prior to industrialization, work and social life were largely structured by the family [...] and transitions were only weakly age graded [...]. With industrialization, family control over early life course transitions loosened and structured institutions began to shape the lives of young people, such as how compulsory school attendance and labor laws set boundaries for entry into the labor force. Life course transitions began to become more standardized by age, with distinct periods for schooling, work, and family formation emerging [...]. However, as modernization proceeded, the transition to adulthood became de-standardized. Young people began to exert greater individual control over the timing and sequence of each transition, resulting in a greater diversity of status combinations over a longer period of time [...]*” (Grant y Furstenberg, 2007, pág. 417); “...*acknowledging wide cultural variation, adolescents are increasingly delaying marriage—for some, to pursue education or employment options. Urbanisation has an important role in this societal shift. Second, historically, societies expected childbearing to follow shortly after marriage; now norms are shifting towards delayed childbearing. These key changes, which affect all societies by varying degrees, have expanded the gap between puberty and marriage, and between marriage and childbearing*” (Bearinger y otros, 2007, pág. 1.221).

Uno de los autores que más ha elaborado sobre el calendario de la iniciación sexual y sus contextos para definir distintos tipos de control social de la sexualidad es Michel Bozón. Para él, un eje principal de la distinción es la valoración de la actividad sexual temprana de hombres y mujeres. En una síntesis de sus investigaciones empíricas al respecto, planteó lo siguiente (Bozón, 2003, pág. 2): “*La comparaison des âges respectifs des hommes et des femmes au premier rapport sexuel dans les*

génération anciennes fait apparaître trois grands modèles traditionnels d'accès à la sexualité. Nombreuses en premier lieu sont les sociétés où les stratégies parentales et familiales visent à éviter tout retard des femmes à entamer leur vie conjugale, reproductive et sexuelle: ces dernières sont poussées à former une union aussi près que possible de la puberté, avec des hommes sensiblement plus âgés, ce qui renforce la domination de sexe par la domination d'âge. Dans ces sociétés, même si l'initiation sexuelle masculine est plus tardive que celle des femmes, les hommes connaissent généralement une période significative de vie sexuelle pré-maritale. Ce modèle est celui que l'on rencontrait traditionnellement en Afrique sub-saharienne (par exemple au Mali, au Sénégal ou en Éthiopie), et probablement également dans le sous-continent indien (qui n'est représenté ici que par le Népal). Dans un second ensemble, dont font partie les cultures latines et latino-américaines, le contrôle social vise au contraire à retarder la mise en union des femmes et leur entrée dans la sexualité, en faisant tout pour préserver leur virginité. Sa perte avant le mariage constitue une transgression majeure, qui lèse le groupe familial et le conjoint [5]. Inversement, les jeunes gens sont fortement incités à prouver rapidement qu'ils sont bien des hommes, soit avec des prostituées, soit avec des femmes plus âgées, et leur initiation sexuelle a lieu nettement avant celle des femmes. Cet ensemble comprend l'Europe du Sud (du Portugal à la Grèce et à la Roumanie), l'Amérique latine (Brésil, Chili, République dominicaine), mais également la Thaïlande et d'autres sociétés d'Asie pour lesquelles on ne dispose pas de données quantitatives. Au Brésil par exemple, dans le groupe âgé de 45 à 49 ans, l'écart entre l'âge médian au premier rapport et celui de la première union est de sept ans pour les hommes, alors qu'il n'est que d'un an pour les femmes. Dans les deux modèles présentés, la demande de conformité sociale pèse lourdement sur les femmes, mais il est clair que les hommes subissent aussi des injonctions puissantes à se comporter, le moment venu, "comme des hommes". Il existe un troisième ensemble de sociétés, moins homogène que les deux premiers, et qui se caractérise, dès la génération ancienne, par une proximité des calendriers masculin et féminin d'entrée dans la sexualité. Cette situation peut correspondre à un contexte de mariage tardif et à un fort encadrement des comportements juvéniles, y compris ceux des hommes, comme à Singapour ou au Sri Lanka (sans doute également en Chine et au Vietnam). La tendance à une initiation sexuelle tardive pour les hommes comme pour les femmes se retrouve dans des sociétés catholiques nonlatines comme la Pologne ou la Lituanie. On rencontre enfin une tradition d'initiation sexuelle "égalitaire" déjà depuis plusieurs générations dans de nombreuses sociétés européennes, comme en Europe du Nord, mais aussi en Suisse, en Allemagne ou en République tchèque".

Cualquiera sea el caso, la influencia de la cultura se refleja netamente en la enorme diversidad de comportamientos sexuales de los y las adolescentes alrededor del globo. Entre estos están los tradicionales de iniciación sexual temprana enmarcada en una unión más temprana (voluntaria o no) y con propósitos reproductivos, así como los tradicionales de iniciación sexual tardía, porque la iniciación sexual se restringe a la unión, pero la unión se ha postergado hasta más allá de la adolescencia (Bozón, 2003)⁷; este modelo es propio de regiones como el Sahael, donde la unión se ha postergado significativamente y la actividad sexual premarital o sin unión es muy escasa, conduciendo a bajo niveles de fecundidad adolescente (Ouadah-Bedidi y Vallin, 2016; United Nations, 2015). Desde luego, en este espectro se incluye también la sexualidad temprana, de creciente simetría entre los sexos y sin necesidad de unión, que caracteriza a buena parte de los países occidentales desarrollados, y que se ha descrito como "sexualidad moderna" y "conducta reproductiva moderna", asociadas a la modernidad tardía o post-industrial y enmarcadas o vinculadas con una transición a la adultez emergente (Di Cesare, 2015; Rodríguez Vignoli, 2014a y 2009; Billari y Liefbroer, 2010; Wellings y otros, 2006)⁸.

⁷ "In societies in which first intercourse still occurs mainly within marriage, the trend towards later marriage has been accompanied by a trend towards later sex in young women" (Wellings y otros, 2006, pág. 1.710)

⁸ Billari y Liefbroer plantean que: "a new dominant pattern of the transition to adulthood is emerging throughout Europe... This ideal-typical pattern can be characterized as late, protracted, and complex. It is late, in the sense that many events occur rather late during young adulthood, it is protracted in the sense that the time span between the first and the last transition –typically leaving home and entry into parenthood or marriage– is relatively long, and it is complex in that relatively many events occur during young adulthood and that some of these events even are repetitive" (Billari y Liefbroer, 2009, pág. 60). Por otra parte, en el Manual de Demografía de la Sexualidad (Baumle, 2013) se abordan algunos de estos temas, aunque su foco no es precisamente este.

De cualquier manera, justamente por la condición cultural de la actividad sexual, la unión y el control social y parental de los y las adolescentes, numerosos estudios han alertado sobre los riesgos de pronosticar una tendencia global única en materia de debut sexual: “*Sexuality is an essential part of human nature and its expression needs to be affirmed rather than denied if public-health messages are to be heeded. As we have seen, men and women have sex for different reasons and in different ways in different settings. This diversity needs to be respected in a range of approaches tailored to whole societies, and to particular groups and individuals within them*” (Wellings y otros, 1.724). Y los datos de fines del siglo XX corroboraban esta diversidad: “*None of these data suggest a universal trend towards sex at a young age. The trends are complex and vary greatly with male or female sex. The proportion of women who report early intercourse (before age 15 years) decreased significantly or remained stable between the late 1970s and the late 1990s in four of five countries for which comparisons can be made [...]. For men, the proportion either remained stable or increased during that period. The increase was significant in several Latin American and African countries. In societies in which first intercourse still occurs mainly within marriage, the trend towards later marriage has been accompanied by a trend towards later sex in young women, 37 and is particularly a feature of countries in Africa and south Asia [...]. In some industrialised countries, sexual activity before age 15 years has become more common in recent decades*” (Wellings y otros, 1.710).

En este sentido, el presente trabajo procura verificar si persiste esta diversidad en las trayectorias sexuales durante la adolescencia, tanto entre grandes regiones del mundo en desarrollo, como entre países de América Latina y también entre países desarrollados, habida cuenta de la evidencia reciente que sugiere una inflexión hacia la postergación en la edad de iniciación sexual en algunos de estos países, como los Estados Unidos (Martínez y Abma, 2015).

D. Sobre las peculiaridades de América Latina

En 2007, Monica Grant and Frank Furstenberg Jr. subrayaban el papel clave de la educación para los cambios de la sexualidad y la reproducción en la adolescencia: “*A substantial demographic literature describes differences in marriage and fertility by educational attainment in the developing world. A recent volume on transitions to adulthood in developing countries commissioned by the National Research Council and the Institute of Medicine (2005) demonstrated that educational attainment is an important key for understanding changes in subsequent transitions to adulthood, specifically marriage and parenthood. Other literature has explored the role of school in differentiating the lives of students and non-students. A recent comparative study of time use among adolescents in five developing countries found that students spent less time on both paid and domestic work than non-students, and that school participation makes the work time of boys and girls more equal (Lloyd et al. forthcoming). Similarly, the NRC-IOM report (2005) found that in 24 of 28 countries examined, girls enrolled in school are less likely than non-students to engage in sexual activity and are more likely to use a condom, a conclusion that held even after the results were age standardized*”. Al mismo tiempo, llamaban la atención sobre la paradoja de América Latina, donde el aumento de la educación no había conducido a los resultados esperados, en particular la postergación de la maternidad y la baja abrupta de la fecundidad adolescente. “*These processes of standardization and differentiation were shaped both by new economic opportunities and modes of production and by changes in social structures and institutions that facilitated changes in the early life course. In the United States, twentieth century shifts in the transition to adulthood can be largely attributed to the expansion of secondary and post-secondary education, a lengthened period of nonfamily living after leaving the parental home but prior to family formation, and delays in the timing of marriage and first parenthood [...]. The authors of that study observe that these processes were influenced by factors including changes in the economy, such as the gradual shift from agriculture to the service sector that allowed young people to experience economic independence prior to marriage, and increasing life expectancy which permits the returns on human capital investments. By 2000, women and men in the United States experienced a greater number of status combinations during early adulthood relative to their counterparts in 1900, with the period between ages 20 and 25 subject to the greatest status variation [...]. In contrast to the significant changes in the transition to adulthood observed in the United States and Europe, an analysis of the early*

life course in Mexico between 1970 and 2000 found relatively little change in the complexity of life course transitions [...]. Although school participation became nearly universal and there was an expansion of female labor force participation, there was very little change in the timing of marriage and childbearing. Given the significant amount of political and economic change that occurred from 1970 and 2000, Fussell expected to find greater change in the structure of the life course. Instead, she posited that the observed increases in female employment were driven by economic necessity, rather than by a shift in gender roles making work and motherhood more compatible”.

Más recientemente, Esteve y Flórez-Paredes (2014) han ratificado la excepcionalidad latinoamericana, usando la expresión “paradoja de la estabilidad” referida en principio a la edad de la primera unión, pero que también es válida para la edad del primer hijo: “*si los años de escolarización retrasan el calendario de la primera unión y del primer hijo, ¿por qué las mujeres que pertenecen a cohortes más jóvenes y que son más educadas no forman pareja ni tienen hijos más tardíamente que aquellas de cohortes más antiguas, con menos años de escolaridad acumulados? El artículo se concentra especialmente en la nupcialidad y la fecundidad, aunque también aborda la edad de la primera relación sexual porque se trata de una variable relacionada con las anteriores. La paradoja de la estabilidad ha sido objeto de diversos estudios. Fussell y Palloni (2004) atribuyeron este fenómeno de la persistencia de una temprana y casi universal formación de la unión en América Latina a la importancia de las redes familiares en contextos de dificultades económicas. En línea con este argumento, Esteve, Lesthaeghe y García (2012), encontraron que más del 40% de las parejas cohabitantes y sobre el 60% de las madres solteras corresidían con al menos otro pariente, casi siempre los padres. Este patrón de coresidencia no ha disminuido en las generaciones de parejas cohabitantes más jóvenes, hecho que resalta la importancia del apoyo que prestan sus familias a las parejas jóvenes y a las madres solteras. Respecto de la relación específica del logro educativo y la formación de la unión así como de la entrada a la maternidad, Castro y Juárez (1995) demostraron que en América Latina, al igual que en otras regiones del mundo en desarrollo, las mujeres más educadas tenían hijos más tardíamente que las menos educadas, pero también advirtieron al comparar dos puntos en el tiempo –determinados por las Encuestas de Demografía y Salud y datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad– que la relación entre la educación y la edad de la maternidad había variado. Estos autores sostuvieron que el comportamiento de los grupos educativos había cambiado durante el período entre las encuestas, contrarrestando así los retrasos esperados en el calendario de fecundidad debido a la expansión educativa. En suma, la edad al primer hijo se rejuveneció en las mujeres de distintas cohortes pero con el mismo nivel educativo. En similar línea, Heaton, Forste y Otterstrom (2002) hallaron evidencia sobre la estabilidad en el tiempo del calendario de la nupcialidad y la fecundidad en América Latina e invitaron a prestar mayor atención a la escasa correspondencia del comportamiento de la educación a nivel individual y agregado. Estos autores se referían a la relación de los niveles micro y macro, esto es, a la falta de correspondencia de las diferencias que se observan en los individuos (por ejemplo, las personas con más años de escolaridad suelen tener hijos más tardíamente) con las que tienen las sociedades durante su evolución en el tiempo (por ejemplo, en las sociedades con mayores niveles de educación no se retrasa la edad al primer hijo). En cuanto a la relación con la edad del matrimonio, Esteve, López y Spijker (2013) indicaron que el retraso en la edad a la primera unión debido a la expansión educacional fue contrarrestada por una formación más temprana de esta unión en cada grupo educativo, particularmente en las mujeres con menos años de educación secundaria. La escasa correspondencia de los niveles individual y colectivo, que da lugar a la paradoja de la estabilidad, no se traduce en que la educación sea una variable poco relevante para comprender los comportamientos nupciales y reproductivos de las mujeres de América Latina [...]. De hecho, en una perspectiva comparada, Castro (1995) mostró que la relación de la educación y la fecundidad a nivel individual era más acentuada que en cualquier otra región del mundo. En un estudio del mismo año, sobre la base de las Encuestas de Demografía y Salud de nueve países de América Latina a fines de los años ochenta, Castro y Juárez (1995) examinaron cuáles aspectos de la educación eran los que ejercían una mayor influencia en la fecundidad de las mujeres. En los resultados se destacó como el factor más determinante la dimensión socioeconómica de la educación (el costo de oportunidad de tener hijos o no, en relación con otras decisiones de la vida). Sin embargo, estas autoras encontraron*

que no existían diferencias significativas en la fecundidad deseada según grupos educacionales, lo cual sugería un cierto grado de homogeneización de los patrones de fecundidad en los estratos sociales. Finalmente, cabe destacar la contribución de Rodríguez (2009) sobre la fecundidad adolescente. Para Rodríguez, la elevada fecundidad adolescente que caracteriza buena parte de las sociedades de América Latina sería responsable de haber mantenido estable la edad de la mujer al primer hijo durante estas últimas décadas. Todo esto en un contexto donde las mujeres empiezan a tener relaciones sexuales más temprano, a menudo sin un uso óptimo de los métodos anticonceptivos. Rodríguez (2009) investiga y discute las causas relacionadas con la elevada fecundidad adolescente que persiste en la región. Este autor argumenta que si bien la modernidad tiende a producir una postergación de la unión, también estimula a anticipar la edad de la iniciación sexual. Como resultado, una iniciación sexual más temprana puede conllevar un aumento de la fecundidad adolescente si no es acompañada de una anticoncepción eficiente. El autor se refiere al concepto de modernidad sexual truncada, que define básicamente por la falla en esta capacidad de protección, que atribuye a tres aspectos. En primer lugar, es atribuible a la reticencia institucional (familiar y social) frente a la sexualidad adolescente premarital, negando la autonomía de los jóvenes en este tema y, por ende, restringiendo su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva; en segundo término, al contexto de desigualdad social de los países, en que por la falta de oportunidades laborales, educativas y vitales para los jóvenes, en especial de sectores pobres, se reduce el costo de la maternidad o paternidad adolescente, elevando incluso su valor como mecanismo para dotar de sentido a la vida. Por último, a la cultura familiar propia de la región, ya mencionada, que asume los costos de la reproducción temprana” (págs. 44-46).

Lo anterior no significa que la región destaque por su iniciación nupcial temprana. De hecho, hasta fines del siglo pasado estaba entre las regiones del mundo en desarrollo con mayor edad mediana a la primera unión (Wellings y otros, 2006, págs. 1.709-1.710), aunque habida cuenta de la resistencia a la postergación que encuentran los estudios más recientes, su condición actual podría ser diferente.

E. Síntesis de la discusión teórica e hipótesis

De acuerdo a todas las teorías existentes, los hitos reproductivos deberían estar modificando su calendario con el cambio socioeconómico y cultural que suele expresarse con las nociones de modernización y modernidad, ahora expresadas al comportamiento sexual y reproductivo. Más concretamente, la sexualidad y reproducción modernas en la adolescencia debieran estar marcadas por: i) la drástica reducción de la nupcialidad y de la fecundidad; ii) el adelantamiento de la primera relación sexual; iii) la generalización de la actividad sexual antes de la unión⁹; iv) la convergencia de las conductas sexuales entre hombre y mujeres; y v) la convergencia de comportamiento entre grupos socioeconómicos.

Ahora bien, mientras los factores que determinan el retraso de la unión y de la fecundidad son objetivos —la unión y la fecundidad tempranas devienen objetivamente adversos con la modernización económica y social (Céspedes y Robles 2016; CEPAL, 2014; Cherry y Dillon, 2014; Esteve y Flórez-Paredes, 2014; Robledo 2014a; Rodríguez Vignoli, 2014a; Azevedo y otros, 2012; Grant y Furstenberg, 2007)—, el adelantamiento de la iniciación sexual y la masificación de la actividad sexual antes de la unión depende de factores culturales más complejos y diversos, por lo cual se trata de una hipótesis eventualmente válida para ciertos contextos culturales, digamos la cultura occidental.

Esta noción de diversidad cultural ha sido validada por estudios comparativos mundiales que han usado datos del siglo XX: “*No universal trend towards earlier sexual intercourse has occurred, but the shift towards later marriage in most countries has led to an increase in premarital sex, the prevalence of*

⁹ Esto NO significa que la actividad sexual devenga casual, fortuita o promiscua. La evidencia disponible sugiere que la mayor parte de las adolescentes se inician con parejas relativamente duraderas (novios o amigos íntimos) y que el grueso de la actividad sexual en esta fase de la vida acontece en el contexto de relaciones románticas previamente establecidas. De cualquier manera, es probable que la actividad sexual casual o desligada de una relación romántica previa esté en alza, y que entre los hombres sea más frecuente, por el bien conocido doble discurso sobre la actividad sexual en la adolescencia que hay en la región, uno condenatorio y culposo de las mujeres y otro alabancioso y jactancioso de los hombres (Shepard, 2000).

which is generally higher in developed countries than in developing countries, and is higher in men than in women” (Wellings, 2016, pág. 1.706). Sin embargo, no es claro si esta diversidad se ha convertido en trayectorias disímiles consolidadas en materia de sexualidad, unión y reproducción en la pobreza. El presente trabajo presentará evidencia novedosa al respecto.

En el caso de América Latina se ha detectado una paradoja vinculada con la resistencia a la postergación de la unión y de la maternidad, por una parte, y el claro adelantamiento de la actividad sexual, por otra. Esta paradoja tiene como trasfondo un contexto cultural e institucional que dificulta la plena expresión de la modernidad sexual y reproductiva. Por ello, la noción de “**modernidad sexual y reproductiva truncada**” ha sido usada para describir la evolución de los hitos antes mencionados y otros asociados, en particular con la anticoncepción¹⁰.

Adicionalmente, hay dudas sobre la convergencia socioeconómica de las conductas sexuales y reproductivas durante la adolescencia, pues lo que parece estar ocurriendo es más bien la polarización socioeconómica de estos comportamientos. Mientras los grupos de mayor nivel socioeconómico exhiben el patrón moderno occidental, los de menor nivel socioeconómico presentan patrones híbridos o tradicionales, sobre todo en materia nupcial y de fecundidad (Rodríguez Vignoli, 2014a).

Lo que se hará en este trabajo será verificar la pertinencia de esta caracterización de la región como excepcional y poseedora de una modernidad sexual y reproductiva truncada. Para ello, se recurrirá al análisis comparado con otras regiones del mundo, con especial atención a lo que acontece en los primeros años de la adolescencia, cuando se vive un punto de inflexión para los y las muchachas, relacionado con la capacidad de ejercer su autonomía y sus derechos y contar con la debida protección para prevenir riesgos y daños. Por ende, se evaluarán las siguientes hipótesis:

- i) América Latina tiene una fecundidad y maternidad adolescentes más altas que lo previsto por su fecundidad total y sus indicadores de desarrollo social, y más resistentes a la baja que el resto de las regiones del mundo.
- ii) La fecundidad adolescente es más desigual socialmente que la total y presenta niveles de desigualdad social sobresalientes a escala mundial.
- iii) El adelantamiento de la unión, la persistencia de un núcleo duro de iniciación nupcial temprana y las barreras de acceso a la anticoncepción definen el papel de las variables intermedias en esta especificidad de la fecundidad adolescente.
- iv) El desacoplamiento entre iniciación sexual e iniciación nupcial está en curso, pero el núcleo duro de iniciación nupcial temprana aún es responsable de una parte importante de la fecundidad adolescente.
- v) Las transiciones de la iniciación sexual y nupcial dentro de la adolescencia sugieren una inflexión en torno a los 15 años, a diferencia de lo que acontece en otras regiones del mundo.
- vi) La generalización de la actividad sexual durante la adolescencia no implica forzosamente una condena a una fecundidad adolescente elevada.
- vii) La deseabilidad de la maternidad adolescente está en franco descenso, por lo cual su persistencia revela vulneración de derechos sexuales y reproductivos. Y la no deseabilidad presenta un gradiente socioeconómico mucho menor que los resultados reproductivos, por lo cual la modernidad reproductiva truncada es particularmente adversa para las muchachas más vulnerables.

¹⁰ Lo que no es tan exótico, si se considera que algunos estudiosos han indicado que la región, Chile como ejemplo emblemático, experimenta una “modernización sin modernidad”, porque existe una notable modernización a costa de la exclusión de amplios sectores sociales que quedan estructuralmente al margen del mercado (desempleo, informalidad) y de la protección estatal (servicios públicos), (Lechner, 1990, pág. 4).

III. Metodología

Comparación de medias de indicadores clave sobre la modernización sexual y reproductiva entre los y las adolescentes entre países de América Latina, de otras regiones del mundo en desarrollo y países desarrollados. Como se trata de comparación de valores agregados, cifras nacionales, las diferencias de medias y proporciones serán usadas como procedimiento básico para identificar distinciones.

Se usarán los indicadores de fecundidad adolescente, fecundidad total y de porcentaje de iniciadas sexualmente, alguna vez unidas, y madres durante la adolescencia (varias edades para evaluar la transición durante la adolescencia), los que se obtendrán de las proyecciones oficiales de las Naciones Unidas, de StatCompiler¹¹ para todos los países con encuestas DHS¹² o RHS¹³, del procesamiento especial de microdatos de encuestas, especializadas o de juventud, de países de la región, de muestras censales armonizadas elaboradas por IPUMS¹⁴. Para el examen de tendencias, se compararán grupos de edad (15-19 y 20-24 años) de diferentes encuestas.

Un punto clave de esta indagación atañe a la tendencia de la iniciación sexual, para lo cual se usará una fuente novedosa, la HBSC¹⁵, que permitirá tener como punto de comparación a los países desarrollados, los que parecieran tener una iniciación sexual temprana sin implicaciones reproductivas (Di Cesare, 2015; Cherry y Dillon, 2014; Rodríguez Vignoli, 2014a). Respecto de la anticoncepción, se considerará el uso de anticoncepción en la primera relación sexual, en tanto mejor indicador de protección anticonceptiva, entre las muchachas y muchachos de 15 años, en la medida que los datos lo permiten. Lo anterior porque en las encuestas DHS y RHS esta pregunta se incluye de manera irregular y

¹¹ Véase www.statcompiler.com.

¹² Véase www.measuredhs.com.

¹³ Véase www.cdc.gov/reproductivehealth/global/tools/surveys.htm.

¹⁴ Véase <https://international.ipums.org/international/>.

¹⁵ Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) es un proyecto colaborativo entre países promovido por la Organización Mundial de la Salud e implementado por un consorcio de universidades de países desarrollados. La encuesta HBSC se levanta cada cuatro años y recoge datos para la población de 11, 13 y 15 años de edad sobre la salud y el bienestar, los entornos sociales y los comportamientos de salud. Se escogen estos años porque marcan un período de mayor autonomía que puede influir sobre su salud y los comportamientos relacionados con la salud. El proyecto se remonta a 1982, cuando los investigadores de Inglaterra, Finlandia y Noruega acordaron desarrollar e implementar un protocolo de investigación para estudiar niños/as en edad escolar. En 1983, el estudio HBSC fue aprobado por la Oficina Regional de la OMS para Europa como un estudio en colaboración. HBSC incluye actualmente 44 países y regiones de Europa y América del Norte. Para más información, véase www.hbsc.org.

a veces solo para conocer el uso de condón. En las encuestas HBSC se incluye, pero para la última relación sexual, no la primera. Las encuestas FFS de la década de 1990 en países desarrollados la incluyeron, pero sus resultados no son confiables para la edad 15.

Para evaluar la importancia de los factores socioeconómicos (desigualdad) y las variables intermedias, se usarán modelos logísticos binomiales y multinomiales con variables de control, como la edad y la zona de residencia y determinantes distales, como el nivel socioeconómico, y determinantes próximos clave.

Finalmente, la deseabilidad/planificación de la reproducción adolescente requiere ciertas precisiones conceptuales, metodológicas y prácticas.

En términos conceptuales, la expresión más general es el embarazo intencional/no intencional, el que se compone de embarazo no deseado y embarazo inoportuno¹⁶. La planificación (o no planificación) de un embarazo, por su parte, se vincula más directamente al uso fallido o no uso de anticoncepción en situaciones de actividad sexual susceptible de producir embarazo pero que no persigue propósitos reproductivos¹⁷. No obstante esta distinción, la voz embarazos no planificados o no planeados también se ha usado específicamente para los inoportunos (*mistimed*), reservando la voz embarazos no deseados para aquellos que ocurren cuando las mujeres no querían tener más hijos (Hakkert, 2001, cuadro III.2). Para evitar confusiones, entonces, en este trabajo se usarán la expresión embarazo no deseado/no planificado para referirse a todos aquellos que no fueron intencionales, sea porque no se querían más embarazos o porque se querían embarazos más tarde.

En términos metodológicos, las encuestas especializadas del tipo DHS proporcionan cifras relevantes sobre la valoración de la maternidad a partir de los indicadores sobre aspiraciones reproductivas. La media de estas aspiraciones y en particular la proporción de mujeres que no desea tener hijos, dan pistas sobre la valoración de la maternidad, aunque ciertamente no cubren la complejidad de esta noción. Cualquiera sea el caso, la declaración que proporcionan las adolescentes sobre los hijos que desean tener no puede considerarse como un indicador de valoración de la maternidad en la adolescencia, pues su declaración no especifica cuándo los quieren tener. Por otra parte, estas encuestas definen un nacimiento como “no deseado” en función del cotejo entre orden de nacimiento y el ideal de hijos: “*A birth is considered wanted if the number of living children at the time of conception of the birth is less than the ideal number of children as reported by the respondent*” (Rutstein y Rojas, 2006). Esta definición estándar no sirve para las adolescentes, pues subestima en mucho la no deseabilidad entre ellas. En efecto, sus hijos suelen ser de orden 1, y con su maternidad no sobrepasan su ideal de hijos —definidos culturalmente para el conjunto de la vida reproductiva—, aunque no hayan sido deseados/planificados para ese momento¹⁸.

Por ello, en términos prácticos la decisión teórica y metodológica más sólida es usar la consulta sobre si se deseaba el embarazo de los hijos tenidos de acuerdo a las categorías: i) en ese momento (deseado/planificado), en otro momento (no deseado/no planificado) o no se deseaban hijos (o más hijos) en general (no deseado/no planificado). Las encuestas DHS hacen esta pregunta para los nacimientos tenidos en los 5 años previos a la encuesta. Por la forma en que se redacta la consulta, los nacimientos pueden clasificarse en: i) deseados en ese momento; ii) deseados en otro momento; y iii) no se deseaba tener (más) hijos, siendo las dos últimas categorías las que componen los nacimientos no planificados/deseados.

¹⁶ *Unintended pregnancies are pregnancies that are reported to have been either unwanted (i.e., they occurred when no children, or no more children, were desired) or mistimed (i.e., they occurred earlier than desired). In contrast, pregnancies are described as intended if they are reported to have happened at the “right time” or later than desired (because of infertility or difficulties in conceiving)* (Santelli y otros, 2003, pág. 94).

¹⁷ *A concept related to unintended pregnancy is unplanned pregnancy—one that occurred when the woman used a contraceptive method or when she did not desire to become pregnant but did not use a method.* (Santelli y otros 2003, pág. 94).

¹⁸ La no planificación entre adolescentes debe incluir a los nacimientos inoportunos, es decir no deseados en ese momento pero sí en el futuro, ya que por las razones antes expuestas, es la principal causa de no planificación entre adolescentes “*Unwantedness reflects the intentions or desires of a woman (and her partner) after the couple have had all the children they want. In contrast, mistimed pregnancies can occur throughout the reproductive years but are most common among adolescent and young adult women*” (Santelli y otros, 2003, pág. 96).

Un desajuste importante entre la teoría y la medición que permiten las encuestas especializadas, es que la noción de intencionalidad apunta a los deseos de embarazo previos a su ocurrencia¹⁹, pero las encuestas especializadas consultan retrospectivamente sobre esta deseabilidad para hijos nacidos vivos, es decir embarazos que llegaron a término²⁰. Este es un primer factor por el cual las estimaciones disponibles subestiman los embarazos no deseados/planificados. El otro factor por el cual esta medición subestima los niveles de no deseabilidad/no planificación es la denominada racionalización, es decir la aceptación expost de embarazos no deseados inicialmente, sobre todo si llegan a término. Debido a estos dos factores, las estimaciones de no deseabilidad/no planificación de los embarazos adolescentes que se presentarán en este texto deben considerarse como un piso, ya que en algún grado subestiman su magnitud real.

Aunque técnicamente las preguntas de las encuestas refieren a la intencionalidad de los embarazos, para efectos de narrativa se usará directamente la expresión nacimientos deseados o nacimientos no deseados/no planificados, pues en todos los casos se trata de embarazos que llegaron a término.

¹⁹ *Conventional measures of unintended pregnancy are designed to reflect a woman's intentions before she became pregnant* (Santelli, 2003, pág. 94).

²⁰ *Intentions are often measured or reported only for pregnancies ending in live births; pregnancies ending in abortion are generally assumed to have been unintended. All of these definitions assume that pregnancy is a conscious decision.* (Santelli, 2003, pág. 94).

IV. Resultados y análisis

A. Fecundidad adolescente en América Latina: comparativamente alta y crecientemente desvinculada de la fecundidad total

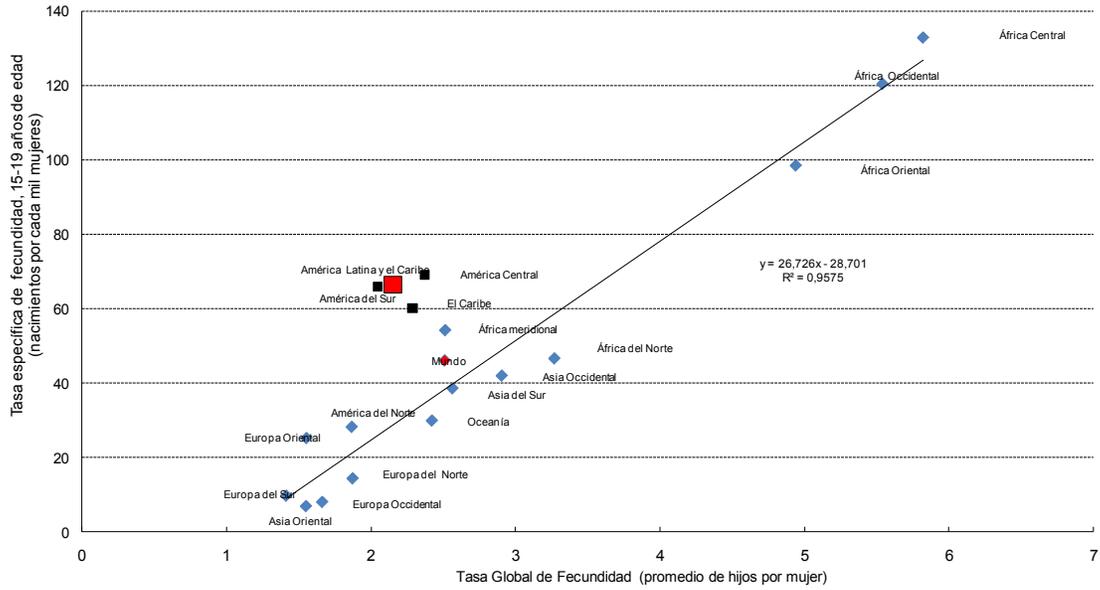
En el gráfico 1 se exponen las proyecciones de fecundidad total y del grupo 15-19 años por grandes regiones del mundo, para el quinquenio 2010-2015. América Latina y el Caribe ratifica su posición excepcional, ya mostrada en estudios previos (Rodríguez Vignoli, 2014a, 2014b y 2009), por cuanto las tres subregiones que la componen están muy por sobre lo esperado según su fecundidad total y siguen a las regiones más pobres de África en el nivel de la fecundidad adolescente.

Los gráficos 2 y 3 muestran que la fecundidad adolescente también es sistemática y significativamente mayor que la prevista según las condiciones socioeconómicas de la región. En el gráfico 2 se aprecia, para las mismas subregiones del mundo expuestas en el gráfico 1, que América Latina y el Caribe vuelve a ser un conglomerado muy por encima de la línea de ajuste entre la urbanización, una variable que históricamente ha sido importante para el descenso de la fecundidad total y adolescente (United Nations, 1987), aunque en los últimos años la relación se ha debilitado en términos dinámicos (United Nations, 2014 y 2011b). Cuando se opera a escala de países, el gráfico 3 muestra que casi todos los países de la región se encuentran por sobre la línea de ajuste de la nube de puntos de la fecundidad adolescente y el índice de desarrollo humano. La excepción es Haití, que registra una tasa más baja que la que cabría esperar, dada la precaria posición que ocupa en el índice de desarrollo humano a escala global.

Finalmente, el gráfico 4 muestra tres correlaciones que históricamente han sido altas por razones metodológicas y sustantivas²¹. Se trata de la correlación entre la tasa global de fecundidad, la tasa específica de fecundidad adolescente y la proporción de madres o embarazadas en el grupo 15-19 años, los tres indicadores calculados a partir de la misma fuente (encuestas de demografía y salud) para garantizar comparabilidad.

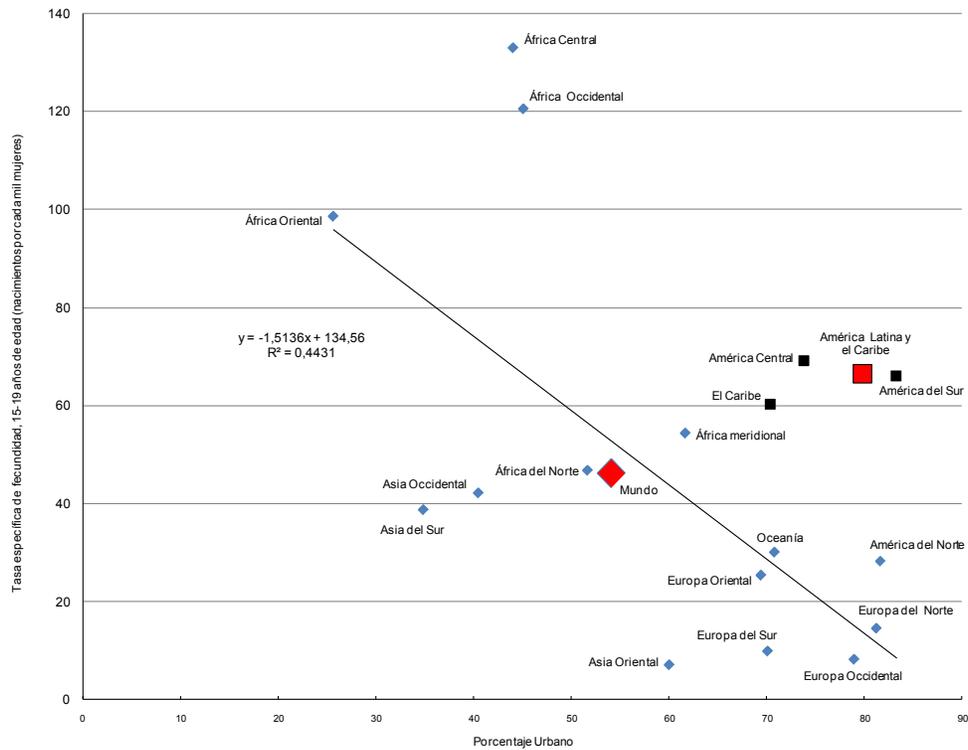
²¹ En términos metodológicos, porque la tasa específica de fecundidad adolescente es una de las siete tasas quinquenales que se suman para obtener la tasa global. En términos sustantivos, porque un inicio temprano implica mayor exposición al riesgo de fecundidad e históricamente ha anticipado una mayor fecundidad.

Gráfico 1
El mundo según subregiones: tasa global de fecundidad y tasa específica de fecundidad adolescente, 2010-2015



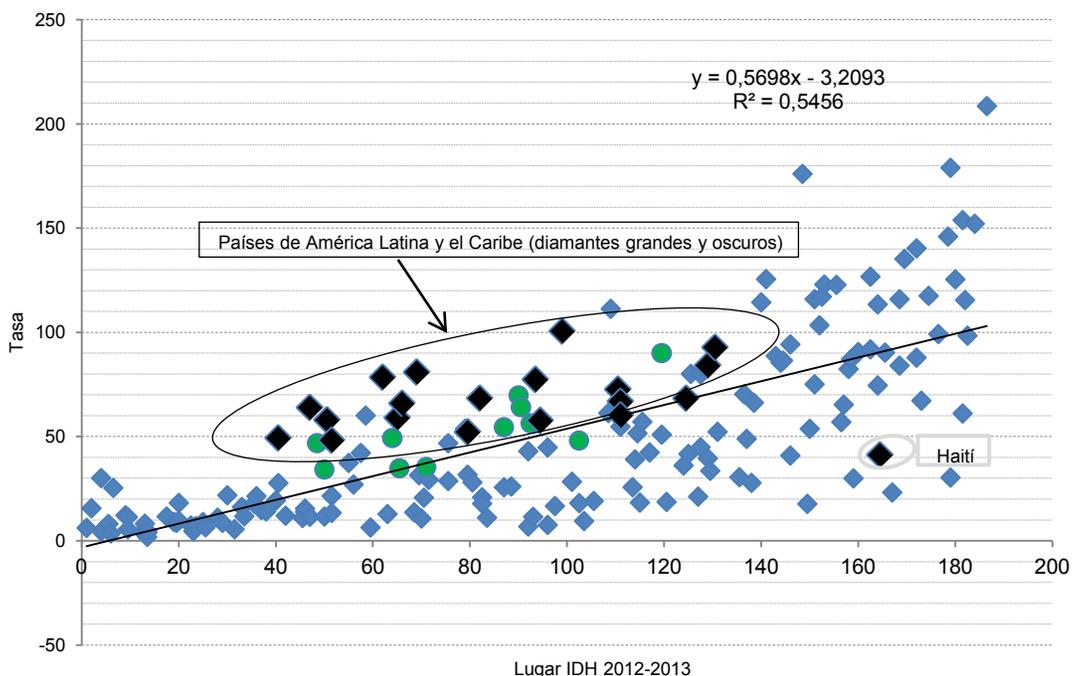
Fuente: Cálculos propios sobre la base de United Nations, 2015.

Gráfico 2
El mundo según países: grado de urbanización 2010-2015 y tasa específica de fecundidad adolescente, 2010-2015



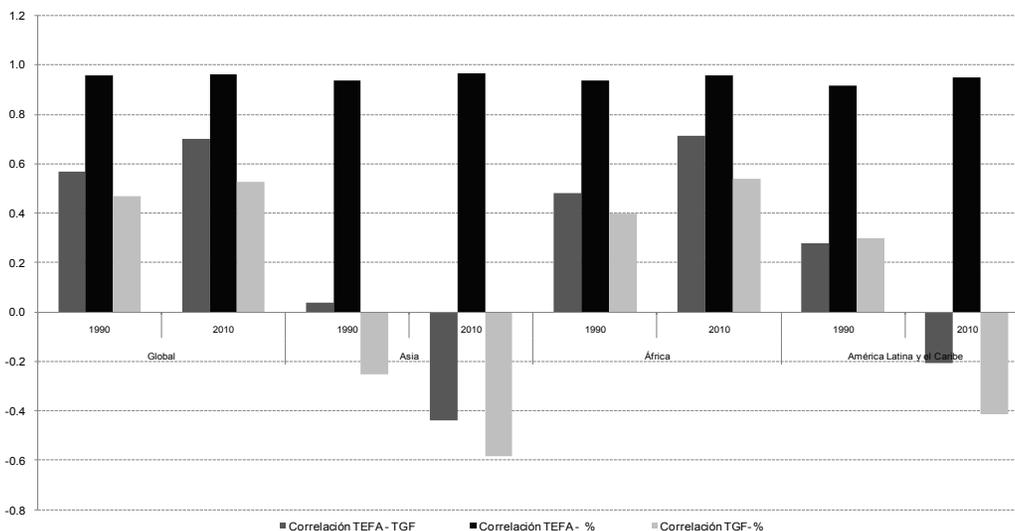
Fuente: Cálculos propios sobre la base de United Nations, 2015.

Gráfico 3
El mundo según países: índice de desarrollo humano 2012-2013 y tasa específica de fecundidad adolescente, 2010-2015



Fuente: Cálculos propios sobre la base de United Nations, 2015.

Gráfico 4
Grandes regiones del mundo: correlaciones simples^a entre la tasa de fecundidad adolescente (15-19 años de edad), la tasa global de fecundidad y el porcentaje de adolescentes madres o embarazadas por primera vez al momento de la encuesta^b, circa 1990 y circa 2010



Fuente: StatCompiler, www.measuredhs.com.

^a Países incluidos: Asia: Bangladesh, Filipinas, Indonesia, Jordania, Pakistán y Yemen; África: Burkina Faso, Burundi, Camerún, Côte d'Ivoire, Egipto, Ghana, Guinea, Kenya, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Namibia, Níger, Nigeria, República Unida de Tanzania, Rwanda, Senegal, Togo, Uganda, Zambia y Zimbabwe; América Latina: Colombia, Estado Plurinacional de Bolivia, Haití, Perú y República Dominicana.

^b *p-value*, una sola cola, significativos solo a escala global (con un 95% de confianza) y en África con un 90% de confianza (p-value obtenido en línea usando: www.psychometrica.de/correlation.html#testZero).

A nivel global, las correlaciones son positivas y estadísticamente significativas como cabría esperar en un mundo en que el inicio temprano de la fecundidad anticipa un número elevado de hijos; más aún las correlaciones entre el indicador de intensidad total y de calendario inicial son crecientes. Al desagregar por grandes regiones emerge un panorama diferente e inesperado, pues tanto en Asia como en América Latina y el Caribe (en ambos casos, una muestra limitada de países), las correlaciones actuales (en torno a 2010) entre la intensidad y el calendario inicial se tornan negativas, es decir, en promedio, los países con fecundidad total menor a la media tienden a tener una fecundidad adolescente superior a la media²².

Lo anterior entraña una cierta paradoja y revela una especificidad y comportamiento anómalo de la fecundidad adolescente a escala agregada, particularmente marcada en América Latina. Se trata de la creciente capacidad de las mujeres para limitar y definitivamente concluir su trayectoria reproductiva una vez alcanzado un número relativamente bajo de hijos (dos o menos, de hecho), sin modificar sustancialmente el calendario del primer hijo/a²³.

En síntesis, la evidencia actual ratifica la condición sobresaliente y anómalamente alta de la fecundidad adolescente de América Latina, como región y de casi todos sus países, lo que refuerza su condición de objeto de atención y acción para investigadores, decisores y actores sociales en general.

B. Reproducción en la adolescencia en América Latina y el Caribe: resistente a la baja y muy desigual socialmente²⁴

En el cuadro 1 se expone la tendencia del período 1990-2010 de dos indicadores del inicio del calendario reproductivo (fecundidad adolescente y porcentaje de madres o embarazadas por primera vez) y uno de la intensidad total (tasa global de fecundidad), usado para tres grandes regiones del globo (Asia, África y América Latina)²⁵, manteniendo los mismos países y calculando promedios simples²⁶. Para sus cálculos se usaron las encuestas de demografía y salud.

Los resultados a escala mundial muestran que: i) la reproducción temprana, en particular la maternidad temprana, cae de forma más lenta que la total; ii) la heterogeneidad es mayor en la reproducción temprana que en la total, aunque esa diferencia se ha estrechado; iii) América Latina es la región con menor heterogeneidad en los índices de reproducción adolescente (no así en la fecundidad total), lo que contrasta con la evidencia de una gran diversidad de los comportamientos reproductivos en la región; y iv) América Latina es la única región en que aumenta la maternidad adolescente entre 1990 y 2010, en un marco de intensa caída de la fecundidad total y de ligera caída de la fecundidad adolescente²⁷.

²² Aunque estos valores negativos no resultan estadísticamente significativos, por el bajo número de casos. Véase la nota ^b del gráfico 4.

²³ La correlación a escala agregada no debe imputarse a escala individual, ya que aún es válido, de forma general, que las mujeres con hijos en la adolescencia tienen mayor fecundidad, aunque la relación haya perdido la fuerza de antaño.

²⁴ A partir de este acápite, los resultados se basan en encuestas, censos y registros de una parte de los países de las regiones mencionadas (América Latina y el Caribe, África, Asia, ex repúblicas soviéticas o de la órbita soviética, países desarrollados cubiertos por la HBSC o por otras fuentes, etc.). Para facilitar la redacción y la lectura, se seguirá aludiendo a comparaciones entre regiones, pero, en rigor, los resultados son válidos solo para el grupo de países que “representa” a cada región, que varía según los indicadores. Cada cuadro indica los países y fecha incluidas en el cálculo de los valores regionales.

²⁵ Podría incluirse también a parte de Europa Oriental y Asia del Norte; se trata de ex repúblicas soviéticas. Sin embargo, en su caso solo hay datos del siglo XXI y como el cuadro es de tendencia más larga, se excluyeron del mismo. Pero en otros cuadros de nivel actual se incluyen. De cualquier manera, se deja constancia que sus niveles actuales de fecundidad y maternidad adolescentes son menos de la mitad de América Latina, pese a que su fecundidad total es solo un poco menor que la de la muestra de países de la región.

²⁶ Para evitar que el nivel y la tendencia de una región dependa de lo que pasa en los países más poblados.

²⁷ Esta tendencia discrepante entre maternidad y fecundidad adolescente ya ha sido abordada y explicada en otros trabajos (Rodríguez, 2014a) y resulta del descenso de la paridez en la adolescencia que contribuye a reducir la fecundidad, pero no la maternidad por la estabilidad o incluso aumento de la frecuencia relativa de nacimientos de orden 1 entre adolescentes.

Cuadro 1
Grandes regiones del mundo: tasa específica de fecundidad adolescente (15-19 años de edad, por mil),
tasa global de fecundidad y porcentaje de adolescentes madres o embarazadas por primera vez
al momento de la encuesta, circa 1990 y circa 2010

Región	País	Circa 1990			Circa 2010			Cambio 1990-2010		
		TEFA	TGF	Porcentaje de madres y embarazadas	TEFA	TGF	Porcentaje de madres y embarazadas	TEFA	TGF	Porcentaje de madres y embarazadas
Asia ^a	Promedio	79,0	4,8	14,6	59,2	3,3	12,3	-25,1	-31,9	-16,1
	Desviación estándar	35,8	1,7	9,7	29,7	0,8	9,4	-17,0	-53,8	-3,6
	Coefficiente de variación	45,3	35,4	66,5	50,2	24,0	76,4	10,8	-32,1	14,9
África ^b	Promedio	142,7	6,2	28,9	119,0	5,0	24,3	-16,6	-19,7	-16,0
	Desviación estándar	43,0	0,8	10,9	39,1	1,0	9,7	-8,9	25,7	-11,5
	Coefficiente de variación	30,1	12,8	37,8	32,9	20,0	39,8	9,2	56,5	5,3
América Latina y el Caribe ^c	Promedio	85,4	4,2	15,1	78,4	2,8	17,1	-8,2	-31,7	13,1
	Desviación estándar	13,0	0,8	2,1	12,4	0,6	3,2	-4,7	-15,9	51,7
	Coefficiente de variación	15,3	18,0	14,1	15,9	22,2	18,9	3,9	23,2	34,1

Fuente: StatCompiler, www.measuredhs.com.

^a Asia: Bangladesh, Filipinas, Indonesia, Jordania, Pakistán y Yemen.

^b África: Burkina Faso, Burundi, Camerún, Côte d'Ivoire, Egipto, Ghana, Guinea, Kenya, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Namibia, Níger, Nigeria, República Unida de Tanzania, Rwanda, Senegal, Togo, Uganda, Zambia y Zimbabwe.

^c América Latina: Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, Haití, Perú y República Dominicana.

Como se ha insistido en trabajos anteriores (Rodríguez Vignoli, 2014b y 2009), la tendencia de la maternidad adolescente es el indicador clave para efectos de política, pues un hijo/a basta para cambiar la vida de las adolescentes. Este indicador, entonces, sugiere una tendencia creciente que inquieta, más aún si el mismo indicador a escala censal, y con muchos más países de la región incluidos en comparación con el gráfico 4) sugiere lo mismo, en particular entre las edades menores de la adolescencia (véase el gráfico 5)²⁸. Ciertamente, esta inquietud se acrecienta al comparar con los niveles y tendencia de los países desarrollados, que no solo son mucho más bajos, sino que se redujeron drásticamente entre 1990 y 2010, como se aprecia en el gráfico 5.

Finalmente, un último rasgo sobresaliente de la reproducción temprana de la región son sus enormes desigualdades sociales. En el cuadro 2 se exponen los datos comparados sobre desigualdad reproductiva más actualizados provenientes de encuestas. Se usan los mismos indicadores de iniciación del calendario y de fecundidad total. Varios resultados ameritan comentarios.

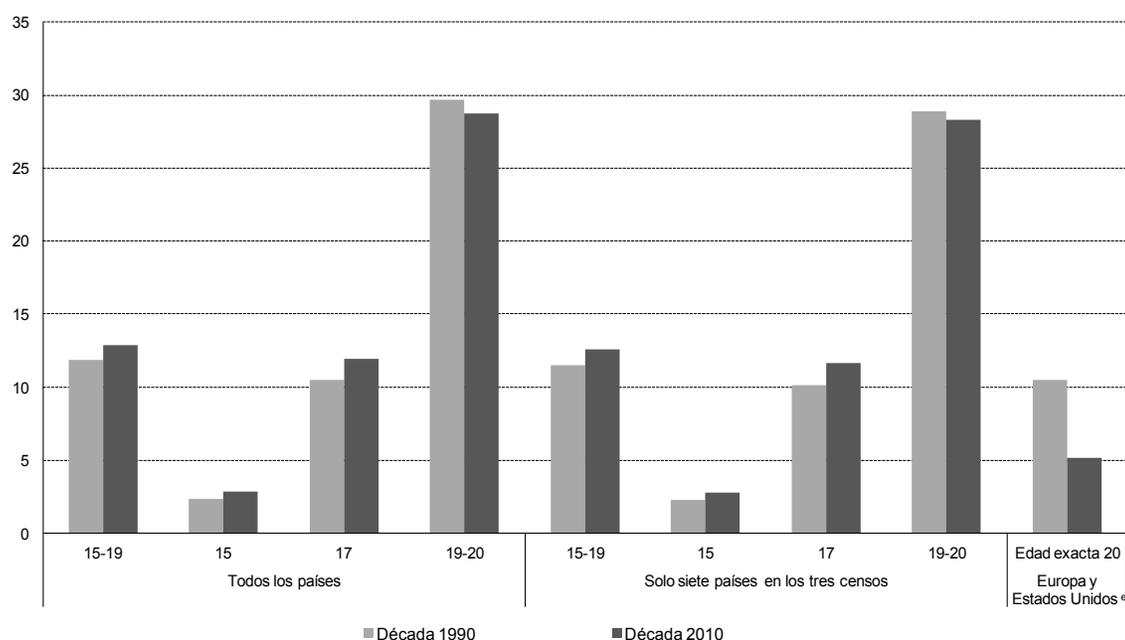
Primero, en todas las regiones la desigualdad es mayor en el calendario temprano que en la intensidad total. Un caso extremo es el de los países del ex bloque soviético donde la fecundidad total es muy baja y bastante homogénea entre los quintiles socioeconómicos —ni siquiera en el quintil más pobre supera el nivel de reemplazo— y, en cambio, la maternidad adolescente del quintil inferior es 6 veces la del quintil superior, aunque el nivel de ambos quintiles es bajo o muy bajo a escala mundial. Este patrón sugiere que las especificidades de las adolescentes no se circunscriben a la región y que pueden tener un alcance global, siendo su resultado que las desigualdades sociales no operarían tan marcadamente entre las jóvenes y adultas, y, en cambio, tendrían efectos más directos y significativos entre las adolescentes.

²⁸ No se aprecia en el gráfico, pero en Rodríguez 2014a se muestra que hubo una inflexión a la baja entre 2000 y 2010, la que, en todo caso, no logró compensar el aumento de la década de 1990, por lo cual la maternidad adolescente en 2010 se mantuvo más alta que la de 1990.

Segundo, el quintil superior de América Latina, que supuestamente tiene todas las oportunidades a su disposición, registra niveles superiores a sus contrapartes de Asia y superiores a los promedios de las subregiones y países más desarrollados (véanse los gráficos 1 y 3).

Y tercero, los niveles de fecundidad y maternidad adolescentes observados en el quintil más pobre son equivalentes a los del quintil más pobre de África y cerca del doble del quintil más pobre de Asia. Se trata de un comportamiento que revela una enorme postergación y que se relaciona con enormes barreras de acceso a la salud sexual y reproductiva y con incumplimiento de derechos sexuales y reproductivos, como quedará en evidencia más adelante.

Gráfico 5
América Latina y el Caribe, países seleccionados (todos los países con datos de rondas de censos de 1990 y 2010 y siete países con datos en los dos censos^a): porcentaje de madres de 15 a 19 años, de 15 años, de 17 años y de 19 a 20 años, circa 1990 y circa 2010^{b c d}



Fuente: Rodríguez Vignoli, 2014a, base de datos MATERNILAC.

^a Siete países incluidos en total comparativo: Argentina, Brasil, Ecuador, Estado Plurinacional de Bolivia, México, Panamá y República Bolivariana de Venezuela.

^b Países incluidos en total, 1990: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Estado Plurinacional de Bolivia, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Bolivariana de Venezuela y Uruguay.

^c Países incluidos en total, 2000: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estado Plurinacional de Bolivia, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Bolivariana de Venezuela, República Dominicana y Uruguay.

^d Países incluidos en total, 2010: Argentina, Brasil, Costa Rica, Ecuador, Estado Plurinacional de Bolivia, Honduras, México, Panamá, República Bolivariana de Venezuela, República Dominicana y Uruguay.

^e Países desarrollados: Austria, Estados Unidos, Francia, Italia y Japón (HFD), indicador "cumulative fertility rate" a la edad exacta 20, el que, en ausencia de multiparidad durante la adolescencia, puede interpretarse como el porcentaje de mujeres que se convierte en madre durante la adolescencia (antes de cumplir los 20 años).

Cuadro 2
Grandes regiones del mundo: tasa específica de fecundidad adolescente (15-19 años de edad, por mil),
tasa global de fecundidad y porcentaje de adolescentes madres o embarazadas por primera vez
al momento de la encuesta, según quintil socioeconómico y desigualdad socioeconómica
(quintil más pobre sobre quintil más rico), circa 2010

Región	Medida	Tasa específica 15-19 años					TGF					Adolescentes madres o embarazadas por primera vez				
		Más pobre	2	3	4	Más rico	Más pobre	2	3	4	Más rico	Más pobre	2	3	4	Más rico
Ex URSS ^a	Media indicador	37	40	33	23	10	2,0	1,9	1,8	1,4	1,3	6	7	7	3	1
	Desigualdad (Q1/Q5)			3,8					1,5					4,4		
Asia ^b	Media indicador	94	80	73	60	41	4,3	3,5	3,1	2,7	2,3	17	14	14	13	8
	Desigualdad (Q1/Q5)			2,3					1,9					2,1		
África ^c	Media indicador	166	153	140	110	66	6,3	5,9	5,4	4,7	3,5	33	32	28	22	12
	Desigualdad (Q1/Q5)			2,5					1,8					2,7		
América Latina y el Caribe ^d	Media indicador	164	115	94	65	38	5,0	3,6	3,0	2,3	1,8	32	24	20	14	8
	Desigualdad (Q1/Q5)			4,3					2,7					4,0		

Fuente: Cálculos propios a partir de StatCompiler, www.measuredhs.com

^a Ex URSS: Albania, Armenia, Azerbaiyán, República de Moldova y Ucrania.

^b Asia: Bangladesh, Camboya, Filipinas, India, Indonesia, Jordania, Nepal, Pakistán y Turquía.

^c África: Angola, Benin, Camerún, Chad, Côte d'Ivoire, Egipto, Etiopía, Ghana, Guinea, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Maldivas, Malí, Marruecos, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona, Swazilandia, Uganda, Zambia y Zimbabwe.

^d América Latina y el Caribe: Colombia, Estado Plurinacional de Bolivia, Guyana, Haití, Honduras Nicaragua, Perú y República Dominicana.

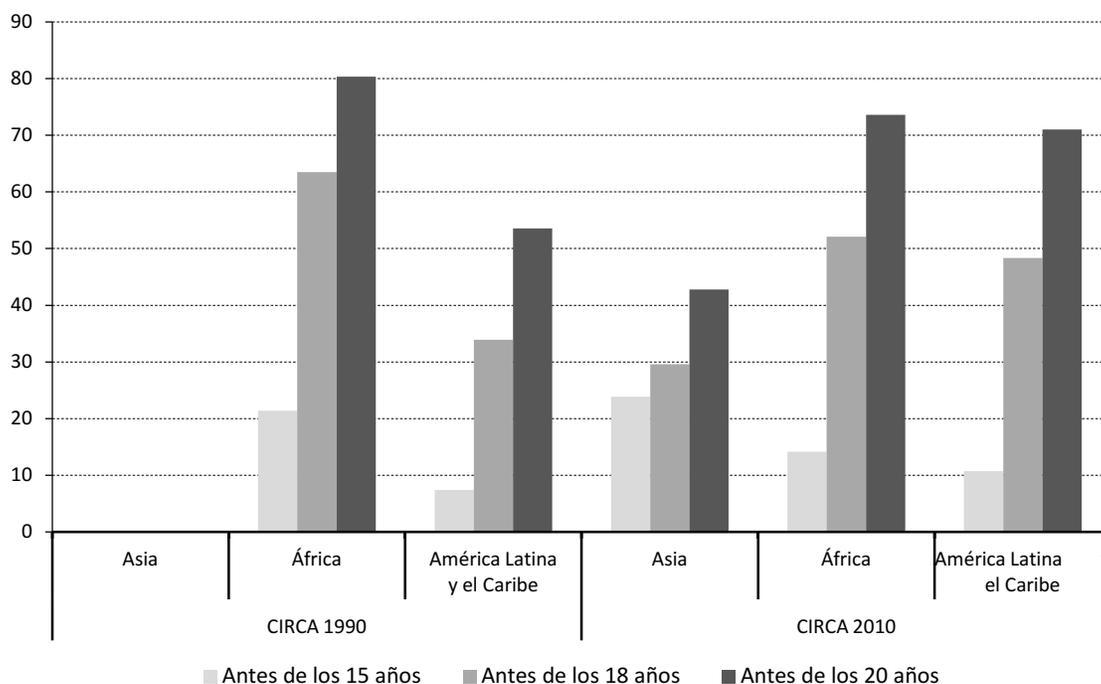
C. Reproducción en la adolescencia en América Latina: generalización de la actividad sexual

El gráfico 6 muestra claramente que América Latina y el Caribe destaca por el adelantamiento de la iniciación sexual y su generalización durante la adolescencia, y es la única región del mundo en desarrollo donde el debut sexual en esta fase de la vida aumentó entre 1990 y 2010, al punto que la iniciación sexual durante la adolescencia alcanza actualmente niveles similares a los de África y mucho más altos que los registrados en Asia²⁹.

Ahora bien, la región no presenta una iniciación particularmente precoz aún. De hecho, la iniciación sexual antes de los 15 años sigue siendo mucho más frecuente en África y en Asia (este último continente, en rigor los países de Asia incluidos en la muestra, tiene índices muy altos, asociados a la iniciación nupcial temprana, que suele ser “arreglada” y “obligada” en algunos países, como Bangladesh). Es decir, hasta los 15 años parece existir en la región un cierto contexto sociocultural que frena la iniciación sexual y nupcial. Luego, entre los 15 y los 17 años, y más claramente entre los 18 y los 19 años, tales frenos se atenúan, en algunos casos sensiblemente, lo que se refleja en una pendiente positiva particularmente marcada de ambos eventos con la edad.

²⁹ Se incrementa la cantidad de iniciadas sexualmente antes de las tres edades usadas como referencia en este trabajo, es decir antes de los 15 años, antes de los 18 años y antes de los 20 años

Gráfico 6
América Latina^a, Asia^b y África^c (países seleccionados): porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15, de los 18 y de los 20 años de edad, circa 1990 y circa 2010^d



Fuente: Cálculos propios a partir de StatCompiler, www.measuredhs.com.

^a América Latina: Colombia, El Salvador, Estado Plurinacional de Bolivia, Haití, Paraguay, Perú y República Dominicana.

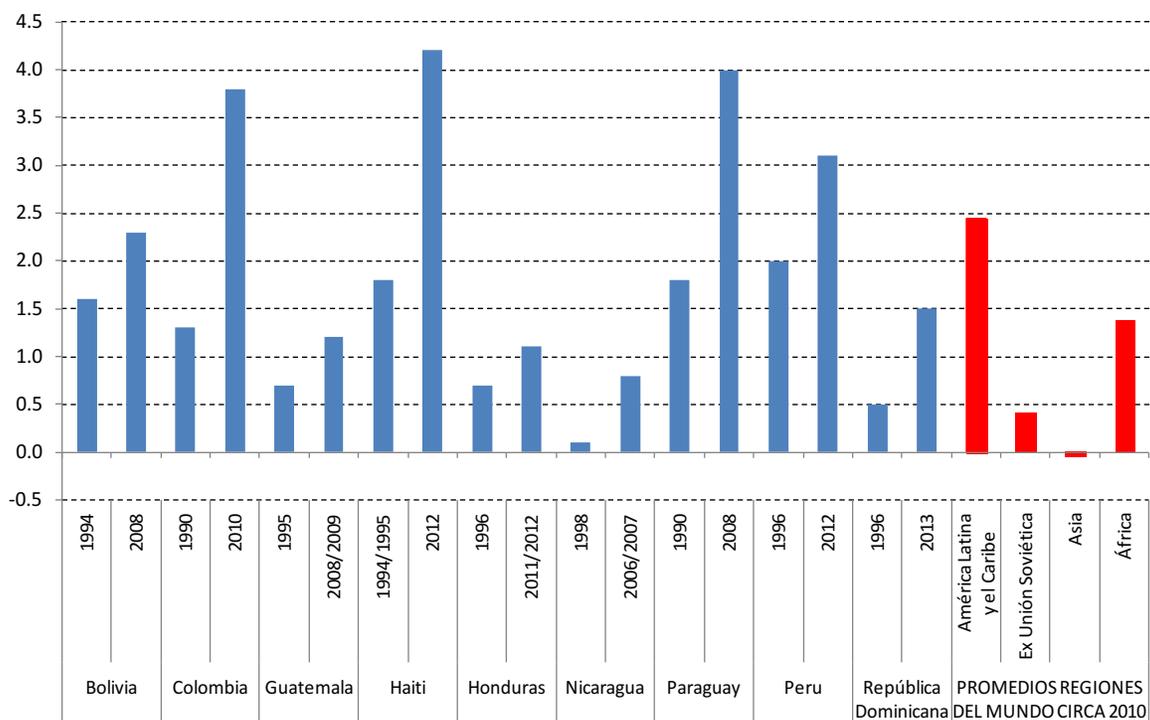
^b Asia: Bangladesh, Indonesia, Jordania, Nepal, Pakistán y Yemen.

^c África: Benin, Burkina Faso, Burundi (solo Circa 2010 en primer sexo), Camerún, Comoras, Côte d'Ivoire, Egipto (solo Circa 2010 en primer sexo), Ghana, Guinea, Kenya, Liberia (solo Circa 2010 en primer sexo), Madagascar, Malawi (solo Circa 2010 en primer sexo), Malí, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, República Unida de Tanzania, Senegal, Togo (solo Circa 2010 en primer sexo), Uganda, Zambia y Zimbabwe.

^d Asia Circa 1990 no tiene datos disponibles.

El abatimiento intertemporal de las barreras culturales para la actividad sexual en la adolescencia en la región (barreras que, en todo caso, han sido más bien porosas durante largo tiempo) se ha basado en el aumento de la actividad sexual prenupcial. El gráfico 7 es elocuente al respecto y muestra un ensanchamiento generalizado, y en algunos países intenso, de la diferencia entre la edad mediana del primer coito y la edad mediana de la primera unión, que es un indicador de la frecuencia de la iniciación sexual prenupcial. De hecho, la región registra la mayor brecha entre estas edades medianas, dentro de los países en desarrollo, como se advierte en el gráfico 7. En este sentido, la región se acerca a un rasgo distintivo de la modernidad sexual prevaleciente en los países desarrollados occidentales, cual es la separación entre la actividad sexual y la unión, en particular en la adolescencia (Di Cesare, 2015; Billari y Liefbroer, 2010; Wellings y otros, 2006). Sin embargo, la región aún está lejos de los niveles que ha alcanzado esta separación en los países desarrollados, tanto porque aún no tiene índices de iniciación sexual tan tempranos, como porque todavía registra mayores índices de unión durante la adolescencia, como se expondrá más adelante.

Gráfico 7
América Latina y el Caribe (países seleccionados): diferencia en años y fracciones de año
entre las edades medianas de la primera unión y del primer coito en mujeres
de 25 a 29 años, circa 1990 y circa 2010^a



Fuente: Cálculos propios a partir de StatCompiler, www.measuredhs.com.

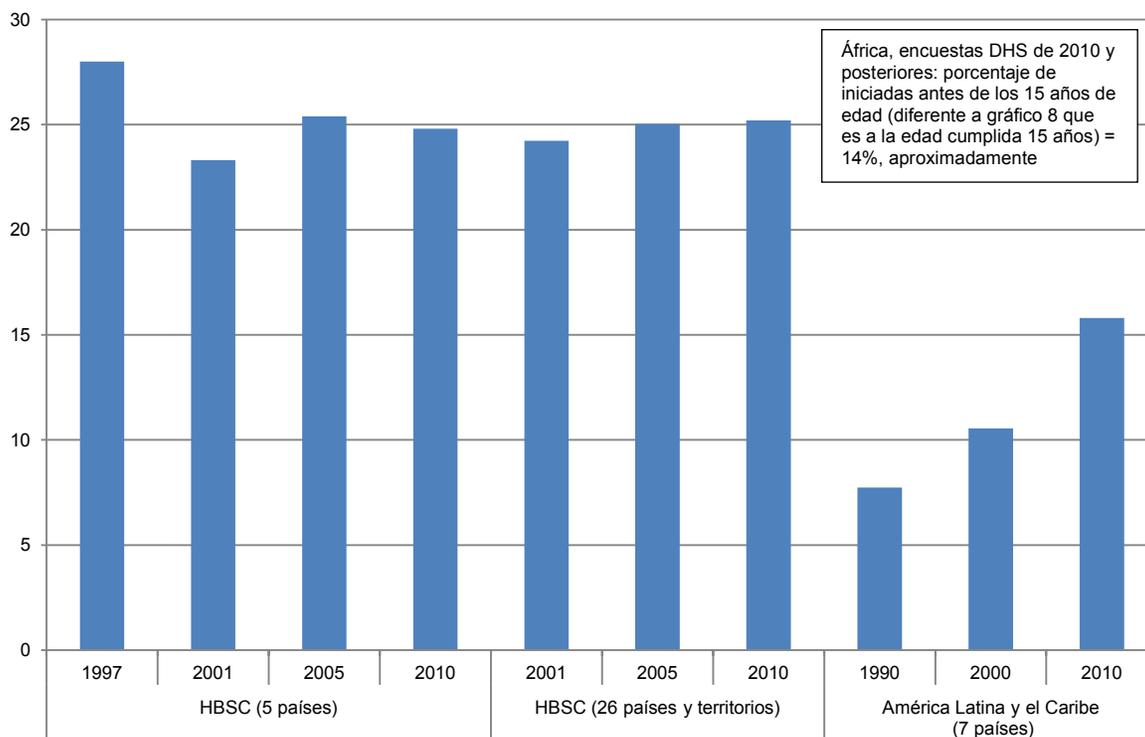
^a Ex URSS: Albania, Armenia, Azerbaiyán, República de Moldova y Tayikistán. Asia: Bangladesh, Camboya, Filipinas, India, Indonesia, Jordania, Nepal y Viet Nam. África: Benin, Burkina Faso, Camerún, Chad, Comoras, Côte d'Ivoire, Etiopía, Gabón, Ghana, Guinea, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Maldivas, Mali, Mozambique, Níger, Nigeria, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona, Togo, Uganda, Zambia y Zimbabue.

Como se acaba de indicar, la iniciación sexual temprana, generalizada en la adolescencia y bajo condiciones prenupciales es frecuente en los países desarrollados occidentales (como los medidos con la encuesta HBSC). Justamente el procesamiento de la HBSC, que captura información para las muchachas y muchachos de 15 años de edad, permite hacer un análisis comparativo novedoso y sugerente.

El gráfico 8, usando el indicador de porcentaje de iniciadas sexualmente entre las muchachas de 15 años, ratifica el aumento de la actividad sexual en la región, ya que se duplicó entre 1990 y 2000 al pasar de 7,7% en 1990 a 15,8% en 2010³⁰. Lo anterior está lejos de significar que en esta tendencia radica la causa del aumento de la reproducción en la adolescencia o que sobre ella hay que concentrar la acción pública. Desde luego que tiene efectos potenciales, elevadores de la reproducción durante la adolescencia. Pero como es sabido, estos pueden ser compensados, incluso sobrecompensados, por otras variables intermedias, como el uso de anticonceptivos. Además, los datos provenientes de la HBSC, expuestos en el gráfico 8, ofrecen dos insumos centrales para la comprensión del efecto de la actividad sexual durante la adolescencia, en tanto determinante de la reproducción en dicha etapa.

³⁰ Las cifras son diferentes, en nivel y tendencia, a las del gráfico 6, porque el indicador es diferente (no así la fuente para América Latina, que es la misma, aunque en este caso se trata de procesamientos de las bases de datos y no de indicadores obtenidos mediante el uso de Statcompiler). El indicador del gráfico 6 corresponde a iniciación sexual previa al cumpleaños 15 entre la cohorte de 20 a 24 años de edad al momento de la encuesta. En cambio, el indicador del gráfico 8 corresponde a la iniciadas (sin especificar edad) de la cohorte de edad 15 al momento de la encuesta.

Gráfico 8
América Latina y el Caribe^a (países seleccionados) y países y territorios desarrollados (HBSC)^{b,c}:
proporción de mujeres de 15 años de edad, iniciadas sexualmente, 1990-2010



Fuente: HBSC (www.hbsc.org) y procesamientos especiales bases de datos encuestas DHS o similares (ENDES y PNDS).

^a América Latina y el Caribe: Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Perú y República Dominicana.

^b HBSC 1997-2010: Hungría, Reino Unido (Escocia), Letonia, Finlandia, Francia.

^c Países (y territorios) incluidos en HBSC 2001-2010: Alemania, Austria, Bélgica (Región Flamenca), Canadá, Croacia, Chequia, Dinamarca (Groenlandia), Eslovenia, Estonia, Federación de Rusia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Italia, Letonia, Lituania, Países Bajos (Holanda), Portugal, Reino Unido (Inglaterra, Escocia y Gales), Suecia, Suiza y Ucrania.

El primero es que los niveles alcanzados y la tendencia de los últimos años están lejos de “condenar” a la región a una fecundidad adolescente alta. En efecto, los datos de la HBSC muestran que el porcentaje de muchachas de 15 años sexualmente activas es, durante todo el período de observación, muy superior al de la región. Pese a ello, los niveles de maternidad adolescente a la edad 15 son tan insignificantes en los países donde se levanta la encuesta HBSC que ni siquiera se consulta al respecto en ella (lo mismo ocurre con la unión). Algo parecido acontece con la maternidad antes de cumplir los 20 años de edad, que es mucho menos frecuente que en América Latina. Ciertamente, esta situación obedece a que los niveles de uso de anticoncepción son mucho mayores en estos países que en América Latina, lo que refuerza la pertinencia de enfocar el análisis y las políticas en estas variables. Y el aborto —respecto del cual casi no hay datos directos en América Latina, en particular para adolescentes— también desempeña un papel, porque en los países en que se levanta la HBSC tiende a ser legal y presenta una frecuencia relativa no menor entre adolescentes. El segundo insumo sugiere que hay límites para el adelantamiento de la iniciación sexual, ya que en varios países se ha estabilizado y en algunos cuantos parece haber una postergación, ligera en algunos casos y más pronunciada en otros (como en los Estados Unidos) (Martínez y Abma, 2015; Currie y otros, 2012). Este hallazgo ratifica que se puede avanzar simultáneamente en la prevención del embarazo adolescente a través de todas las variables intermedias clave, aun cuando la variable decisiva en los países occidentales es el uso de anticoncepción oportuno, eficiente y desde el debut sexual.

Las cifras presentadas hasta ahora sugieren que las relaciones agregadas entre actividad sexual y desarrollo económico y social son complejas y no lineales, lo que refuerza la idea que factores

diferentes, como las pautas culturales, son decisivos. En efecto, se da la paradoja de que los índices más altos de iniciación sexual durante la adolescencia acontezcan simultáneamente en los países más pobres del mundo (África) (véase el gráfico 6) y en los más ricos (HBSC) (véase el gráfico 8). Y que en ambos contextos hay casos que se apartan de la regla, como algunos países del norte de África (Marruecos y Túnez, por ejemplo) donde la iniciación sexual temprana es infrecuente porque la unión temprana lo es (Ouadah-Bedidi y Vallin, 2015), lo mismo que ocurre en algunos países desarrollados del Sureste asiático, Singapur y Malasia por ejemplo (United Nations, 2015; Cherry y Dillon, 2014). Dejando de lado estas especificidades, pareciera ser que la cultura occidental moderna, en la cual se inserta América Latina y el Caribe con todas sus hibridaciones y particularidades (Bozón, Gayet y Barrientos, 2009), facilita la masificación de la iniciación sexual en la adolescencia, produciéndose crecientemente antes de la unión.

D. Reproducción en la adolescencia en América Latina: un núcleo duro de unión temprana

La unión —una variable intermedia que actúa a través de otra (la actividad sexual) y que, en principio, debiera estar perdiendo importancia por el aumento de la actividad sexual sin unión—, presenta un comportamiento peculiar en la región, que ha sido etiquetado como la “paradoja de la estabilidad” (Esteve y Florez-Paredes, 2014). Esto es, a diferencia de lo que cabría esperar y de lo observado en otras regiones, la primera unión no se ha postergado de forma significativa³¹, tal como se expuso en la sección conceptual.

Los datos censales más recientes disponibles ratifican esta paradoja. Como se aprecia en el gráfico 9, el **porcentaje de solteras** (no unidas, en general nunca unidas) entre las muchachas de 15 a 19 años de edad —así como entre las de 19 y 20 años de edad, lo que además de controlar la edad permite tener una aproximación a la probabilidad de permanecer soltera durante la adolescencia— aumentó ligeramente entre 1990 y 2010 en el grupo 15-19 años (aunque bajó entre 2000 y 2010) y se mantuvo casi constante en el grupo 19-20 años (valores comparativos, porque se trata de los países que tienen datos en las tres rondas censales). Los valores censales sugieren que casi cuatro de cada diez mujeres de la región tiene su primera unión durante la adolescencia, lo que supera largamente los niveles de los países desarrollados, donde la unión en la adolescencia es muy infrecuente³².

Dado que la unión mantiene una vinculación estrecha con la reproducción, relación que se estimará con más precisión en el análisis multivariado de más adelante³³, estas cifras revelan una exposición elevada al riesgo de maternidad adolescente de una fracción significativa de las adolescentes, no tan distante del 30% que termina siendo madre durante la adolescencia.

Con todo, en una perspectiva comparada mundial, la región aún no destaca por niveles sobresalientes de unión temprana. De hecho, tanto en 1990 como en la actualidad registra índices inferiores a Asia y África (véase el gráfico 10). Y respecto de los países desarrollados, las últimas cifras censales, basadas no en la situación conyugal sino en la situación de pareja, revelan gran diferencia, pero bastante inferior a la registrada respecto de la maternidad³⁴. En cambio, la región sí destaca por una baja mucho menor de estos índices en el período mencionado, al menos respecto de las otras regiones del mundo en desarrollo. Independiente de lo anterior, los índices de unión o convivencia durante la

³¹ Unión en su acepción demográfica y no de matrimonio legal o religioso, ya que este, aparte de perder representación, se ha hecho más tardío.

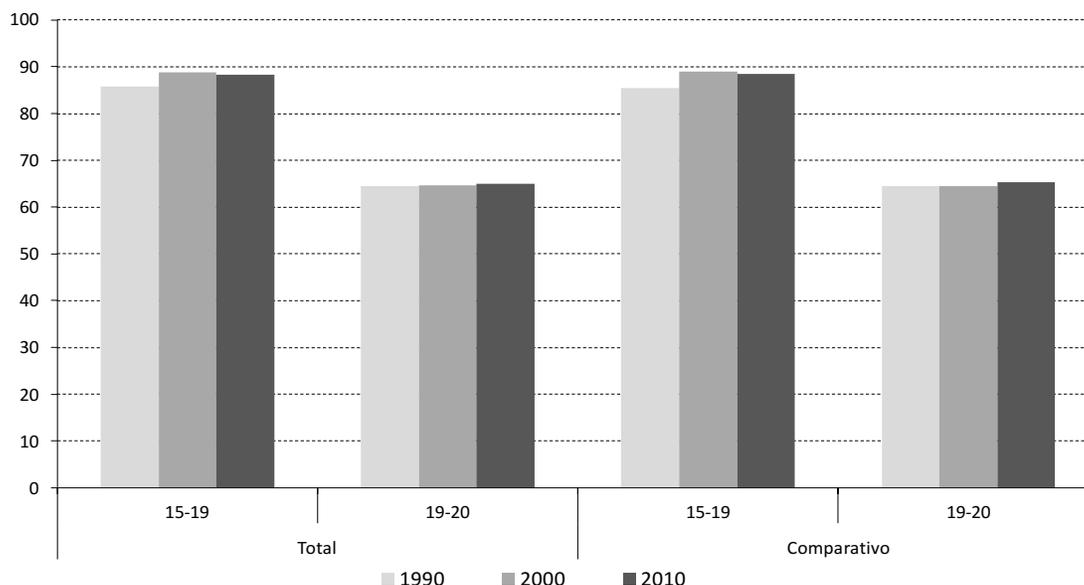
³² Véase <https://esa.un.org/ffps/Index.html#/maritalStatusChart> y Di Cesare, 2015; Cherry y Dillon, 2014; Quilodrán, Cortina y Prakash (2012).

³³ Aunque el análisis multivariado no controlará la causalidad inversa que a veces se presenta en esta relación durante la adolescencia (la concepción o la reproducción conduce a la unión y no al revés).

³⁴ El 2,8% de las mujeres de 15 a 19 años vivía con una pareja (casada, en unión civil o en unión consensual) o era madre soltera (promedio ponderado de Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Islandia, Italia, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos (Holanda), Portugal, Reino Unido, Suecia y Suiza) (<https://ec.europa.eu/CensusHub2/query.do?step=selectHyperCube&countrycode=en&clearSession=true>).

adolescencia son, sin duda, mayores que los esperados a la luz de sus indicadores de educación femenina y otros que normalmente se asocian con bajos niveles de unión en la adolescencia³⁵.

Gráfico 9
América Latina y el Caribe (países seleccionados): porcentaje de mujeres solteras de 15 a 19 años y de 19 a 20 años, circa 1990^a y circa 2010^b ^c, todos los países con datos de rondas de censos de 1990 y 2010 y siete países con datos en los dos censos^d



Fuente: MATERNILAC, [www http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e](http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e).

^a Países incluidos en 1990: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Estado Plurinacional de Bolivia, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Bolivariana de Venezuela y Uruguay.

^b Países incluidos en 2000: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estado Plurinacional de Bolivia, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Bolivariana de Venezuela, República Dominicana y Uruguay.

^c Países incluidos en 2010: Argentina, Brasil, Ecuador, Estado Plurinacional de Bolivia, México, Panamá y República Bolivariana de Venezuela.

^d Siete países incluidos en total comparativo: Argentina, Brasil, Ecuador, Estado Plurinacional de Bolivia, México, Panamá y República Bolivariana de Venezuela.

Así, la ausencia de una postergación significativa de la primera unión es uno de los eslabones clave de la fecundidad adolescente elevada y resistente a la baja de la región.

Su importancia, sin embargo, no debe ser sobreestimada, dado que en la región la actividad sexual está lejos de limitarse solo a la unión y esta disociación es creciente y probablemente seguirá siéndolo, habida cuenta de la experiencia de los países occidentales desarrollados³⁶. Y sus niveles tampoco deben ser

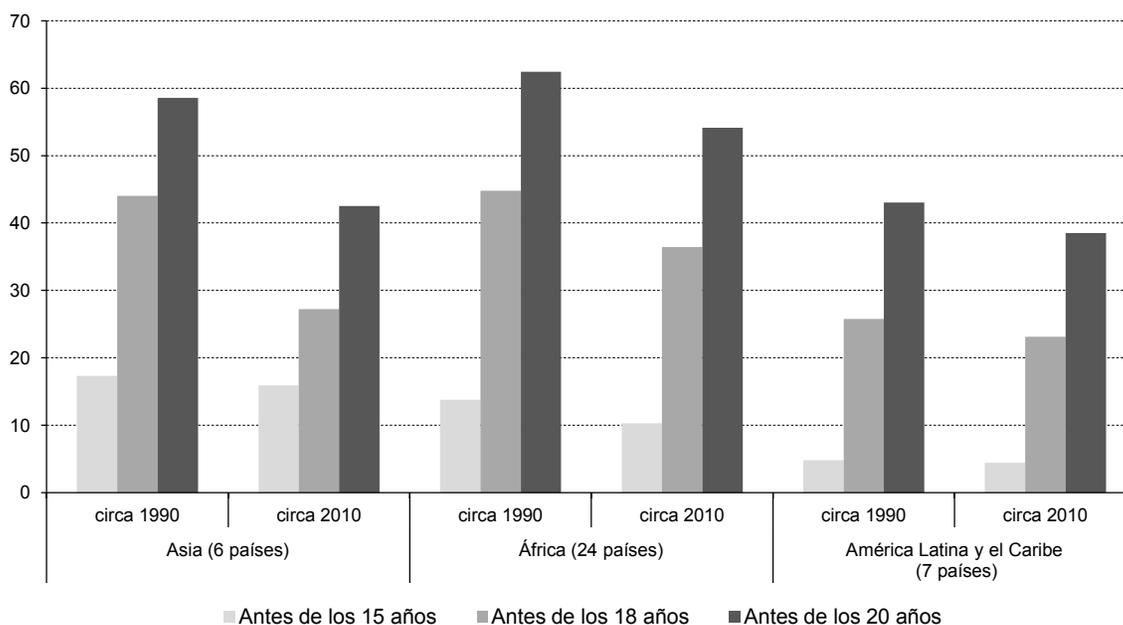
³⁵ Aunque estudios recientes globales indican que: “*The postponement of marriage is more marked in developed countries*” (www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2011-1.pdf), la evidencia más reciente sugiere que la relación entre la edad de la primera unión y el desarrollo económico y social es menos estrecha que la existente entre el desarrollo y la edad del primer matrimonio o del primer hijo. Estos dos últimos hitos se han pospuesto de manera significativa en los países desarrollados, mientras que el inicio de la unión registra un retraso mucho más tímido y diverso regionalmente, con una posposición más marcada en el Sur de Europa: “*Union formation, marriage and entry into parenthood, however, have been postponed. Postponement, though, is stronger for entry into marriage and entry into parenthood than for entry into a first union*” (Billari y Liefbroer, 2010, pág.73).

³⁶ “*To the extent that attitudes among young people in Latin America are influenced by mass media messages emanating from North America and Western Europe, where levels of premarital sexual activity are much higher, the trend may be irreversible*” (Ali and Cleland, 2005, pág. 1.183).

considerados como una condena inevitable, porque hay otras regiones del mundo donde la nupcialidad es incluso más temprana y tienen menores niveles de maternidad adolescente. Ahora bien, reducir estos altos índices de nupcialidad temprana sin duda significaría una contribución importante para el descenso sostenido de la maternidad temprana.

En este escenario complejo y diverso, las políticas deben atender a ambos grupos: unidas y no unidas sexualmente activas (y en términos preventivos deben apuntar a las y los adolescentes no iniciadas/os desde edades tempranas en función de la autonomía progresiva del niño/a). Además, como la unión en la adolescencia también es disruptiva para los procesos de formación propios de esta fase de la vida, acciones dirigidas a prevenirla también parecen pertinentes. Desde luego, la mera legislación al respecto es insuficiente, pues casi todas las uniones en la adolescencia son consensuales (Rodríguez Vignoli, 2011 y 2009). Por ello, se requieren, oportunidades escolares y laborales reales para adolescentes y jóvenes, opciones alternativas que permitan valorar el tiempo disponible en soltería, información y educación que desincentiven la unión temprana y promuevan la reducción de las desigualdades de género, las que siguen generando un camino tradicional doméstico cuasi obligado para muchas mujeres.

Gráfico 10
América Latina^a, Asia^b y África^c (países seleccionados): porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que tuvo su primera unión antes de los 15, de los 18 y de los 20 años de edad, circa 1990 y circa 2010



Fuente: Cálculos propios a partir de StatCompiler, www.measuredhs.com.

^a América Latina: Colombia, El Salvador, Estado Plurinacional de Bolivia, Haití, Paraguay, Perú y República Dominicana.

^b Asia: Bangladesh, Indonesia, Jordania, Nepal, Pakistán y Yemen.

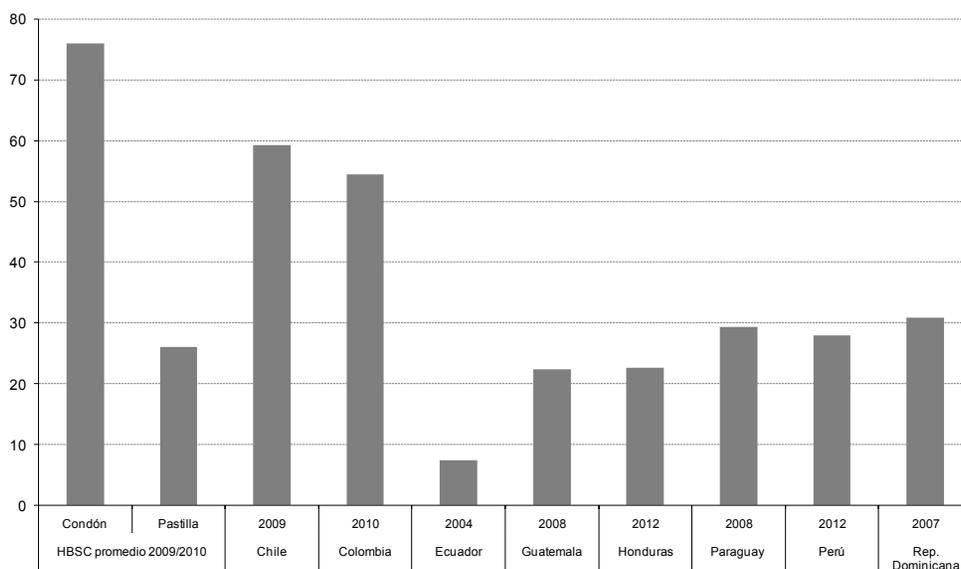
^c África: Benin, Burkina Faso, Burundi (solo Circa 2010 en primer sexo), Camerún, Comoras, Côte d'Ivoire, Egipto (solo Circa 2010 en primer sexo), Ghana, Guinea, Kenya, Liberia (solo Circa 2010 en primer sexo), Madagascar, Malawi (solo Circa 2010 en primer sexo), Malí, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, República Unida de Tanzania, Senegal, Togo (solo Circa 2010 en primer sexo), Uganda, Zambia y Zimbabwe.

E. Reproducción en la adolescencia en América Latina: el uso de anticonceptivos

Avanzando con las variables intermedias, el uso de anticonceptivos entre las adolescentes sexualmente activas está muy rezagado aún en la región, al menos en comparación con lo observado en países desarrollados. En el gráfico 11 se aprecia a un grupo particularmente expuesto al riesgo de maternidad precoz. Se trata de las muchachas de 15 años que ya iniciaron su vida sexual. En el caso de los países de América Latina y el Caribe se expone la proporción de ellas que declara haber usado condón en su primera relación sexual, mientras que en el caso de los países desarrollados se trata de la última relación sexual. Por tratarse de muchachas tan jóvenes, la diferencia entre ambos indicadores debería ser menor.

Se advierte una brecha enorme, que incluso sería mayor si se considerase todo el espectro de anticonceptivos, pues en tal caso, la actividad sexual protegida entre muchachas de 15 años en los países donde se levanta la HBSC sería casi universal, porque la suma de las dos protecciones principales supera el 100%. En el gráfico 11 se aprecia que todos los países de la región tenían menos del 50% de iniciación sexual protegida en el grupo de referencia. Colombia y Chile son la excepción porque en torno a 2010 mostraban más de un 50% de iniciación protegida con condón (el anticonceptivo más usado, por lejos, por los y las adolescentes) entre las muchachas de 15 años. De cualquier manera, está muy por debajo de las cifras promedio de HBSC. Además, la eficiencia de ese uso inicial, eventualmente por irregularidad o abandono posterior, no es muy alta si se consideran los niveles de la fecundidad adolescente en ambos países, actualmente del orden de 90 por mil en Colombia (DHS 2010) y de 50 por mil en Chile³⁷.

Gráfico 11
América Latina (países seleccionados) y países desarrollados donde se levanta la HBSC: porcentaje de mujeres iniciadas sexualmente de 15 años de edad, que usó condón en el primer coito (última relación y condón y pastilla en HBSC), circa 2010



Fuente: Procesamiento especial de encuestas DHS o RHS y HBSC.

Nota: DHS, www.measuredhs.com. RHS, www.cdc.gov/reproductivehealth/global/tools/surveys.htm.

³⁷ Véase www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/completa_vitales_2013.pdf (gráfico 7).

El grado de protección anticonceptiva depende de la eficiencia del medio y de la eficiencia de su uso. Un estudio reciente sobre el Cono Sur de América Latina sugiere un aumento importante del uso de anticonceptivos entre adolescentes, lo que estaría acercando a los países de dicha subregión a los niveles registrados en los países desarrollados (Binstock, 2016). Sin embargo, el mismo estudio reconoce que tales niveles son inconsistentes con los índices de fecundidad adolescente aún comparativamente altos y resistentes a la baja en el Cono Sur. Aunque parte de la respuesta a tal inconsistencia podría estar en la última variable intermedia, el aborto, cuyas magnitudes son difíciles de estimar con precisión en la región (al menos entre adolescentes), hay una parte de la respuesta que corresponde a limitaciones intrínsecas de los indicadores usados, que no captan la eficiencia del uso, tal como lo sugiere el estudio mencionado “*Estos niveles altos de uso de anticoncepción en la iniciación así como en las relaciones posteriores, y del preservativo o de pastillas anticonceptivas no condice ni con la estabilidad y resistencia a la baja de los indicadores vinculados al embarazo y fecundidad adolescente, ni mucho menos con la frecuencia que ocurren embarazos clasificados al menos como inoportunos. Por lo tanto es evidente que la extensión del uso de anticoncepción es menor a la declarada o el uso no es constante o consistente*” (Binstock, 2016, pág. 27).

Es claro, entonces, que la discusión científica y de política sobre la anticoncepción entre adolescentes tiene muchos vacíos aún en la región. Los indicadores que son relevantes para el resto de las edades, pueden no serlo para los y las adolescentes o pueden generar una falsa sensación de seguridad o prevención. El clásico indicador de demanda (in)satisfecha de planificación familiar, por ejemplo, sigue calculándose solo para mujeres actualmente unidas y se ha reiterado que es creciente la actividad sexual fuera de la unión entre las y los adolescentes. El uso actual de anticoncepción, la variable tradicional incluida en los modelos cuantitativos, pareciera ser mucho menos eficiente entre los jóvenes por el abanico más acotado de métodos adecuados para ellos y, sobre todo, porque registran mayores fallas y uso inconsistente o irregular, justamente por sus especificidades biológicas, sicosociales y culturales.

Por otra parte, se ha demostrado que el uso actual de anticoncepción entre adolescentes puede ser facilitado por la maternidad previa (Rodríguez Vignoli, 2013), y en tales casos el uso actual tal vez logre prevenir nacimientos de orden superior a uno, pero no el nacimiento ya ocurrido y con ello la maternidad adolescente³⁸. Así, analizar y cuantificar con más precisión la eficiencia del uso de anticonceptivos entre adolescentes exige un esfuerzo mayor de investigación y generación de mejores indicadores³⁹. Un estudio pionero en tal sentido fue el de Alí y Cleland (2005). En él, se estima un indicador de frecuencia de actividad sexual entre las mujeres de 15 a 24 años y un indicador más preciso de tiempo de exposición al riesgo de embarazo (y tiempo de actividad sexual protegida) usando los datos disponibles en la DHS, que en principio no permiten calcular de forma directa tales indicadores.

Más allá de los desafíos metodológicos, la conclusión de los datos antes expuestos es que la anticoncepción, que es por lejos la variable intermedia decisiva para la baja de la fecundidad total en la región (Bongaarts, 2015; Bay, Del Popolo y Ferrando, 2003; United Nations, 2011a y 1987) no se expande lo suficiente ni logra la eficiencia necesaria para contrarrestar la estabilidad relativa de la unión y la masificación de la iniciación sexual en la adolescencia. Se trata de una conclusión no muy diferente a la que habían llegado Alí y Cleland una década atrás: “*Because of pervasive declines in the protective effect of virginity, conception rates among single women in Latin America are rising. Contraceptive uptake, particularly of condoms, is increasing but not sufficiently to offset the decline in virginity*” (Alí y Cleland, 2005, pág. 1.175), lo que refuerza la necesidad de acciones, como las acordadas por los países de la región en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo en agosto de 2013, pues el diagnóstico técnico sobre la necesidad de ampliar el acceso a la anticoncepción oportuna y eficiente está relativamente claro desde inicios de siglo, y de acuerdo al presente trabajo dicho diagnóstico mantiene validez.

³⁸ De hecho, esta relación inversa hace que el coeficiente del uso actual en modelos multivariados sugiera una relación positiva con la probabilidad de ser madre (Rodríguez, 2014b, 2011 y 2008).

³⁹ “*The best indicator would of course be the “Percentage of sexually active time protected by contraception” indicator, calculated by Ali and Cleland (2005) using data from Demographic and Health Surveys complete contraceptive histories. However, this indicator can be calculated only in countries with Demographic Health Surveys. Moreover, even with this sophisticated indicator, a distinction would have to be made between time protected before and after having the first child*” (Rodríguez, 2013, pág. 17).

F. Un primer ejercicio de integración: las peculiaridades y matices de la “modernidad” sexual y reproductiva truncada en América Latina y su comparación con un caso de Europa

El cuadro 3 presenta indicadores de tres países, dos de la región y uno de Europa, que corresponden a casos muy diferentes entre sí en materia de niveles de la reproducción en la adolescencia y sus variables intermedias clave. Por un lado está España, que 25 años atrás ya tenía un patrón occidental “moderno” de sexualidad y reproducción adolescente, pues: i) registraba una masiva iniciación sexual durante la adolescencia; ii) esta iniciación casi siempre se hacía usando anticonceptivos; iii) la iniciación sexual era en su gran mayoría previa a la primera unión y la actividad sexual durante la adolescencia ocurría básicamente sin necesidad de estar en unión; y iv) la fecundidad/maternidad/unión durante la adolescencia eran muy infrecuentes. Ese patrón sigue vigente y, como rasgo adicional a la descripción anterior, el cuadro 3 presenta datos sobre la incidencia del aborto, que no es menor, pues su tasa equivale a la tasa de fecundidad adolescente. Lo anterior revela que incluso bajo un contexto de “modernidad sexual y reproductiva” hay una fracción importante de los embarazos no deseados entre adolescentes. Ahora bien, la diferencia entre España y los dos países de América Latina no depende del aborto, pues en el ejercicio extremo de que en su ausencia se duplicarían los nacimientos de adolescentes en España⁴⁰, la tasa de este país sería aún inferior a 25 por mil, es decir una cuarta parte de la dominicana y la mitad de la chilena.

Cuadro 3
España, Chile, y República Dominicana: indicadores seleccionados del comportamiento reproductivo durante la adolescencia

País	Tasa de fecundidad adolescente (por mil)	Porcentaje de madres (mujeres de 18 y 19 años de edad)	Porcentaje de unidas antes de los 18 años (mujeres de 18 y 19 años de edad)	Iniciadas sexualmente (mujeres de 15 años de edad)	Porcentaje que usó anticoncepción en el primer coito (mujeres de 18 y 19 años de edad)	Tasa de aborto (por mil mujeres), mujeres de 15 a 19 años de edad
Chile	52,7	16,3	8,0	9,6	57,6	Sin datos confiables
República Dominicana	108,7	33,0	36,9	16,0	23,7	Sin datos confiables
España	12,2	3,6	4,8	20,0	85,1	12,7

Fuente: Procesamiento especial de encuestas DHS o RHS y HBSC.

Nota: DHS, www.measuredhs.com. RHS, www.cdc.gov/reproductivehealth/global/tools/surveys.htm.

Por otro lado está Chile, que presenta un patrón híbrido o de modernidad reproductiva truncada, caracterizado por: i) una iniciación sexual precoz, es decir antes de los 15 años, más bien baja, pero que dentro de la adolescencia se masifica; ii) una actividad sexual en la adolescencia básicamente antes de la unión; iii) una protección anticonceptiva en el debut sexual mucho menor que en España y aparentemente menos eficiente; y iv) aborto ilegal. Esta combinación conduce a una fecundidad adolescente que es 4 veces la de España, pese a que la iniciación sexual es más tardía.

Finalmente está el patrón tradicional, representado por la República Dominicana, donde coexiste una iniciación sexual temprana, un patrón de unión también temprano, un debut sexual protegido con anticoncepción minoritario, un bajo uso de anticonceptivos en general, y un aborto prohibido, resultando en una tasa de fecundidad casi nueve veces la de España.

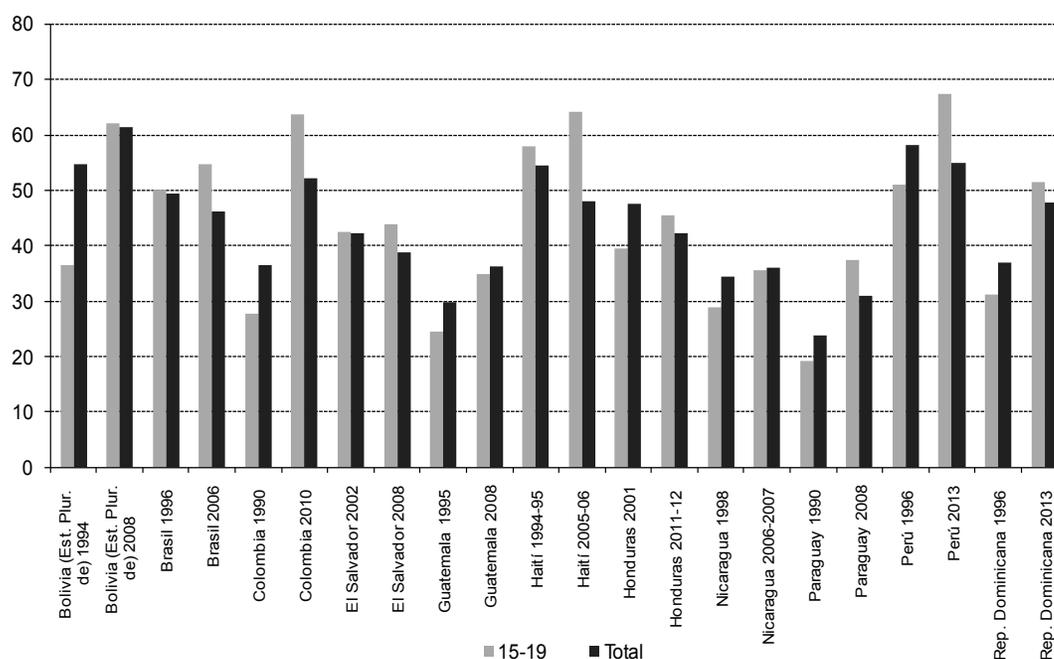
⁴⁰ Extremo, porque: i) la ausencia de aborto probablemente generaría otros comportamientos preventivos, en particular el uso de anticoncepción; y ii) una parte de los abortos provocados terminaría igual en abortos espontáneos.

Entonces, más allá de que casi todos los países de la región sobresalgan a escala mundial por niveles de reproducción adolescente inesperadamente altos y resistentes a la baja (véase el gráfico 3), hay modelos de comportamiento sexual y reproductivo bien diferentes entre los países de la región (Rodríguez, 2014b; 2011 y 2009; Di Cesare 2007). Tener en cuenta estos modelos es decisivo tanto para el estudio del tema, como para el diseño e implementación de políticas públicas en la materia.

G. Reproducción en la adolescencia en América Latina: la deseabilidad/planificación de los nacimientos

El gráfico 12 muestra la tendencia del porcentaje de nacimientos no planificados/no deseados de adolescentes, tal como se definió en la sección metodológica, del período 1990-2010 dentro de la región. Los gráficos 13 y 14, por su parte, ofrecen comparaciones actuales a escala mundial de los nacimientos planificados/deseados en la adolescencia. El gráfico 15, finalmente, ofrece datos novedosos sobre la planificación de la maternidad adolescente actual según nivel socioeconómico.

Gráfico 12
América Latina (países seleccionados): porcentaje de nacimientos durante los 5 años previos a la encuesta que no fueron deseados/planificados cuando se tuvieron, total y madres de 15 a 19 años de edad

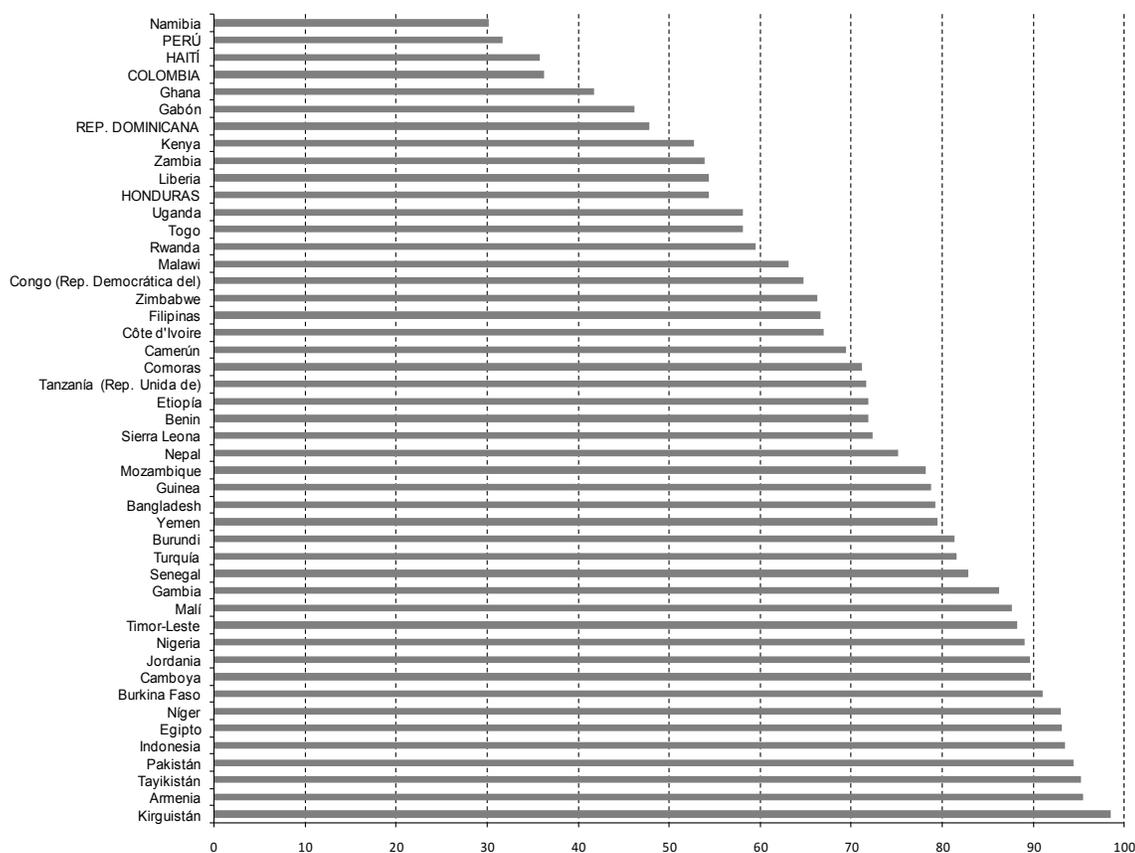


Fuente: Cálculos propios a partir de StatCompiler.

Del gráfico 12 se puede concluir que: i) hay una masiva y significativa alza del porcentaje que representan los nacimientos no planificados/deseados en la adolescencia; ii) los hijos/as tenidos en la adolescencia registran menores índices de planificación/deseabilidad que el total de nacimientos, invirtiéndose la situación que existía hace 20 años; iii) hay diferencias nacionales entre países donde más del 50% de los nacimientos de adolescentes son no planificados/deseados (Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Colombia, Haití, Perú y República Dominicana), y países donde menos del 50% lo es (El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Paraguay). El promedio simple de la muestra es ligeramente superior al 50% de no deseabilidad, pero el ponderado sería muy superior porque los países con más nacimientos (Brasil, Colombia y Perú) tienen porcentajes bastante superiores al 50% de no deseabilidad.

Del gráfico 13 se colige que los cinco países de la región incluidos en él destacan por sus bajos niveles de fecundidad adolescente deseada, siendo Honduras el que registra un mayor nivel ocupando el lugar 11 entre 47 (ordenados de menor a mayor nivel de deseabilidad). Del gráfico 14 puede concluirse que en algunas regiones del mundo la maternidad temprana tiene altos niveles de planificación asociados a elevados índices de unión temprana y a otros factores, como la ausencia de alternativas y desigualdades de género que confinan a las mujeres desde la adolescencia a papeles domésticos y maternos. Pero no es el caso de América Latina que presenta, por lejos, los mayores índices de nacimientos no planificados/deseados en la adolescencia.

Gráfico 13
Países en desarrollo seleccionados (con encuestas DHS recientes): porcentaje de nacimientos de madres menores de 20 años que declaran haber deseado el embarazo “en ese momento”, nacimientos tenidos los 5 años previos a la encuesta, encuestas de 2005 en adelante



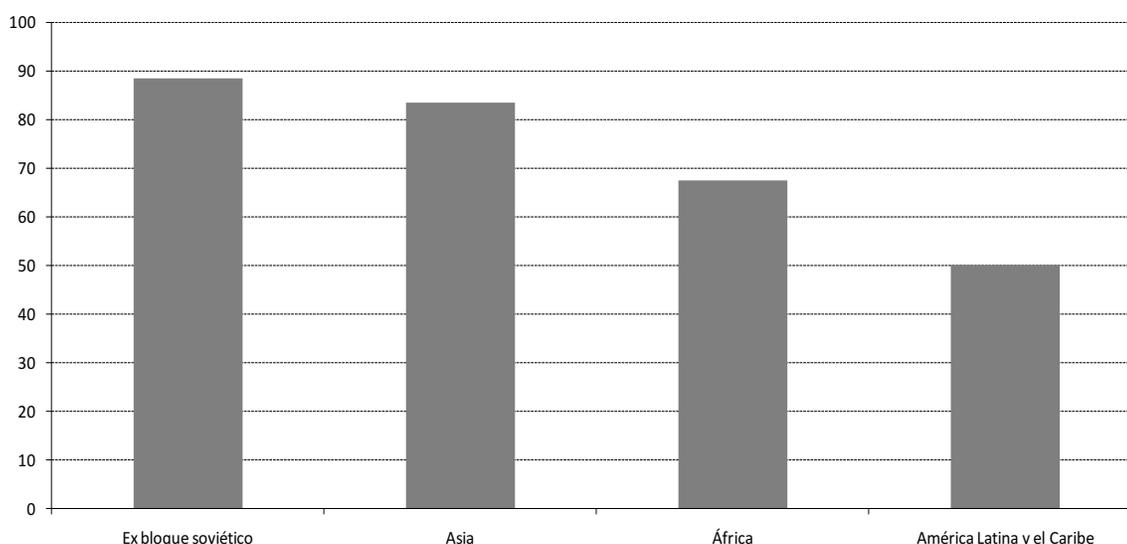
Fuente: Cálculos propios a partir de StatCompiler.

Finalmente, el gráfico 15 sistematiza información reciente y muy novedosa sobre uno de los aspectos más debatidos de la deseabilidad/planificación de la maternidad temprana. Se trata de su segmentación o desigualdad socioeconómica. Existe toda una línea argumental en el sentido de que las prácticas de las sociedades tradicionales⁴¹, así como la cultura actual de los sectores populares (machismo, familismo, papel femenino centrado en el hogar y la maternidad, etc.), junto con la

⁴¹ “For much of human history, first births were to teenage mothers and occurred in the context of extended families and under circumstances where maternal work and childcare were easily combined and shared among family and kin” (Kramer y Lancaster, 2010, pág. 624).

religiosidad y la falta de oportunidades, “normalizaría” la maternidad temprana y la dotaría de un “sentido” y una “valoración especial”, por lo cual las adolescentes pobres en su gran mayoría planifican o desean su maternidad⁴². Los datos del gráfico 15 sugieren que esta visión **no se ajusta a la realidad** porque: i) en cinco de los seis países expuestos, el quintil más pobre registra índices de no planificación/deseabilidad del primogénito⁴³ superiores al 50%; ii) el gradiente socioeconómico de la deseabilidad del primogénito es mucho menor que el gradiente social de la maternidad propiamente tal; y iii) en tres de los seis países (Bolivia (Estado Plurinacional de), Honduras y República Dominicana) el gradiente social virtualmente no existe.

Gráfico 14
Grandes regiones del mundo: porcentaje de nacimientos de madres menores de 20 años que declaran haber deseado el embarazo “en ese momento”, nacimientos tenidos los 5 años previos a la encuesta, encuestas de 2005 en adelante, promedios simples^a



Fuente: Cálculos propios a partir de StatCompiler.

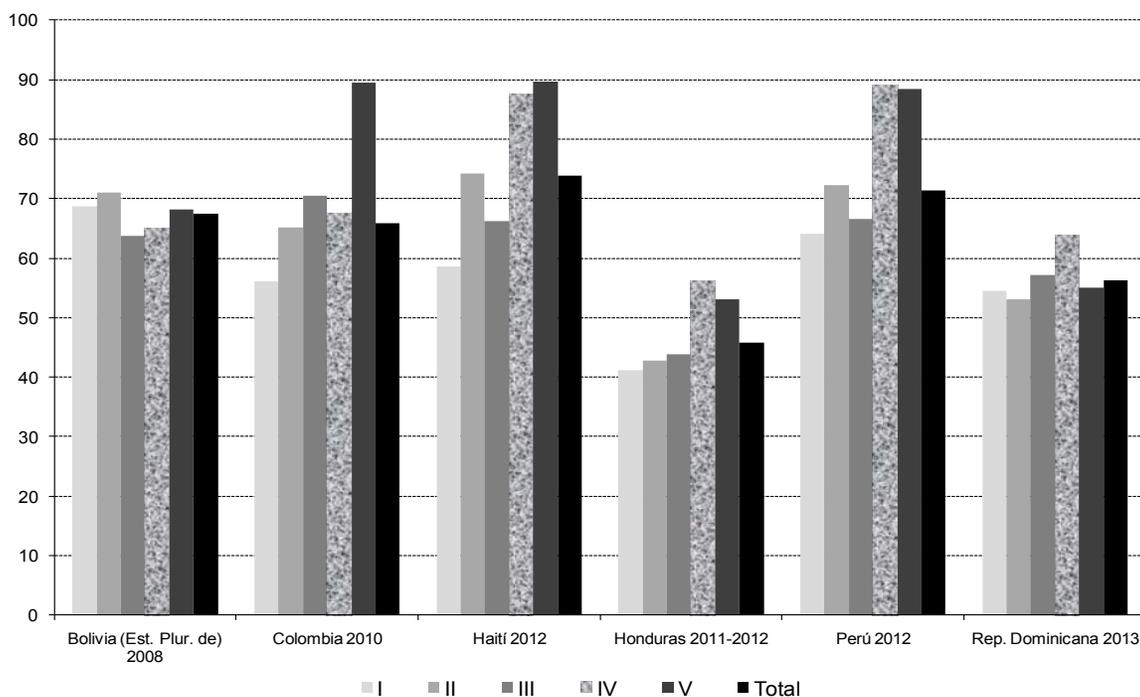
^a Países incluidos: Ex bloque soviético: Albania, Armenia, Azerbaiyán, Kirguistán, República de Moldova, Tayikistán y Ucrania. Asia: Bangladesh, Camboya, Filipinas, India, Indonesia, Jordania, Nepal, Pakistán, Turquía y Yemen. África: Benin, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Comoras, Côte d'Ivoire, Egipto, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Maldivas, Malí, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona, Swazilandia, Timor-Leste, Togo, Uganda, Zambia y Zimbabwe. América Latina y el Caribe: Colombia, El Salvador, Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana.

⁴² “In his research in a favela in northeastern Brazil, Neuhausser (1998) concluded that becoming a mother was a way for an adolescent to gain respect and autonomy, observing that regardless of age, an adolescent girl would become a woman with first sexual intercourse.... Postulating one reason for the growth in teen motherhood rates, Neuhausser observed that “mother” was the only positive identity available to most women and girls in urban slums. Anderson also found that his young female respondents derived a large part of their identities from the babies under their care and guidance. He points out that unlike middle-class teenagers, who take a strong interest in their future and know what a pregnancy can do to derail it, many inner-city adolescents see themselves as having few perceivable options in life, and thus little to lose by having a child out of wedlock. In fact, rather than seeing childbearing as a problem, Fernandez-Kelly’s respondents expressed pride in the contributions they could make to their communities by becoming mothers” (Steele, 2011, pág. 8). “...independientemente de la perspectiva que tengan las instituciones, el embarazo para las y los adolescentes no constituye un problema en sí mismo y que es incluso buscado y deseado [...]. Además, a diferencia de lo que el imaginario social tiene respecto a las implicaciones adversas de este fenómeno, para muchos de los que lo viven resulta un evento que no está relacionado con problemas de salud [...], que no conlleva a implicaciones negativas en la vida en cuanto a la educación y el empleo [...], y que porta un significado relacionado con la adquisición de un mayor estatus social y con la transición a la adultez [...].” (Reyes y González, 2014, pág. 113).

⁴³ Se calculó la deseabilidad solo para el primer hijo, porque este suele ser el más deseado. Así los resultados no son afectados por los casos de hijos de orden superior a 1 de muchachas adolescentes al momento de la encuesta, casi con seguridad mucho menos planificados/deseados que el hijo de orden 1.

En suma, los datos presentados cuestionan la noción de que los nacimientos en esta edad se estarían teniendo como opción frente a la falta de oportunidades o como una suerte de validación social o práctica cultural cuasi inevitable. En cambio, abonan a la idea de que tras esos nacimientos hay un incumplimiento del derecho reproductivo fundamental a decidir cuántos y cuándo tener los hijos. Que esto ocurra en la adolescencia se vincula principalmente a diferentes barreras de acceso a la anticoncepción y a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Gráfico 15
América Latina (países seleccionados): porcentaje de hijos de orden 1 que no fueron planificados/deseados, por nivel socioeconómico, madres de 15 a 19 años de edad con un solo hijo/a, circa 2010



Fuente: Procesamiento especial bases DHS.

H. Las desigualdades sociales y las variables intermedias de la maternidad precoz y la maternidad temprana: examen multivariado

En los cuadros del 4 al 8 se expone un resumen de un conjunto de regresiones lógicas binomiales estimadas para examinar las relaciones entre variables distales y determinantes con la maternidad adolescente⁴⁴.

Los cuadros 4, 5 y 6 modelan la condición de maternidad y dos variables intermedias (actividad sexual y unión) por separado y usando solo tres variables condicionantes; dos de naturaleza sustantiva —como el nivel socioeconómico y la condición urbano rural, que en toda la literatura aparecen como factores que inciden significativamente sobre la probabilidad de ser madre en la adolescencia (Cherry y Dillon, 2014; Rodríguez Vignoli, 2014b; UNFPA, 2013; Grant y Fustenberg 2007 y otros)— y una de control, como la edad simple, habida cuenta de que la exposición al riesgo por la edad varía entre las muchachas consideradas en la regresión. Las principales conclusiones de estos gráficos son que:

- i) La edad tiende a aumentar las chances de estas iniciaciones de manera estadísticamente significativa (confianza de al menos 95%), lo que se debe tanto al efecto directo de la exposición al riesgo (mayor edad implica más tiempo para haberse iniciado), como a pautas culturales que disuaden iniciaciones más tempranas. Cualquiera sea el caso, su inclusión en el modelo solo tiene propósitos de control.
- ii) El nivel socioeconómico, medido mediante los denominados quintiles de bienestar (*wealth index quintiles*) de la DHS, tiende a reducir las chances de estas iniciaciones de manera estadísticamente significativa. En general, se trata de una reducción continua, revelando un patrón muy claro de desigualdad. Con todo, hay una clara diferencia entre la desigualdad socioeconómica, a partir de la razón de momios del quintil más pobre, de la iniciación sexual, que se mueve entre un 1,2 en Haití⁴⁵ y 6 en la República Dominicana, y la de la iniciación nupcial, para la cual las razones de momios se mueven entre 5 en Honduras y 15,3 en la República Dominicana.
- iii) La zona rural presenta mayoritariamente razones de momios inferiores a 1, lo que indica que controlando la composición socioeconómica, las chances de las tres iniciaciones son mayores en las zonas urbanas. Si lo anterior suele no apreciarse en tablas bivariadas se debe a la composición socioeconómica de las zonas rurales que, por ser más pobres, pueden registrar una mayor frecuencia de estas iniciaciones en promedios simples.

De esta manera, la primera revisión de la triada de iniciaciones reproductivas de las adolescentes actuales⁴⁶, revela un patrón de desigualdad no solo profundo sino sobrepuesto. Esto diferencia profundamente a la región de los países desarrollados, sobre todo de Europa occidental donde: i) la maternidad en la adolescencia es baja para todos los grupos socioeconómicos, aunque aún persistan

⁴⁴ Prueba estadística escogida por ser la variable dependiente de naturaleza dicotómica (haber o no tenido un hijo/a al menos, es decir ya haber sido madre, o no, al momento de la encuesta). La regresión se aplicó a las muchachas de 15 a 19 años durante la encuesta, por lo cual la inclusión de la edad simple es crucial para controlar el efecto edad. Solo se muestra uno de los resultados de la regresión, las denominadas razones de momio u *odd ratios* que muestran el cambio que supone en las chances (probabilidad del evento dividido por 1 menos la probabilidad) de haber sido madre el paso de la categoría de referencia a otra categoría en las variables independientes. La categoría de referencia se indica en el cuadro. Una razón de momios superior a 1 para una categoría dada, significa que las muchachas de esa categoría tienen MAYORES chances que las muchachas de la categoría de referencia de ya haber sido madre (controlando las otras variables en la ecuación). Una razón de momios inferior a 1 para una categoría dada, significa que las muchachas de esa categoría tienen MENORES chances que las muchachas de la categoría de referencia de ya haber sido madre (controlando las otras variables en la ecuación). Una razón de momios igual a 1 para una categoría dada, significa que las muchachas de esa categoría tienen igual chance que las muchachas de la categoría de referencia de ya haber sido madre (controlando las otras variables en la ecuación). En el caso de las variables independientes cuantitativas, como la edad, el valor de la razón de momios corresponde al cambio promedio de las chances al aumentar en una unidad esta variable independiente.

⁴⁵ Es decir, las chances de haberse iniciado sexualmente entre las muchachas del quintil socioeconómico inferior son 1,2 veces (20% mayor) las del grupo de referencia (muchachas del quintil socioeconómico superior). Es decir, las chances de haberse iniciado sexualmente entre las muchachas del quintil socioeconómico inferior son 6 veces (500% mayor) las del grupo de referencia (muchachas del quintil socioeconómico superior).

⁴⁶ O casi actuales. Se trata de las adolescentes de unos 5 años atrás (en promedio).

desigualdades; ii) la unión temprana es muy infrecuente en todos los grupos socioeconómicos, aunque aún persistan desigualdades; y iii) la iniciación sexual es más temprana y no presenta grandes desigualdades socioeconómicas, según se explica en Currie y otros, 2012, pág. 174. En efecto, en regresiones logísticas binomiales calculadas para este trabajo (datos no mostrados pero disponibles a solicitud, solo para mujeres de 15 años) se llegó a la misma conclusión. En ninguno de los seis países examinados (Austria, Inglaterra, España, Francia, Italia y Suecia) se detectó una relación sistemática significativa entre la actividad sexual y las condiciones socioeconómicas de las familias de las y los adolescentes de 15 años entrevistados. En algunos países (Austria, Francia y Suecia), la categoría más desaventajada presentaba mayores chances de haberse iniciado (aunque con coeficientes estadísticamente no significativos, con un 95% de confianza) respecto del grupo de nivel socioeconómico superior, pero los niveles intermedios registraban menores chances que el superior.

Cuadro 4
Razones de momios (*odds ratios*) de regresión logística binomial según nivel socioeconómico, edad simple y zona de residencia urbano/rural sobre la chance de ya haber sido madre, mujeres de 15 a 19 años de países seleccionados de América Latina con encuestas especializadas en torno a 2010^a

Variables	Bolivia (Est. Plur. de) 2008	Colombia 2010	Haití 2012	Honduras 2011-2012	Perú 2012	Rep. Dominicana 2007	Rep. Dominicana 2013
	Razón de momios (<i>Odds ratios</i>)						
Edad	1,295	1,480	1,712	1,477	1,356	1,603	1,634
Mayor NSE (grupo de referencia)				1,00			
Menor NSE	7,784	7,513	6,322	4,737	6,058	4,490	4,859
Bajo NSE	4,214	5,895	6,433	3,572	5,013	4,252	4,001
Intermedio NSE	3,191	2,935	4,135	2,129	2,274	2,691	1,827
Alto NSE	2,007	1,981	2,840	1,405	1,807	2,019	2,265
Urbano (grupo de referencia)				1,00			
Rural	0,815	0,881	0,842	0,998	1,201	1,099	1,164
Constant	0,003	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000

Fuente: Procesamientos propios sobre bases de datos de encuestas DHS.

^a En negrita razones de momios significativas con una confianza del 95% (p-value <0.05).

Cuadro 5
Razones de momios (odds ratios) de regresión logística binomial según nivel socioeconómico, edad simple y zona de residencia urbano/rural sobre la chance de ya haberse unido, mujeres de 15 a 19 años, países seleccionados de América Latina con encuestas especializadas en torno a 2010^a

Variables	Bolivia (Est. Plur. de) 2008	Colombia 2010	Haití 2012	Honduras 2011-2012	Perú 2012	Rep. Dominicana 2007	Rep. Dominicana 2013
	Razón de momios (Odds ratios)						
Edad	1,788	1,828	2,055	1,630	1,934	1,702	1,589
Mayor NSE (grupo de referencia)				1,00			
Menor NSE	7,853	13,526	5,224	5,025	15,025	8,338	15,344
Bajo NSE	4,334	8,642	6,291	4,617	9,435	5,185	8,822
Intermedio NSE	3,936	4,263	4,987	3,145	4,773	2,772	5,140
Alto NSE	2,867	2,619	4,013	2,276	2,763	1,582	3,587
Urbano (grupo de referencia)				1,00			
Rural	0,737	0,724	0,524	1,040	0,926	0,814	0,684
Constant	0,000						

Fuente: Procesamientos propios sobre bases de datos de encuestas DHS.

^a En negrita razones de momios significativas con una confianza del 95% (p-value <0.05).

Cuadro 6
Razones de momios (odds ratios) de regresión logística binomial según nivel socioeconómico, edad simple y zona de residencia urbano/rural sobre la chance de ya haberse iniciado sexualmente, mujeres de 15 a 19 años de países seleccionados de América Latina con encuestas especializadas en torno a 2010^a

Variables	Bolivia (Est. Plur. de) 2008	Colombia 2010	Haití 2012	Honduras 2011-2012	Perú 2012	Rep. Dominicana 2007	Rep. Dominicana 2013
	Razón de momios (Odds ratios)						
Edad	1,870	2,000	1,937	1,728	1,901	1,770	1,729
Mayor NSE (grupo de referencia)				1,00			
Menor NSE	2,962	1,886	1,241	3,626	4,725	4,715	5,996
Bajo NSE	2,423	1,849	1,564	3,220	3,173	2,993	3,217
Intermedio NSE	1,792	1,576	2,025	2,311	2,384	1,615	2,301
Alto NSE	1,432	1,313	1,953	2,282	1,381	1,322	2,093
Urbano (grupo de referencia)				1,00			
Rural	0,985	0,841	0,735	0,889	0,711	0,738	0,678
Constant	0,000						

Fuente: Procesamientos propios sobre bases de datos de encuestas DHS.

^a En negrita razones de momios significativas con una confianza del 95% (p-value <0.05).

En el cuadro 7 se presentan las razones de momios del uso de anticoncepción en la primera relación sexual⁴⁷. Se advierte que la edad de las personas no tiene un efecto significativo y las variables socioeconómicas ofrecen un gradiente de desigualdad claro, en el sentido de que los quintiles socioeconómicos inferiores tienen menores chances de haber usado condón en su primera relación sexual, aunque este gradiente pierde significación estadística en los quintiles diferentes del inferior en algunos países. En el contraste urbano-rural, esta última localización tiene menos chances de uso (salvo en Colombia) aunque solo es significativo en dos de los cinco países examinados. Finalmente, las muchachas alguna vez unidas tienen sistemáticamente menos chances de haber usado anticoncepción, lo que ratifica las características y relevancia de la unión temprana como factor de riesgo o asociado a la maternidad.

Cuadro 7
Razones de momios (*odds ratios*) de regresión logística binomial según nivel socioeconómico, edad simple y zona de residencia urbano/rural sobre la chance de haber usado condón en la primera relación sexual, mujeres de 15 a 19 años iniciadas sexualmente de países seleccionados de América Latina con encuestas especializadas en torno a 2010^a

Variables	Bolivia (Est. Plur. de) 2008	Colombia 2010	Honduras 2011-2012	Perú 2012	Rep. Dominicana 2007
	Razón de momios (<i>Odds ratios</i>)				
Edad	0,898	1,047	0,977	1,074	0,998
Mayor NSE (grupo de referencia)	1,000				
Menor NSE	0,116	0,400	0,218	0,395	0,397
Bajo NSE	0,431	0,683	0,376	0,576	0,860
Intermedio NSE	0,438	0,760	0,570	0,708	0,902
Alto NSE	0,437	0,982	0,663	0,725	0,869
Urbano (grupo de referencia)	1,000				
Rural	0,356	1,260	0,779	0,544	0,746
Nunca unida (grupo de referencia)	1,000				
Alguna vez Unidas	0,734	0,476	0,373	0,502	0,582
Constant	4,368	0,954	1,584	0,283	0,875

Fuente: Procesamientos propios sobre bases de datos de encuestas DHS.

^a En negrita razones de momios significativas con una confianza del 95% (p-value <0.05).

Finalmente, el cuadro 8 expone un modelo en que se utilizan variables distales e intermedias para examinar la maternidad en el grupo 15 a 19 años. La edad mantiene un efecto estadísticamente significativo, al igual que la condición socioeconómica, aunque con un gradiente más atenuado. La distinción urbano-rural pierde toda significación estadística. Y las tres variables intermedias incluidas registran una influencia poderosa y estadísticamente significativa: la unión eleva las chances de maternidad y la postergación de la iniciación sexual, y el uso de condón en la primera relación sexual las reduce.

⁴⁷ En la mayoría de los casos no se trata de todos los medios, sino del condón, por ser la información disponible y por tratarse del método por lejos más usado entre adolescentes, en la primera relación sexual.

Cuadro 8
Razones de momios (odds ratios) de regresión logística binomial según nivel socioeconómico, edad simple, zona de residencia, unión y edad de la iniciación sexual sobre la chance de ya haber sido madre, mujeres de 15 a 19 años iniciadas sexualmente de países seleccionados de América Latina con encuestas especializadas en torno a 2010^a

Variables	Bolivia (Est. Plur. de) 2008	Colombia 2010	Haití 2012	Honduras 2011-2012	Perú 2012	Rep. Dominicana 2007
	Razón de momios (Odds ratios)					
Edad	2,302	1,985	1,997	2,513	2,139	2,116
Mayor NSE (grupo de referencia)			1,000			
Menor NSE	3,695	2,353	2,754	3,062	2,521	1,896
Bajo NSE	2,668	2,621	2,807	2,424	2,388	2,556
Intermedio NSE	1,926	1,791	2,771	1,555	1,654	1,400
Alto NSE	1,502	1,336	1,551	1,346	1,540	1,732
Urbano (grupo de referencia)			1,000			
Rural	0,863	1,112	1,389	1,011	1,032	1,122
Nunca unida (grupo de referencia)			1,000			
Alguna vez unidas	3,942	7,321	14,766	4,103	6,582	5,426
Edad primer coito	0,442	0,518	0,661	0,454	0,457	0,593
Uso condón en la primera relación sexual	0,594	0,738	0,582	0,605	0,667	0,597
Constant	0,039	0,015	0,000	0,004	0,039	0,001

Fuente: Procesamientos propios sobre bases de datos de encuestas DHS.

^a En negrita razones de momios significativas con una confianza del 95% (p-value <0.05).

Por su parte, los cuadros 9, 10 y 11 se concentran en la transición de los tres hitos reproductivos durante la adolescencia según nivel socioeconómico. En este caso, la variable de respuesta asume tres categorías: i) iniciación temprana, es decir antes de los 18 años; ii) iniciación tardía, es decir entre los 18 y los 19 años cumplidos; y iii) no transición, es decir no se produjo la iniciación en la adolescencia. Por lo anterior, se usa el grupo 20-24 años y se utilizan regresiones logísticas multinomiales. Los resultados revelan una gran desigualdad de las transiciones nupciales y reproductivas y una desigualdad mucho menor de la transición sexual. Las chances de no tener hijos ni de unirse durante la adolescencia son mucho mayores entre los quintiles aventajados. Como contrapartida, las transiciones reproductivas y nupciales tempranas tienen muchas más chances de ocurrir en los grupos más pobres. En cambio, en el caso de las transiciones sexuales, las diferencias son bastante menores y en algunos casos no significativas, aunque en general la iniciación sexual temprana fue más frecuente entre la muchachas del quintil inferior.

Cuadro 9
Razones de momios (odds ratios) de regresión logística multinomial del nivel socioeconómico, sobre la chance de tres condiciones de maternidad en la adolescencia (no madres, primer hijo/a antes de los 18 años, primer hijo/a entre 18 y 19 años), mujeres de 20 a 24 años de países seleccionados de América Latina con encuestas especializadas en torno a 2010^a

Iniciación reproductiva en la adolescencia (referencia: NO iniciadas en la adolescencia)	Quintil socioeconómico	Bolivia (Est. Plur. de) 2008	Colombia 2010	Haití 2012	Honduras 2011-2012	Perú 2012	Rep. Dominicana 2013
		Razón de momios (Odds ratios)					
Primer hijo/a antes de los 18 años	I	47,0	15,6	9,2	8,4	38,7	8,6
	II	15,4	6,4	6,4	5,2	15,1	8,1
	III	10,9	3,6	5,0	2,8	4,6	4,1
	IV	5,4	2,1	4,1	1,6	3,1	1,8
	V	Referencia					
Primer hijo/a entre los 18 y los 19 años	I	21,7	10,4	7,5	5,1	17,6	4,5
	II	8,9	5,7	7,7	3,4	8,4	4,3
	III	5,9	3,1	4,1	2,0	3,6	2,4
	IV	3,1	2,3	2,7	1,4	3,1	1,4
	V	Referencia					

Fuente: Procesamientos propios sobre bases de datos de encuestas DHS.

^a En negrita razones de momios significativas con una confianza del 95% (p-value <0.05). Las categorías de referencia son el quintil V (superior) en la variable nivel socioeconómico y las no madres en la variable de condición de maternidad.

Cuadro 10
Razones de momios (odds ratios) de regresión logística multinomial del nivel socioeconómico, sobre la chance de tres condiciones de unión en la adolescencia (no unidas, primera unión antes de los 18 años, primera unión entre 18 y 19 años), mujeres de 20 a 24 años de países seleccionados de América Latina con encuestas especializadas en torno a 2010^a

Iniciación nupcial en la adolescencia (referencia: NO unidas en la adolescencia)	Quintil socioeconómico	Bolivia (Est. Plur. de) 2008	Colombia 2010	Haití 2012	Honduras 2011-2012	Perú 2012	Rep. Dominicana 2013
		Razón de momios (Odds ratios)					
Primera unión antes de los 18 años	I	19,5	16,5	4,3	8,4	18,8	22,0
	II	16,3	10,3	4,5	5,0	13,5	10,9
	III	12,2	5,6	3,4	3,7	3,8	4,9
	IV	6,1	2,3	3,1	2,5	2,9	2,4
	V	Referencia					
Primera Unión entre los 18 y los 19 años	I	8,0	5,9	4,1	4,2	5,7	7,6
	II	6,4	5,3	4,3	3,0	5,9	4,8
	III	3,2	4,2	3,2	2,3	4,0	2,7
	IV	3,2	2,1	2,3	1,8	2,6	1,8
	V	Referencia					

Fuente: Procesamientos propios sobre bases de datos de encuestas DHS.

^a En negrita razones de momios significativas con una confianza del 95% (p-value <0.05). Las categorías de referencia son el quintil V (superior) en la variable nivel socioeconómico y las no unidas en la variable de condición de unión.

Cuadro 11
Razones de momios (odds ratios) de regresión logística multinomial del nivel socioeconómico, sobre la chance de tres condiciones de iniciación sexual (no iniciadas, iniciadas antes de los 18 años, iniciadas entre 18 y 19 años), mujeres de 20 a 24 años de países seleccionados de América Latina con encuestas especializadas en torno a 2010^a

Iniciación sexual en la adolescencia (referencia: NO iniciadas en la adolescencia)	Quintil socioeconómico	Bolivia (Est. Plur. de) 2008	Colombia 2010	Haití 2012	Honduras 2011-2012	Perú 2012	Rep. Dominicana 2013
		Razón de momios (Odds ratios)					
Iniciadas antes de los 18 años	I	12,067	2,315	1,359	5,976	3,162	10,678
	II	8,074	2,832	1,462	3,938	3,066	3,861
	III	5,198	2,517	1,810	2,639	1,452	2,308
	IV	2,371	1,451	1,645	2,351	0,974	1,462
	V	Referencia					
Iniciadas entre los 18 y los 19 años	I	4,239	1,130	0,739	2,732	1,692	3,004
	II	3,651	1,372	0,933	2,074	1,827	1,433
	III	2,088	1,657	1,199	1,375	1,620	0,912
	IV	1,565	1,101	0,930	1,626	1,134	0,779
	V	Referencia					

Fuente: Procesamientos propios sobre bases de datos de encuestas DHS.

^a En negrita razones de momios significativas con una confianza del 95% (p-value <0.05). Las categorías de referencia son el quintil V (superior) en la variable nivel socioeconómico y las no iniciadas sexualmente en la variable de condición de iniciación sexual.

Considerando los resultados de las regresiones logísticas binomiales, en el cuadro 12 se presenta un ejercicio de simulación que usa los coeficientes originales de la misma (no las razones de momios) para estimar la probabilidad de ser madre adolescente para casos hipotéticos con diferentes combinaciones de los atributos usados en la regresión. La combinación de estar finalizando la adolescencia (edad 19), pertenecer al quintil socioeconómico más pobre, haber estado unida, haberse iniciado sexualmente a una edad temprana (15 años) y no haber usado condón en la primera relación sexual conduce a probabilidades superiores al 80% de ser madre, llegando a niveles superiores al 90% en algunos países. Como contrapartida, pertenecer al quintil socioeconómico más alto, no haber estado unida, haberse iniciado sexualmente a una edad tardía (19 años) y haber usado condón en la primera relación sexual conduce a probabilidades casi nulas de ser madre en la adolescencia. Estos ejercicios, pese a sus limitaciones, ratifican el planteamiento de que las políticas y programas pueden y deben actuar sobre las tres variables intermedias clave, pues sus eventuales modificaciones conjuntas pueden tener efectos acumulativos y transversales sobre la probabilidad de ser madre en la adolescencia. Aún así, la acción inmediata prioritaria sigue siendo el ofrecimiento de servicios de salud sexual y reproductiva para todas y todos los adolescentes que lo requieran, para garantizar el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Cuadro 12
América Latina (países seleccionados): probabilidades de haber sido madre adolescente
según modelo logístico binomial (circa 2010)

Características de las muchachas	Bolivia (Est. Plur. de) 2008	Colombia 2010	Honduras 2011-2012	Perú 2012	Rep. Dominicana 2007
Mayor (19). Quintil 1 (más pobre). Unida. Debut sexual temprano (15). NO usó condón en debut sexual	95,5	86,1	93,4	90,6	80,3
Mayor (19). Quintil 1 (más pobre). Unida. Debut sexual temprano (15). Usó condón en debut sexual	92,6	82,0	89,5	86,5	86,5
Mayor (19). Quintil 1 (más pobre). No Unida. Debut sexual temprano (15). Usó condón en debut sexual	76,0	38,4	67,4	49,3	31,0
Mayor (19). Quintil 5 (más rica). No Unida. Debut sexual tardío (19). Usó condón en debut sexual	3,2	1,9	2,8	1,7	2,8
Mayor (19). Quintil 5 (más rica). No Unida. Debut sexual temprano (15). Usó condón en debut sexual	46,2	21,0	40,3	27,8	19,1
Mayor (19). Quintil 5 (más rica). No Unida. Debut sexual temprano (15). NO usó condón en debut sexual	59,1	26,4	52,8	36,7	28,4
Mayor (19). Quintil 5 (más rica). Unida. Debut sexual temprano (15). Usó condón en debut sexual	77,2	66,0	73,5	71,8	56,2

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la regresión presentada en el cuadro 8 (coeficientes no expuestos en el cuadro, logaritmos naturales de las razones de momios u *odds ratios*).

Justamente por lo anterior, el cuadro 13, para finalizar, presenta la modelación del gradiente socioeconómico sobre cuatro condiciones de uso de anticonceptivos, que van desde la más “protectora” (usó en el primer coito y usa actualmente), hasta la menos (no usó ni en primera relación sexual ni usa actualmente). El cálculo se basa en las muchachas de 20 a 24 años al momento de la encuestas que se iniciaron sexualmente durante la adolescencia y ratifica plenamente que el acceso a la protección anticonceptiva oportuna (es decir, desde el inicio de la actividad sexual) es marcadamente desigual —en el Perú y el Estado Plurinacional de Bolivia, por ejemplo, tomando como base la chance de estar en la categoría más protegida, las muchachas del quintil inferior tienen chances 15 veces mayores que el quintil superior de estar en la categoría de mayor desprotección y entre 6 y 9 veces la de estar en la categoría que sigue de desprotección⁴⁸—y es un eslabón clave de las desigualdades reproductivas en los países incluidos en el cuadro y probablemente en todos los países de la región.

Como antecedente adicional, sin duda relevante para políticas, la distribución relativa de estas cuatro categorías muestra que solo en Colombia 2010 predomina la categoría más protegida (usó en la primera relación sexual y usa actualmente), mientras en los otros países predomina la más desprotegida (no usó en la primera relación ni usa actualmente).

⁴⁸ Interesantemente, no hay gradiente social respecto de la tercera categoría, es decir iniciación sexual protegida y uso actual de anticoncepción. Esto revela que el factor que marca la diferencia es la iniciación protegida, tal como se comentó anteriormente, porque el uso actual puede deberse tanto a una protección sistemática bajo nuliparidad, como a una protección luego de haber sido madre.

Cuadro 13
Razones de momios (odds ratios) de regresión logística multinomial del nivel socioeconómico sobre la
chance de cuatro condiciones de protección anticonceptiva entre mujeres
de 20 a 24 años, iniciadas sexualmente en la adolescencia, en países seleccionados
de América Latina con encuestas especializadas en torno a 2010^a

Variables		Bolivia (Est. Plur. de 2008)	Colombia 2010	Honduras 2011-2012	Perú 2012	Rep. Dominicana 2007
		Razón de momios (Odds ratios)				
Uso actual y no uso en 1° relación sexual	I	6,587	4,701	8,241	9,354	5,982
	II	7,118	2,403	3,048	4,436	4,468
	III	2,982	1,720	3,417	1,697	2,498
	IV	1,399	1,794	1,378	1,171	1,681
	V	Referencia				
No uso actual y uso en 1° relación sexual	I	0,603	1,740	0,773	1,462	1,431
	II	0,845	1,197	0,611	1,201	1,579
	III	0,989	1,081	1,491	0,961	1,297
	IV	0,779	1,228	1,191	1,078	1,522
	V	Referencia				
No uso actual y no uso en 1° relación sexual	I	16,637	6,517	9,876	17,771	3,643
	II	14,309	2,697	3,815	5,392	2,944
	III	4,917	1,718	4,197	2,362	1,831
	IV	1,497	1,337	1,480	1,397	1,279
	V	Referencia				

Fuente: Procesamientos propios sobre bases de datos de encuestas DHS.

^a En negrita razones de momios significativas con una confianza del 95% (p-value <0.05). Las categorías de referencia son el quintil V (superior) en la variable nivel socioeconómico y uso actual y uso en la primera relación sexual en el caso de la variable de condición de protección anticonceptiva.

V. Discusión y conclusiones de política

Durante los últimos 20 años, América Latina se ha consolidado como una región anómala en materia de reproducción en la adolescencia (Rodríguez Vignoli, 2014a), sobre todo por sus niveles muy superiores a los esperados por sus transiciones demográfica, urbana y socioeconómica, y por la resistencia a la baja, en particular la maternidad antes de los 20 años. En este sentido –y en contraposición con otros rasgos de su evolución demográfica, como los niveles de fecundidad total y de esperanza de vida– América Latina está mucho más cerca de los niveles de los países de menor desarrollo relativo que de los niveles de los países desarrollados.

Esta situación se debe, de forma directa, a la peculiar transición que presentan los determinantes próximos de la fecundidad que, en el caso de la adolescente, corresponden principalmente a la edad de iniciación sexual, la protección anticonceptiva y el aborto. A lo anterior cabe agregar la edad de la unión, tanto por su incidencia sobre la exposición a actividad sexual como por el propósito de la misma actividad sexual, que en el marco de uniones suele ser más afín a la reproducción.

Esta peculiar transición tiene como **primer componente** al adelantamiento significativo de la iniciación sexual y la masificación del debut sexual durante la adolescencia. En efecto, entre 1990 y 2010 el debut sexual antes de los 20 años pasó del 50% al 70%, para los países con encuestas especializadas y usando como grupo informante a las mujeres de 20 a 24 años. En el resto del mundo en desarrollo, la tendencia fue más bien a postergar la iniciación sexual en directa concomitancia con el atraso de la primera unión. Y en el mundo desarrollado la tendencia fue errática, con grandes variaciones entre países y mostrando, por primera vez desde que hay registros sobre la materia, inflexiones del calendario de la iniciación sexual por postergación, normalmente tímida, luego de décadas de adelantamiento.

La relación entre la iniciación sexual y la unión constituye un **segundo componente**, con una **doble cara**, de esta peculiar transición de los determinantes próximos de la reproducción en la adolescencia. Por una parte, el adelantamiento de la iniciación sexual no fue concomitante con una unión más temprana; de hecho, esta última se retrasó en el período antes mencionado (aunque levemente como se comenta luego), por lo cual lo que aumentó en las últimas décadas fue la actividad sexual antes o sin necesidad de unión, la que normalmente no tiene propósitos reproductivos. Se trata de un componente completamente alineado con la experiencia de los países desarrollados y con un rasgo clave de la modernidad sexual y reproductiva: la disociación entre actividad sexual y unión y entre actividad sexual

y propósito reproductivo. Como contrapartida, la postergación de la primera unión fue tenue, algunos investigadores hablan más bien de “estabilidad”, lo que claramente se distancia de la experiencia de los países desarrollados, donde la unión durante la adolescencia es marginal. Lo anterior genera una paradoja, pues en principio la unión debiera estar perdiendo importancia como variable intermedia al expandirse la actividad sexual antes o sin necesidad de unión. Pero por esta mantención de un “núcleo” duro de unión temprana y la fuerte asociación que los datos muestran entre unión y reproducción entre las adolescentes, entonces la unión está lejos de perder importancia, por lo cual necesariamente debe ser un objeto de política. Por ello, la antes mencionada “doble cara” de este componente genera, por una parte, que las políticas deben dar especial atención –más concretamente, garantizar información y acceso oportuno a todos los medios anticonceptivos respetando los principios de autodeterminación, privacidad y confidencialidad– a las y los adolescentes sexualmente activos y no unidos, que pasan a ser mayoría y que, generalmente, no desean tener hijos; y por otra parte hace que las políticas aún deban destinar esfuerzos y recursos para promover la postergación de la unión –por las adversidades que entraña, pero reconociendo que no hay espacio para limitar las decisiones libres e informadas de las muchachas, más allá de las consideraciones legales, que, por lo demás, no aplican en el caso de las uniones de hecho, ampliamente mayoritarias entre las y los adolescentes–, y para brindar planificación familiar a las y los adolescentes unidos, que suelen ser más proclives a desear la reproducción.

Un **tercer componente** es la todavía masiva desprotección anticonceptiva entre los y las adolescentes, característica que termina por diferenciar a la región de los países desarrollados, donde esta protección es generalizada desde la primera relación sexual. Ahora bien, el uso de anticonceptivos entre adolescentes ha aumentado, en particular el condón en directa relación con las campañas de prevención del SIDA. Pero solo en unos pocos países de la región la iniciación sexual protegida supera el 50%, lo que marca desde el debut sexual un alto riesgo de embarazo. Incluso más, los métodos más usados, sobre todo el condón, no resultan los más eficientes para los y las adolescentes que, por las especificidades biosociales subrayadas en este texto, tienen mayores dificultades para implementar de forma sistemática este medio en cada relación sexual. De esta manera, la protección anticonceptiva entre los y las adolescentes se convierte en un desafío de investigación y de política fundamental, tanto para garantizar que esta protección llegue a todos y todas quienes lo requieren, como para asegurar que su uso resulte eficiente, sea porque se trata de métodos permanentes o más seguros o porque se mejoran las capacidades y habilidades de las y los adolescentes para usarlos adecuadamente.

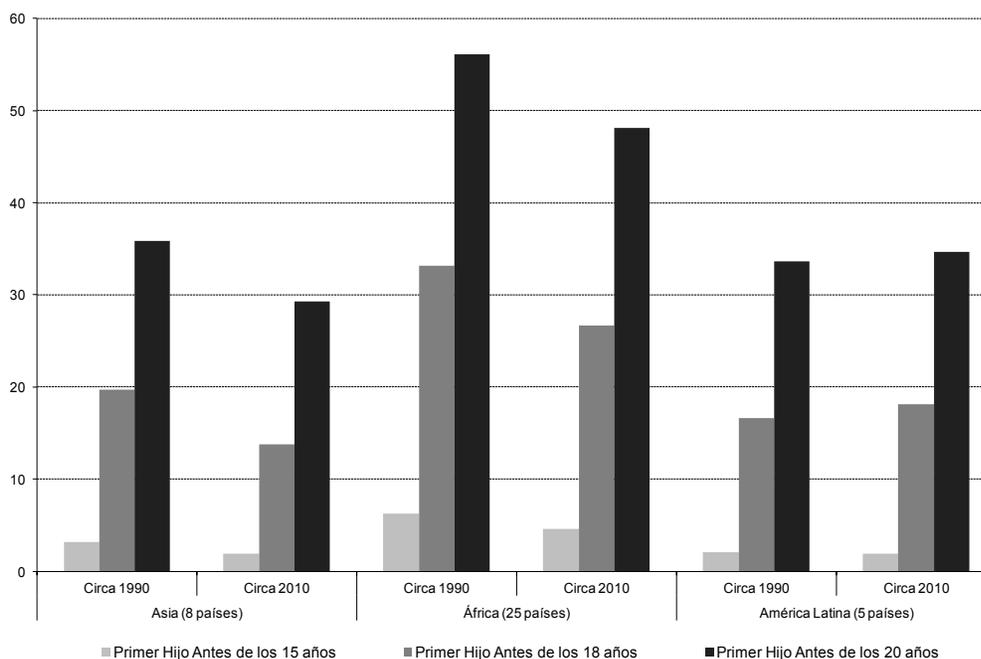
Un **cuarto componente** es la etapificación de las iniciaciones, que presenta pendientes sobresalientes entre los 15 y los 17 años cumplidos. En el caso de la iniciación sexual, pese a su adelantamiento, que también se expresó en un incremento en el debut sexual antes de los 15 años, la proporción de iniciadas precozmente (antes de los 15 años) sigue siendo inferior a África, Asia y los países desarrollados que cubre la HBSC. En cambio, las iniciadas antes de los 18 años superan largamente a Asia, se equiparan a África y probablemente se acercan a los países desarrollados. En el caso de la iniciación nupcial, esta es muy infrecuente antes de los 15 años, a diferencia de África y Asia, pero al cumplir los 20 años el porcentaje es similar al observado en Asia (aunque bastante inferior al de África) y ciertamente es mucho mayor que el registrado en los países desarrollados aún; de cualquier manera el rasgo distintivo de la unión en la adolescencia en la región no es tanto su nivel como su resistencia a la baja y su estrecha relación con pobreza y reproducción adolescente. Y en el caso de la iniciación reproductiva, el contraste es muy claro entre África y América Latina y el Caribe, que tiene una pendiente fuerte y sistemática, y Asia y los ex países soviéticos, con una pendiente más suave e irregular (véase el gráfico 16). Adicionalmente, entre 1990 y 2010, América Latina superó a Asia en las tres edades y se acercó a África, toda vez que esta última región tendió a bajar el porcentaje de madres antes de las tres edades (aunque todavía sigue registrando los mayores índices). Una tendencia inquietante en el caso de la región, que ratifica su excepcionalidad y la necesidad de actuar decididamente en la materia.

Un **quinto componente** es la desigualdad, que se expresa como síndrome por cuanto las tres iniciaciones son más tempranas entre los pobres, lo que se conjuga con una protección anticonceptiva mucho menor. La manifestación más expresiva de esta desigualdad es que el 20% más pobre de las adolescentes de la región tiene casi la misma fecundad adolescente que el 20% más pobre de África. Pero esta desigualdad no debe llevar a conclusiones apresuradas sobre el blindaje frente a ella entre los

grupos más acomodados. La fecundidad adolescente entre las muchachas del quintil superior es mucho más alta que la fecundidad adolescente promedio de los países desarrollados. Y esto pese a que inician su vida sexual bastante más tarde que la media de los países desarrollados. Pareciera ser que las barreras de acceso a la anticoncepción, así como las limitaciones o dificultades para su uso oportuno, regular y eficiente tienen algo de transversal en la medida que forman parte de la cultura predominante en la región, que no reconoce la condición de sujetos sexuales de los y las adolescentes y que no facilita su acceso y manejo de anticonceptivos modernos. También las instituciones de salud están rezagadas en el ofrecimiento de métodos desde el inicio de la actividad sexual y que incluyan aquellos que pueden ser más eficientes para los y las adolescentes, como los inyectables, implantes o dispositivos permanentes.

Cualquiera sea el caso, dado el adelantamiento de la iniciación sexual y la convergencia socioeconómica de este fenómeno, a diferencia de lo que pasa con la unión y la reproducción adolescente, resulta imperioso contar con políticas y programas multifacéticos y transversales que garanticen la protección anticonceptiva oportuna, desde el mismo debut sexual y su uso regular y eficiente. Asimismo, actuar sobre la unión temprana resulta ineludible, sobre todo en los países con modelos reproductivos tradicionales en la adolescencia; en este caso, las acciones deben concentrarse en los grupos pobres y excluidos, por lejos los más expuestos a la unión temprana, ya que la desigualdad social en esta materia es enorme y creciente. Como este patrón suele estar anclado en prácticas culturales entre algunos grupos, por ejemplo los indígenas, las intervenciones deben considerar esta condición y ser sensibles a esta especificidad cultural, aun cuando el derecho individual a decidir en esta materia, dentro de los marcos legales nacionales, es el prioritario para las políticas públicas.

Gráfico 16
América Latina, ex países soviéticos, Asia y África (países seleccionados^a): porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que tuvo su primer hijo antes de los 15, de los 18 y de los 20 años de edad, circa 1990 y circa 2010



Fuente: Cálculos propios a partir de StatCompiler.

^a Países incluidos: Asia: Bangladesh, Camboya, Filipinas, Indonesia, Jordania, Nepal, Pakistán, Yemen. África: Benin, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Chad, Comoras, Côte d'Ivoire, Egipto, Ghana, Kenya, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Unida de Tanzania, Senegal, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe. América Latina: Colombia, Estado Plurinacional de Bolivia, Haití, Perú y República Dominicana.

Finalmente, la urgencia que se deduce de los números, sus desagregaciones sociales y sus consecuencias (no abordadas en este texto pero sí en otros previos, aunque aún hay mucho por indagar al respecto), se refuerza por las declaraciones que las mismas adolescentes hacen sobre la planificación o deseabilidad de sus embarazos e hijos tenidos. En este trabajo se ratificó un hallazgo de los últimos años sobre la rápida e intensa caída de la deseabilidad/planificación de la tenencia de hijos en la adolescencia. Además, se expusieron dos hallazgos muy relevantes para la discusión y la acción en esta materia. Uno de ellos, resultado del enfoque comparativo del estudio, permitió identificar un sexto componente de la peculiar transición de la fecundidad adolescente regional, que es el sobresaliente índice de no deseabilidad de los nacimientos, lo que revela una vulneración de derechos inaceptable. Y el otro, resultado del énfasis del estudio en el tema de la desigualdad, es que el gradiente socioeconómico de la deseabilidad del primer hijo entre madres adolescentes es mucho menor que el observado en los otros hitos sexuales y reproductivos (incluyendo la iniciación sexual) y que, de hecho, en varios países no se advierte el gradiente socioeconómico que suele levantarse como explicación para la mayor fecundidad adolescente entre las muchachas pobres (“quieren tener los hijos”). Cualquiera sea el caso, en todos los países examinados, más de la mitad de las madres adolescentes pobres no quería tener su primer hijo en ese momento, lo que es elocuente sobre la vulneración de derechos en este grupo.

Todos estos hallazgos revelan que las políticas públicas deben priorizar la prevención del embarazo adolescente, con un enfoque multidimensional. La variable fundamental para la acción pública en la región es el acceso a la anticoncepción, ya que los países desarrollados presentan índices de actividad sexual en la adolescencia similares o mayores, pero una fecundidad muchísimo menor como consecuencia de la virtual universalización del inicio sexual protegido con medios anticonceptivos modernos y el aborto legal. El acceso a la anticoncepción para las y los adolescentes debe ser gratuito, oportuno, informado, de calidad y basado en principios como el de confidencialidad, tal como se plantea en la Medida prioritaria 12 del Consenso de Montevideo. Los adolescentes enfrentan diferentes barreras de acceso a la anticoncepción y suelen superarlas en condiciones ineficaces por falta de conocimiento, experiencia y empoderamiento. Estas tres falencias pueden atacarse mediante la educación sexual integral, las campañas de información y concientización, los programas de formación y consejería y los servicios amigables de salud sexual y reproductiva. También es clave desincentivar las uniones tempranas, frecuentes entre los pobres y los grupos excluidos, que siguen asociadas a la alta fecundidad adolescente. Por ello, son pertinentes iniciativas legales, educativas y formativas dirigidas a promover su postergación y a impedir las uniones impuestas.

Ahora bien, el efecto de estos esfuerzos y acciones puede ser contrarrestado si actores sociales clave —como las familias, los medios, el Estado y la comunidad— siguen desconociendo o condenando la condición de sujetos sexuales de las y los adolescentes. Aunque esto puede dar lugar a diferentes posiciones privadas y públicas, en lo inmediato debe enfrentarse con una adecuada educación integral para la sexualidad y la afectividad, junto al acceso universal a la anticoncepción, para evitar un aumento de la reproducción adolescente, sobre todo la no deseada.

Por otra parte, incluso las intervenciones más decididas y sólidas de masificación de la anticoncepción pueden diluirse si un segmento de los adolescentes carece de incentivos para protegerse de un embarazo y enfrentan condiciones socioculturales que los presionan para un inicio temprano de la fecundidad. En este sentido, resultan esenciales para prevenir los embarazos adolescentes la garantía del derecho a una educación pertinente y de calidad, así como la apertura y ampliación de espacios, oportunidades, proyectos y pasatiempos para las y los adolescentes.

Hay mucho que seguir investigando sobre este tema. En algunos casos se trata de profundizar en los asuntos tratados en este texto, como los relativos a la iniciación sexual, la unión, el uso de anticonceptivos y el aborto entre adolescentes. En otros, exige indagar en las políticas aplicadas con el objeto de mejorarlas y hacerlas más efectivas, en particular las relativas a informar, educar, concientizar y empoderar en materia de derechos, opciones, decisiones y riesgos vinculados a la sexualidad durante la adolescencia, así como a aquellas vinculadas a garantizar acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la consejería especializada y la anticoncepción bajo condiciones de confidencialidad. En este sentido, los programas de educación integral para la sexualidad y la afectividad y los servicios amigables para la atención de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, en

línea con lo planteado por el Consenso de Montevideo, deben ser apoyados por investigación operativa de calidad. Con relación a esto último, hay un marcado contraste entre la proliferación de acciones en los países⁴⁹ y la escasez de evaluaciones formales y rigurosas de esas acciones. De hecho, la más reciente revisión de investigaciones sobre la materia en países en desarrollo parte con un total de 28 mil artículos referidos al tema del embarazo adolescente, para concluir con solo 17 artículos en los que se presentan evaluaciones que satisfacen los estándares, dentro de ellas solo dos de América Latina –ambas sobre efectos de programas de transferencias (condicionadas y no condicionadas) en México, programas que normalmente no tienen como objetivo principal la prevención del embarazo adolescente. Vale decir, hay un enorme déficit de investigación y evaluación de las intervenciones, lo que dificulta mucho identificar con rigor cuáles están resultando, cuáles lo están haciendo parcialmente y cuáles no.

Finalmente, asuntos poco estudiados, por sesgos históricos improcedentes y falta de datos injustificables, como la sexualidad y paternidad adolescente masculina, y asuntos emergentes, como el nuevo contexto doméstico y social que enfrentan las madres adolescentes (Rodríguez y Cobos, 2014), en el que se conjugan mayores probabilidades de: i) ausencia de unión (aunque no necesariamente de relación romántica y apoyo de la pareja), ii) permanencia en el hogar de origen, pasando los abuelos del bebé a ser actores relevantes de la crianza; y iii) continuar y terminar la escuela, requieren investigaciones urgentes para conocer mejor el fenómeno y definir políticas y acciones hacia estos asuntos sobre bases fundadas y evidencia firme y actualizada.

⁴⁹ Que van desde políticas integrales, como la ENAPEA en México (2015), a leyes o decretos específicos, como aquellos relativos a facilitar el acceso a la anticoncepción de emergencia a adolescentes en países como Chile (2010), pasando por programas de diferentes escalas para instalar servicios de salud amigables para adolescentes como en Colombia desde hace algunos años.

Bibliografía

- Ali, M. M., y Cleland, J. (2005), “Sexual and reproductive behaviour among single women aged 15–24 in eight Latin American countries: a comparative analysis”, *Social Science & Medicine*, vol. 60 (6), págs. 1.175–1.185. Elsevier.
- American Academy of Pediatrics (AAP) (2014), “Contraception for Adolescents” [en línea], Committee on adolescence, American Academy of Pediatrics <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2014/09/24/peds.2014-2299.full.pdf> [diciembre 2016].
- _____ (2012), “Emergency contraception” [en línea], Committee on adolescence, American Academy of Pediatrics <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2012/11/21/peds.2012-2962.full.pdf> [diciembre 2016].
- Azevedo J. P. y otros (2012), *Teenage Pregnancy and Opportunities in Latin America and the Caribbean: On Teenage Fertility Decisions, Poverty and Economic Achievement*, Washington D. C., World Bank.
- Baumle, A. K. (ed.) (2013), *International Handbook on the Demography of Sexuality*, Dordrecht, Springer.
- Bay, G., Del Popolo F., y Ferrando, D. (2003), “Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos”, *serie Población y Desarrollo*, N° 43 (LC/L.1953-P), Santiago de Chile. CELADE-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.121.
- Bearinger, L. H. y otros (2007), “Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential” [en línea], Perth, [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60367-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60367-5) [noviembre de 2016].
- Billari, F. y A. Liefbroer (2010), “Towards a new pattern of transition to adulthood?” [en línea], <http://fulltext.study/preview/pdf/312961.pdf> [noviembre de 2016].
- Binstock, G. (2016), *Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda común*, Buenos Aires, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Bongaarts, J. (2015), “Modeling the fertility impact of the proximate determinants: Time for a tune-up”, *Demographic Research*, vol. 33(19), Rostock. Max Planck Institute for Demographic Research.
- _____ (1982), “The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables”, *Studies in Family Planning*, vol. 13 N° 6–7, June. Population Council.
- Bozon, M., Gayet, C., y Barrientos, J. (2009), “A life course approach to patterns and trends in modern Latin American sexual behavior” [en línea], *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 51 (Supplement 1), Philadelphia <http://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181a2652f>.

- Bozón, M. (2003), “À quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaisons mondiales et évolutions récentes”, *Population et sociétés*, N° 391, Paris, Juin.
- Bozon, M., y Leridon, H. (1993), *Sexualité et sciences sociales: les apports d'une enquête*, Paris, Institut national d'études démographiques.
- Caro Luján, N. (2014), *La decisión sexual: comportamiento sexual y reproductivo de mujeres jóvenes en la ciudad de México, Zinacantepec*, El Colegio Mexiquense, A.C.
- Castle, S. y I. Askew (2015), “Contraceptive discontinuation: reasons, challenges, and solutions” [en línea], Population Council http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2015/12/FP2020_ContraceptiveDiscontinuation_SinglePage_Final_12.08.15.pdf [22 de diciembre de 2016].
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2015a), *Panorama Social de América Latina 2015 (LC/G.2691-P)*, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.16.II.G.6.
- _____ (2015b), “Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo” (LC/L.4061(CRPD.2/3)/Rev.1), documento de trabajo de la Segunda Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, Ciudad de México, 6 al 9 de octubre. CELADE-División de Población de la CEPAL.
- _____ (2014), *Pactos para la igualdad: Hacia un futuro sostenible*, (LC/G.2586(SES.35/3)), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, abril.
- _____ (2013a), *Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development in Latin America and the Caribbean Review of the period 2009-2013 and lessons learned. Summary and overview*, (LC/L.3640(CRPD.1/3)), Santiago de Chile, July.
- _____ (2013b), *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*, (LC/L.3697), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, septiembre.
- Céspedes, C., y Robles, C. (2016), “Niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe. Deudas de igualdad”, *serie Asuntos de Género*, N° 133 (LC/L.4173), Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.16-00427.
- Cherry, A. L., y Dillon, M. E. (2014), *International handbook of adolescent pregnancy: medical, psychosocial, and public health responses*, New York, Springer.
- Chile, Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2015), *Anuario de Estadísticas Vitales 2014*, Santiago de Chile.
- Cook, R. J., Erdman, y B. Dickens (2007), “Respecting adolescents’ confidentiality and reproductive and sexual choices”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 98, págs. 182–187. University of Toronto.
- Currie, C. y otros (eds.) (2012), *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey* [en línea], Copenhagen, World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe, (Health Policy for Children and Adolescents, N° 6), http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf [22 de diciembre de 2016].
- Di Cesare, M. (2015), “Fecundidad adolescente en los países desarrollados: niveles, tendencias y políticas”, *serie Documentos de Proyectos* (LC/W.660), Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- _____ (2007), *Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe*, *serie Población y Desarrollo* (LC/L.2652-P), Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.04.
- Esteve A., y Florez-Paredes, E. (2014), “Edad a la primera unión y al primer hijo en América Latina: estabilidad en cohortes más educadas”, *Notas de Población*, N° 99 (LC/G.2628-P), Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.14.II.G.21.
- Foucault, M. (2005), *Historia de la sexualidad*, Madrid. Siglo XXI.
- Grant, M. J., y Furstenberg, F. F. (2007), “Changes in the Transition to Adulthood in Less Developed Countries (Changements dans le passage à l'âge adulte dans les pays en développement)”, *Revue Européenne de Démographie*, vol. 23(3/4), European Journal of Population.
- Hakkert, R. (2001), “Preferencias reproductivas en adolescentes”, *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes de América Latina y el Caribe*, Guzmán, J. M. y otros, Ciudad de México, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

- Hiddins, M. y otros (2016), "Interventions to Prevent Unintended and Repeat Pregnancy Among Young People in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of the Published and Gray Literature", *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, Illinois. Society for Adolescent Health and Medicine.
- Hirschi, T. (1969), *Causes of delinquency*, Berkeley. University of California Press.
- Jones, R. y H. Boonstra (2004), "Confidential Reproductive Health Services for Minors: The Potential Impact of Mandated Parental Involvement for Contraception", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 36, N° 5. The Guttmacher Institute.
- Juárez, F. y C. Gayet (2005), "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas", *Papeles de Población*, vol. 11, núm. 45, julio-septiembre, págs. 177-219. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Kirby, D. (2001), "Understanding What Works and What Doesn't in Reducing Adolescent Sexual Risk-Taking", *Family Planning Perspectives*, vol. 33, N° 6, (Nov-Dec.). The Guttmacher Institute.
- Kramer, K. L. y J. B. Lancaster (2010), "Teen Motherhood in Cross-cultural Perspective", *Annals of Human Biology*, vol. 37, N° 5. The Society for the Study of Human Biology.
- Kumar, N. y J. Brown (2016), "Access Barriers to Long-Acting Reversible Contraceptives for Adolescents", *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, Illinois. Society for Adolescent Health and Medicine.
- Katchadourian, H. A. (1983), *Sexualidad humana: un estudio comparativo de su evolución*, México, D.F. Fondo de Cultura Económica.
- Lechner, N. (1990), "¿Son compatibles modernidad y modernización? El desafío de la democracia latinoamericana", *Documento de trabajo*, N° 440, Santiago de Chile. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales de Chile (FLACSO).
- Macintyre, A., A. Montero y M. Sagbakken (2015), "Sexuality? A million things come to mind": reflections on gender and sexuality by Chilean adolescents", *Reproductive Health Matters*, vol. 23 (46).
- Martínez, G. y J. Abma (2015), "Sexual Activity, Contraceptive Use, and Childbearing of Teenagers Aged 15–19 in the United States", *NCHS Data Brief*, N° 209, July. National Center for Health Statistics.
- Ouahad-Bedidi, Z. y J. Vallin (2015), "Surprenante fécondité maghrébine" [en línea], IUSSP online news magazine <http://www.niussp.org/2015/12/18/surprenante-fecondite-maghebine/> [18 de diciembre de 2016].
- Quilodrán J., C. Cortina y R. Prakash (2012), "Report of International Seminar on First Union Patterns around the World" [en línea], Scientific Panel on Nuptiality of International Union for Scientific Studies of Population (IUSSP) and Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS) del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y El Colegio de México (CEDUA), Madrid, http://iussp.org/sites/default/files/Seminar_Report_Nuptiality_Madrid_2012.pdf [diciembre 2016].
- Reyes, D. y E. González (2014), "Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente", *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, N° 17, Río de Janeiro, Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos.
- Robledo, Paz (2014a), "Salud sexual y reproductiva de adolescentes, con énfasis en consejería", apuntes de clase, Lección 1: Adolescencia y Juventud, Santiago de Chile, mimeo.
- _____ (2014b), "Gestión de programas y servicios de salud de calidad para adolescentes, experiencias exitosas y lecciones aprendidas en atención de adolescentes", apuntes de clase, Lección 2: Adolescencia y Juventud, Santiago de Chile, mimeo.
- Rodríguez Vignoli, J. y M. I. Cobos (2014), "Fecundidad adolescente, unión y crianza: un nuevo escenario en América Latina", *Revista Latinoamericana de Población*, Año 8, Número 15, julio/diciembre. Asociación Latinoamericana de Población (ALAP).
- Rodríguez Vignoli, J. (2016), "Adolescent fertility in Latin America and the Caribbean/La fécondité des adolescentes en Amérique latine et dans les Antilles" [en línea], N-IUSSP, <http://www.niussp.org/2016/05/09/adolescent-fertility-in-latin-america-and-the-caribbeanla-fecondite-des-adolescentes-en-amerique-latine-et-dans-les-antilles/?print=pdf> [noviembre de 2016].
- _____ (2014a), "La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010", *serie Documentos de Proyectos* (LC/W.605), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- _____ (2014b), "Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización", *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa*, Suzana Cavenaghi y Wanda Cabella (comps.), Río de Janeiro, Serie e-Investigaciones N° 3. Asociación Latinoamericana de Población.
- _____ (2013), "Reproducción temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos", *serie Población y Desarrollo*, N° 107 (LC/L.3636), Santiago, Comisión para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- _____ (2011), "High adolescent fertility in the context of declining fertility in Latin America", (UN/POP/EGM-AYD/2011/01), document presentado en la Expert Group Meeting on Adolescents,

- Youth and Development, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas, Nueva York, 21 y 22 de julio.
- _____ (2009), *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción*, Madrid, Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ).
- Rutstein, S. y G. Rojas (2006), *Guide to DHS Statistics, Demographic and Health Surveys Methodology*, Maryland. United States Agency for International Development (USAID).
- Sadler M. y otros (2010), “Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile” [en línea], Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes sdjfhksdj y Jóvenes del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile <http://web.minsal.cl/portal/url/item/ace74d077631463de04001011e011b94.pdf> [22 de diciembre de 2016].
- Santelli, J. y otros (2003), “The Measurement and Meaning of Unintended Pregnancy”, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 35(2), March. The Guttmacher Institute.
- Shepard, B. (2000), “The “double discourse” on sexual and reproductive rights in Latin America: The chasm between public policy and private actions” [en línea], *Health and Human Rights* <http://www.jstor.org/stable/4065198> [22 de diciembre de 2016].
- Steele, Liza (2011), ““A Gift from God”: Adolescent Motherhood and Religion in Brazilian Favelas”, *Sociology of Religion*, 72 (1). Association for the Sociology of Religion, Oxford University Press.
- Szasz, I., S. Lerner y A. Amuchástegui (1996), *Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México D.F., El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano.
- Trucco, D. y H. Ullman (eds.) (2016), “Youth: realities and challenges for achieving development with equality”, *serie Libros de la CEPAL, Desarrollo Social*, N° 137 (LC/G.2647-P), Santiago. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2013), “Estado de la Población Mundial 2013” [en línea], <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf> [13 de noviembre de 2016].
- United Nations (2015), “World Population Prospects. 2015 Revision. Key Findings and Advance Tables” [en línea], https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf [diciembre 2016].
- _____ (2014), “World Fertility Report 2013: Fertility at the Extremes” [en línea], Department of Economic and Social Affairs, Population Division, <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/worldFertilityReport2013.pdf> [3 de diciembre 2016].
- _____ (2011a), “Population Facts. World Marriage Patterns” [en línea], Department of Economic and Social Affairs, Population Division, <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/worldFertilityReport2013.pdf> [diciembre 2016].
- _____ (2011b), “United Nations Expert Group Meeting on Adolescents, Youth and Development” [en línea], Department of Economic and Social Affairs, Population Division, http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2011-1.pdf [3 de diciembre 2016].
- _____ (1987), *Fertility behaviour in the context of development: evidence from the World Fertility Survey*, New York, Department of International Economic and Social Affairs. Population Division.
- Wellings K. y otros (2006), “Sexual behaviour in context: a global perspective”, *Sexual and Reproductive Health*, vol. 368, N° 2, London, The Lancet, november.
- Zimmer-Gembeck, M. J., y Helfand, M. (2008), “Ten years of longitudinal research on U.S. adolescent sexual behavior: Developmental correlates of sexual intercourse, and the importance of age, gender and ethnic background”, *Developmental Review*, vol. 28 N° 2, June.



NACIONES UNIDAS

Serie**CEPAL****Población y Desarrollo****Números publicados**

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

117. Reproducción temprana: diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia. Jorge Rodríguez Vignoli, Mariachiara Di Cesare y Katherine Páez (LC/TS.2017/36) 2017.
116. Reproducción en la adolescencia en Chile: la desigualdad continúa y las políticas activas urgen. Jorge Rodríguez Vignoli, Katherine Páez, Consuelo Ulloa y León Cox (LC/TS.2017/22) 2017.
115. Trends in adolescent motherhood and fertility and related inequalities in the Caribbean. 1990-2010. Valerie E. Nam. (LC/L.4212) 2016.
114. Nuevas tendencias y dinámicas migratorias en América Latina y el Caribe. Jorge Martínez Pizarro y Cristián Orrego Rivera (LC/L.4164) 2015.
113. La mortalidad materna: ¿por qué difieren las mediciones externas de las cifras de los países? Magda Ruiz Salguero, Lina Márquez y Tim Miller (LC/L.4102) 2015.
112. Políticas públicas en América Latina para la reducción de la mortalidad materna 2009-2014. Alejandra Burgos Bizama (LC/L.4096) 2015.
111. Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina. Actualización y ampliación a los 20 países de la región. Magda Ruiz Salguero, Tim Miller, Lina Márquez y María Cecilia Villarroel (LC/L.4095) 2015.
110. Migración internacional y envejecimiento demográfico en un contexto de migración Sur-Sur: el caso de Costa Rica y Nicaragua. Leandro Reboiras (LC/L.4092) 2015.
109. Tendencias y patrones de la migración latinoamericana y caribeña hacia 2010 y desafíos para una agenda regional. Jorge Martínez Pizarro, Verónica Cano Christiny y Magdalena Soffia Contrucci (LC/L.3914) 2014.
108. Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina: hallazgos de un estudio piloto en ocho países. María Isabel Cobos. Tim Miller y Magda Ruiz Salguero (LC/L.3735) 2013.
107. Reproducción temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos. Jorge Rodríguez Vignoli (LC/L.3636) 2013.
106. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: Avances en América Latina 2009-2011. Katherine Páez (LC/L.3508) 2012.
105. Migración interna y sistema de ciudades en América Latina: intensidad patrones efectos y potenciales determinantes censos de la década de 2000. Jorge Rodríguez Vignoli (LC/L.3351) (US\$ 10.00) 2011.
104. La crisis actual y la salud. Álvaro Franco Giraldo (LC/L.3318-P) N° de venta: S.11.II.G.37 (US\$ 10.00) 2011.
103. Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real. María Fernanda Stang Alva (LC/L.3315-P) N° de venta: S.11.II.G.33 (US\$ 10.00) 2011.
102. La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo-1994. Laura Rodríguez Wong e Ignez H. O. Perpétuo (LC/L.3314-P) N° de venta: S.11.II.G.32 (US\$ 10.00) 2011
101. Evaluación de la experiencia censal reciente sobre vivienda y hogar. Camilo Arriagada Luco (LC/L.3312-P) N° de venta: S.11.II.G.30 (US\$ 10.00) 2011. 100. La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos. Sandra Huenchuan (LC/L.3308-P) N° de venta: S.11.II.G.27 (US\$ 10.00) 2011.
100. La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos, Sandra Huenchuan, (LC/L.3308-P), N° de venta: S.11.II.G.27 (US\$ 10.00), 2011.
99. Familia y nupcialidad en los censos latinoamericanos recientes: una realidad que desborda los datos, Magda Ruiz Salguero y Jorge Rodríguez Vignoli, (LC/L.3293-P), N° de venta: S.11.II.G.15 (US\$ 10.00), 2011.
98. Viejos y nuevos asuntos en las estimaciones de la migración internacional en América Latina y el Caribe, Laura Calvelo, (LC/L.3290-P), N° de venta: S.11.II.G.12 (US\$ 10.00), 2011.

POBLACIÓN
Y

DESARROLLO

117

POBLACIÓN
Y

DESARROLLO

POBLACIÓN Y DESARROLLO

Series

CEPAL

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN
www.cepal.org