



Fecundidad adolescente en los países desarrollados

Niveles, tendencias y políticas

Mariachiara Di Cesare



NACIONES UNIDAS

CEPAL



Fecundidad adolescente en los países desarrollados: niveles, tendencias y políticas

Mariachiara Di Cesare



Este documento fue preparado por Mariachiara Di Cesare, Consultora del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el marco de las actividades del proyecto "UNFPA-ECLAC Annual Work Plan 2014".

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización. Los límites y los nombres que figuran en los mapas de esta publicación no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

Índice

Resumen	5
I. Niveles y tendencias de la salud sexual de los adolescentes	7
A. La fecundidad adolescente	10
B. Edad a la primera relación sexual	13
C. Tasa de aborto	15
D. Desigualdad socioeconómica y salud sexual de las adolescentes	15
E. Reino Unido: análisis detallado	17
1. Desigualdad socioeconómica y fecundidad adolescente	21
II. Estrategias en pos de cambios en los comportamientos sexuales entre los adolescentes	25
Bibliografía	27
Cuadros	
Cuadro 1 Tasa de fecundidad adolescente 2012 (nacimientos de mujeres de 15 a 19 años de edad por cada 1.000 mujeres de esa edad), variación media anual de la tasa de fecundidad adolescente 1961-2012, tasa de aborto adolescente 2008-2010 (por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad)	13
Cuadro 2 Edad mediana a la primera relación sexual en países seleccionados. Generación 1964-1968	14
Cuadro 3 Porcentaje de adolescentes de 15 años que han tenido una relación sexual completa y que han usado condón en su última relación sexual	18
Cuadro 4 Edad mediana a la primera relación sexual, uso de métodos anticonceptivos y tipología de relación sentimental a la primera relación sexual entre mujeres de 20-44 años	19
Cuadro 5 Edad media a la primera relación sexual, uso de métodos anticonceptivos y tipología de relación sentimental a la primera relación sexual entre mujeres de 15-44 años que han tenido su primera relación sexual antes de los 20 años	20

Gráficos

Gráfico 1	Tasa de fecundidad total y tasa de fecundidad adolescente (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad). Años 1960, 1990 y 2013	10
Gráfico 2	Tasa de fecundidad adolescente (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad) en países de ingreso alto occidentales o anglófonos, pertenecientes a la OECD. Años 1960 y 2013	11
Gráfico 3	Tasa de fecundidad en adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad) en países seleccionados. Período 1960-2013	12
Gráfico 4	Reino Unido: tasa de fecundidad adolescente en diferentes grupos étnicos, 1974-2006	14
Gráfico 5	Porcentaje de madres adolescentes por estrato socioeconómico y edad de la mujer	21
Gráfico 6	Porcentaje de mujeres iniciadas sexualmente en la adolescencia que no han usado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual por estrato socioeconómico y edad de la mujer	22
Gráfico 7	Porcentaje de mujeres iniciadas sexualmente en la adolescencia que no conocía o conocían apenas la pareja de su primera relación sexual por estrato socioeconómico y edad de la mujer	23

Recuadro

Recuadro 1	Natsal II	17
------------	-----------------	----

Mapa

Mapa 1	Tasa de fecundidad adolescente (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad). Año 2013	9
--------	--	---

Resumen

La salud sexual de los adolescentes sigue siendo una de las prioridades en los sistemas de salud pública tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados, debido a sus consecuencias negativas no solo en la salud física y psicológica y también en su impacto sobre el desarrollo del capital humano de las jóvenes.

A pesar de estar caracterizados por niveles de embarazo adolescente muy bajo en comparación a los países en desarrollo, entre los países de ingreso alto se observa una muy alta variabilidad debida a sistemas sociales y culturales diferentes.

El propósito de este documento es presentar niveles y tendencias de la fecundidad adolescente y sus determinantes próximos —en particular la edad a la iniciación sexual, uso de métodos anticonceptivos y situación de pareja, incluyendo la prevalencia al momento del debut sexual— en los países de ingreso alto de Europa, América del Norte y en los países anglófonos del área del Pacífico pertenecientes a la OECD.

Los resultados sugieren que, aunque en los países desarrollados la fecundidad adolescente haya alcanzado niveles bajos y muy bajos, los diferenciales socioeconómicos siguen siendo muy altos. Además es importante subrayar que la disminución observada no ha sido el producto de una natural tendencia al descenso sino al esfuerzo constante de los programas de salud pública que han puesto en primer plano el tema de la salud sexual de los adolescentes. Esto representa una advertencia para los países que todavía tienen mucho camino por delante en materia de salud sexual de los jóvenes.

I. Niveles y tendencias de la salud sexual de los adolescentes

La salud sexual de los adolescentes sigue siendo una de las prioridades en los sistemas de salud pública (Chandra-Mouli et al., 2015) tanto en los países en desarrollo (UNFPA, 2013) como en los países desarrollados (Avery y Lazdane, 2010; Martínez, Copen y Abma, 2011). La salud sexual y reproductiva de las adolescentes está influenciada por una serie de factores sociales, culturales, políticos y económicos, factores que pueden aumentar la vulnerabilidad de las adolescentes a los riesgos asociados con la salud sexual limitando, por ejemplo, el acceso a la información y los servicios fundamentales para comportamientos y decisiones responsables (Svanemyr et al., 2015).

Las consecuencias negativas de comportamientos sexuales riesgosos entre los adolescentes puede resultar en embarazos no deseados, abortos, o enfermedades de transmisión sexual (ETS), y tienen efectos de corto y largo plazo con impactos negativos no solo en la salud física (Blanc, Winfrey y Ross, 2013; Ganchimeg et al., 2014; Nove et al., 2014) y psicológica (Sabia y Rees, 2008; Siegel y Brandon, 2014), sino también en la formación y desarrollo del capital humano (Trussell, 1976; Fletcher, Wolfe y NBER, 2008), entre otras dimensiones.

Está ampliamente demostrado (Jeha et al., 2015) que el embarazo en edad temprana se asocia a un mayor riesgo de salud para la madre y el niño (Nove et al., 2014) complicaciones durante el parto (Mathias, 2002), menor peso del niño al nacimiento (Khashan, Baker y Kenny, 2010; Shrim et al. 2011), así como a peores condiciones de salud mental y emocional de la joven, y a una mayor exclusión social y en consecuencia, mayores niveles de pobreza. Lo cierto es que, en general, la adolescencia es un período en el cual una serie de cambios físicos y mentales ocurren, y un lapso en el cual otros factores, como la entrada en la escuela secundaria, tienen impacto substancial sobre el individuo (Barnekow y Muijen, 2009; Barnekow 2014), lo que significa que en muchos casos las jóvenes de este grupo etario no están preparadas emocionalmente y socialmente para enfrentar un embarazo (Di Cesare y Rodríguez Vignoli, 2006). Existe, sin embargo, debate sobre los peligros asociados a la fecundidad en edad temprana (Klein y AAP, 2005), en particular porque se visualiza a las mujeres de 18 y 19 años como biológicamente preparadas para enfrentar un embarazo. Con todo, las jóvenes de 15-19 años tienen un riesgo de muerte durante el parto que dobla al de las mujeres de 20 años o más (Patton et al., 2009), riesgo que se eleva a cuatro veces para las jóvenes menores de 16 años de edad (Conde-Agudelo, Belizan y Lammers, 2005), lo que podría explicarse por su mayor riesgo de anemia, hemorragia post-parto y endometriosis. Cabe destacar que muchos de los efectos

negativos de la fecundidad en edad temprana persisten una vez controlado el nivel socioeconómico (Fraser, Brockert y Ward, 1995).

A causa de los riesgos que entraña, la asociación con pobreza y desigualdad, y su vínculo directo con la falta de ejercicio de derechos, el embarazo, la maternidad y la crianza durante la adolescencia son asuntos que ameritan una preocupación pública especial y por tanto es responsabilidad de las políticas públicas, en particular las sociales, de salud, educación y de juventud, entregar a adolescentes y jóvenes los instrumentos necesarios para prevenir y minimizar los potenciales impactos negativos de su iniciación y comportamientos sexuales.

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la actualidad a escala mundial alrededor de 16 millones de niñas entre 15 y 19 años dan a la luz un hijo, mientras que un millón de niñas menores de 15 años se convierten en madres (WHO, 2014a).

El nivel de la fecundidad adolescente varía mucho entre regiones del mundo. En 2013, los países de África Subsahariana registraban una tasa de fecundidad adolescente entre 30 y 40 veces más alta que la observada en los países con las tasas más bajas (World Bank, 2014) (véase el mapa 1).

Las tendencias generales en las últimas décadas en materia de fecundidad han evidenciado una caída generalizada de la fecundidad total en el mundo (véase el gráfico 1), lo que en parte se ha asociado con una disminución general de la fecundidad adolescente. Sin embargo, esta tendencia presenta bastante variabilidad entre países, que no se limita a la dicotomía países en desarrollo-países desarrollados, porque también se verifica entre países que presentan niveles similares de desarrollo.

Aunque en los países desarrollados se han alcanzado niveles muy bajos de embarazo adolescente —inferiores, y en la mayoría de los casos bien por debajo, a 30 nacimientos por 1.000 mujeres entre 15 y 19 años (Avery y Lazdane, 2010)—, el fenómeno sigue en el centro de las políticas de salud pública (Currie et al. 2012; Chandra-Mouli et al., 2015).

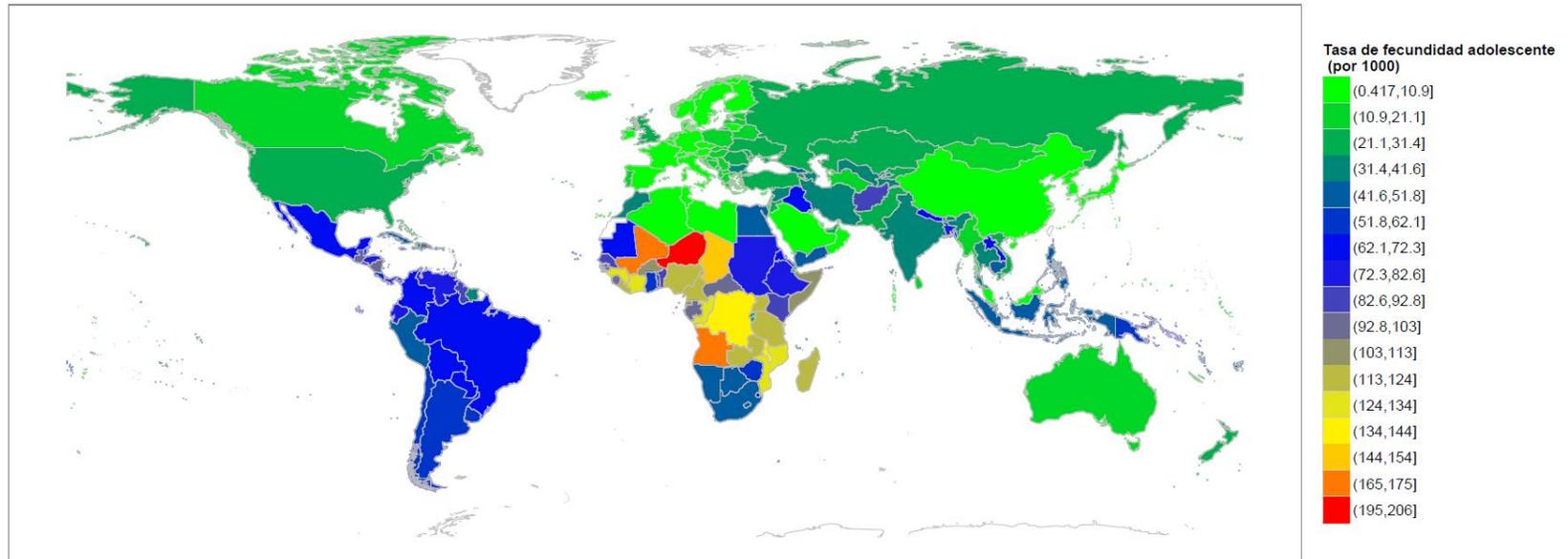
A partir de los años ochenta se comenzaron a implementar políticas para contrarrestar los efectos negativos de la sexualidad en edad temprana, una de cuyas expresiones se formalizó a nivel mundial en el año 2005 con la introducción de la fecundidad adolescente en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (meta 5.B, añadida a las metas originales establecidas en 2000). Las políticas de salud pública han concentrado esfuerzos en aumentar la difusión, el conocimiento y el acceso a los métodos contraceptivos entre los adolescentes, en un contexto de cambios culturales importantes, como la creciente relevancia del capital humano en la vida de los individuos, catalizado por la educación y la participación en el mercado laboral, y la creciente aceptación social de la sexualidad sin matrimonio de por medio y durante la adolescencia. En relación a este último punto, es importante recordar que los contextos culturales y religiosos de los países desarrollados no son homogéneos y que existen diferentes niveles de aceptación de la sexualidad al margen del matrimonio o unión, en particular entre adolescentes.

El propósito de este documento es presentar niveles y tendencias de la fecundidad adolescente y sus determinantes próximos —en particular la edad a la iniciación sexual, uso de métodos anticonceptivos y situación de pareja, incluyendo la prevaleciente al momento del debut sexual— en los países de ingreso alto de Europa, América del Norte y en los países anglófonos del área del Pacífico pertenecientes a la OECD. Igualmente se intentará presentar, donde sea posible, los perfiles de comportamiento sexual y contraceptivos en función del estatus socioeconómico de las mujeres.

Finalmente se presentarán ejemplos de estrategias implementadas para disminuir el embarazo adolescente. Cabe notar que el presente documento no representa un análisis exhaustivo de las realidades occidentales en materia de comportamientos reproductivos, pero al menos una base sobre la cual reflexionar e identificar posibles trayectorias para los países que todavía no han podido/sabido identificar estrategias de largo plazo efectivas.

Mapa 1

Tasa de fecundidad adolescente (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad). Año 2013

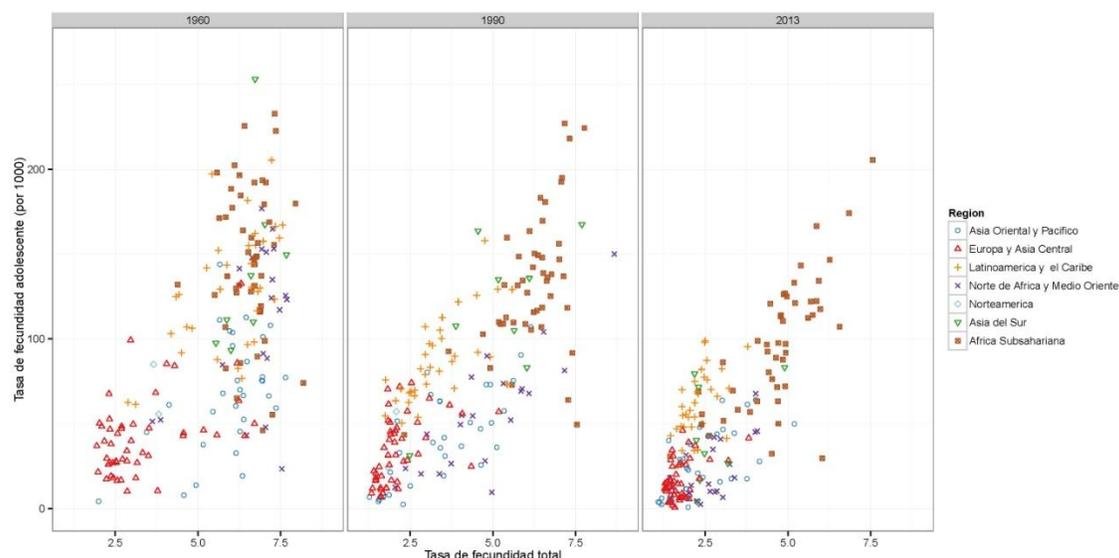


9

Fuente: Banco Mundial (<http://data.worldbank.org/indicador/SP.ADO.TFRT>).

Notas: Los límites y los nombres que figuran en este mapa no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas. Los países en blanco no tienen información.

Gráfico 1
Tasa de fecundidad total y tasa de fecundidad adolescente (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad). Años 1960, 1990 y 2013



Fuente: Procesamiento propio sobre datos de la División de Población de las Naciones Unidas, Prospecto Mundial de la Población (<http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>).

A. Fecundidad adolescente

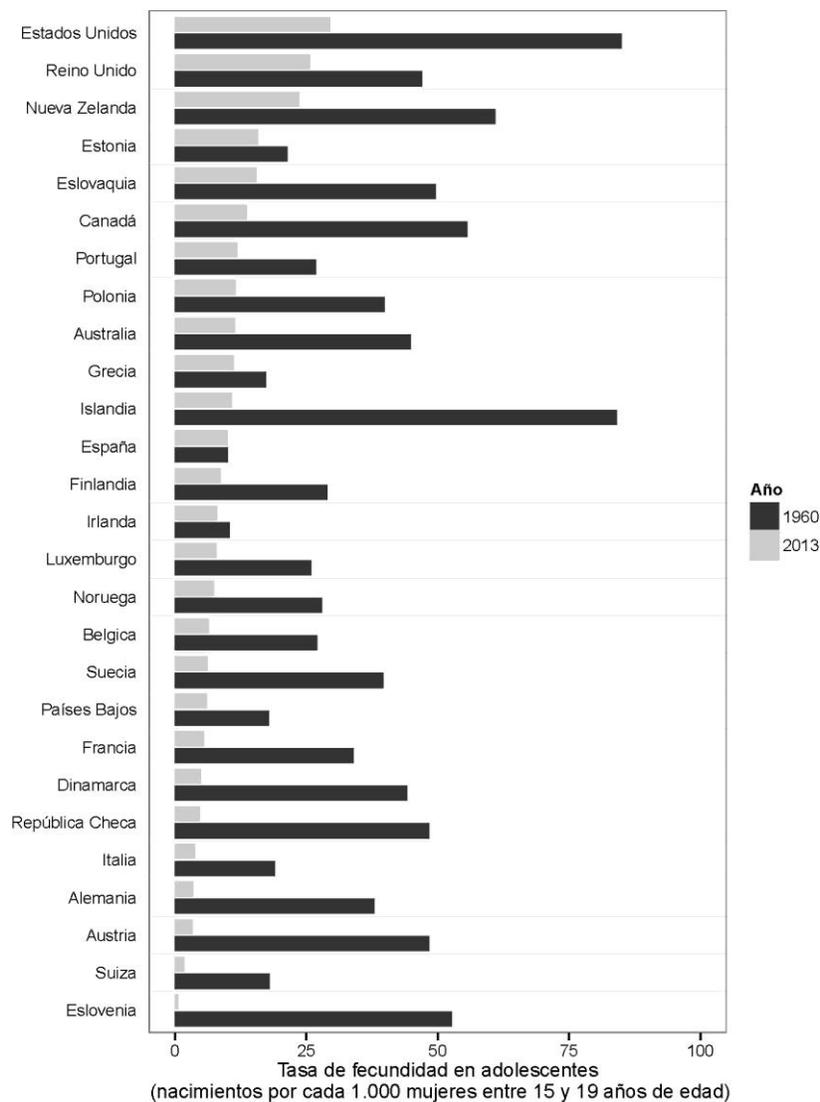
Los países desarrollados están caracterizados por niveles de embarazo adolescente muy bajo en comparación a los países en desarrollo; sin embargo existe una amplia variabilidad entre países, la que se expresa tanto en los niveles alcanzados como en la variación observada en los últimos cincuenta años (División de Población de Naciones Unidas, Proyecciones de la Población Mundial) (véase el gráfico 2 y el cuadro 1). La tasa de fecundidad adolescente al principio de los años sesenta se encontraba en un rango entre 10 y 85 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad, valores que actualmente (2013) se encuentran entre menos de 1 y 30 nacimientos por mil. La tasa de variación (negativa por la tendencia descendente) entre inicios de 1960 y 2012 ha alcanzado valores de alrededor del 2% anual en Eslovenia y Austria y de menos del 1% anual en el Reino Unido, Grecia, Irlanda, Estonia y España (véase el cuadro 1); este último el único en haber experimentado una tasa de variación cercana a cero.

Sin embargo, el análisis del perfil temporal (véase el gráfico 3) revela un alto grado de heterogeneidad.

Los Estados Unidos de América se caracterizan por tener el nivel más alto de la tasa a lo largo de las cinco décadas de análisis (85 por mil en 1960 y 30 por mil en 2013), seguidos por el Reino Unido y Australia (respectivamente 47 y 44 por mil al principio del periodo de observación, y 26 y 12 en 2013). Niveles más bajos se observan en Francia y Finlandia, países donde actualmente los niveles están bajo 10 por mil.

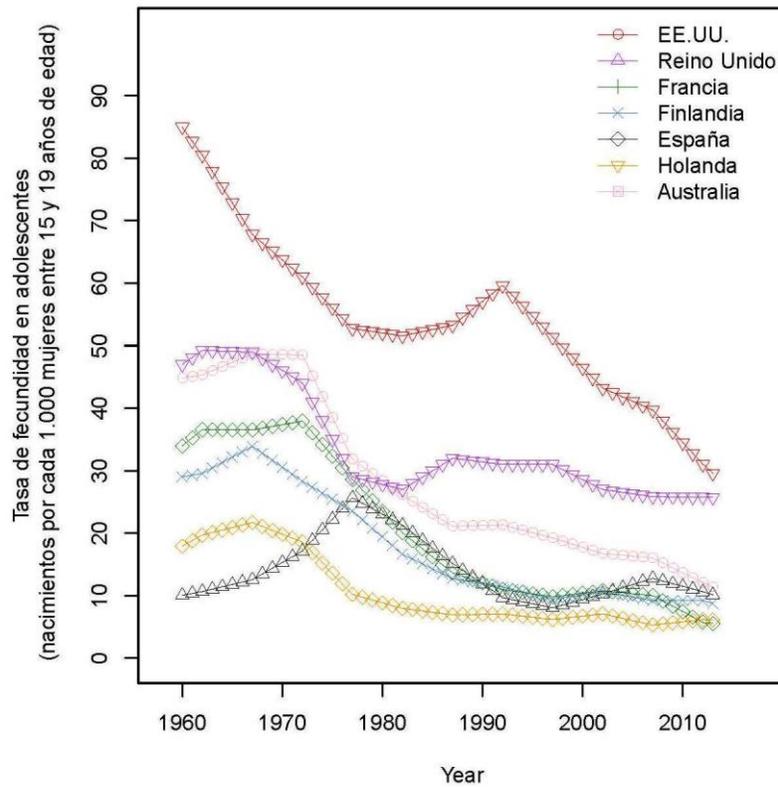
En el Reino Unido después de la disminución observada en la década 1960-1970, en línea con la de los otros países, no se observa ulterior disminución, lo que lleva al país a ser caracterizado por el nivel más alto de la fecundidad adolescente en el grupo de los países occidentales europeos.

Gráfico 2
Tasa de fecundidad adolescente (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad)
en países de ingreso alto occidentales o anglófonos, pertenecientes a la OECD. Años 1960 y 2013



Fuente: Procesamiento propio sobre datos de la División de Población de las Naciones Unidas, Prospecto Mundial de la Población (<http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>).

Gráfico 3
Tasa de fecundidad en adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad)
en países seleccionados. Período 1960 – 2013



Fuente: Elaboración propia sobre datos de la División de Población de las Naciones Unidas, Prospecto Mundial de la Población (<http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>).

Cuadro 1
Tasa de fecundidad adolescente 2012 (nacimientos de mujeres de 15 a 19 años de edad por cada 1.000 mujeres de esa edad), variación media anual de la tasa de fecundidad adolescente 1961-2012, tasa de aborto adolescente 2008-2010 (por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad)

País	Tasa de fecundidad adolescente 2013 (por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad) ^a	Tasa anual de cambio de la tasa de fecundidad adolescente 1960-2013 (%) ^a	Tasa de aborto (por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad) ^b
Alemania	3,44	-1,72	5,9
Australia	11,40	-1,41	na
Austria	3,36	-1,76	na
Bélgica	6,40	-1,44	8,4
Canadá	13,72	-1,42	15
Dinamarca	4,93	-1,68	15
Estados Unidos	29,58	-1,23	19,8
Eslovaquia	15,48	-1,30	6,3
Eslovenia	0,62	-1,86	6,6
España	10,11	0,01	12,7
Estonia	15,90	-0,49	19,2
Finlandia	8,76	-1,32	12,7
Francia	5,53	-1,58	15,2
Grecia	11,25	-0,66	na
Irlanda	8,08	-0,42	na
Islandia	10,85	-1,64	12
Italia	3,82	-1,51	6,9
Luxemburgo	7,96	-1,31	na
Noruega	7,41	-1,39	12,7
Nueva Zelanda	23,68	-1,15	21,6
Países Bajos	6,10	-1,24	7,1
Polonia	11,50	-1,34	na
Portugal	11,86	-1,06	7,1
Reino Unido	25,74	-0,85	22/19,5
República Checa	4,73	-1,70	7,5
Suecia	6,26	-1,59	20,9
Suiza	1,74	-1,70	na

Fuente: ^a División de Población de las Naciones Unidas, Prospecto Mundial de la Población (<http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>). ^b Sedgh, G., A. Bankole, S. Singh y M. Eilers (2012). "Legal abortion levels and trends by woman's age at termination". *Int Perspect Sex Reprod Health* 38(3): 143-153.

B. Edad a la primera relación sexual

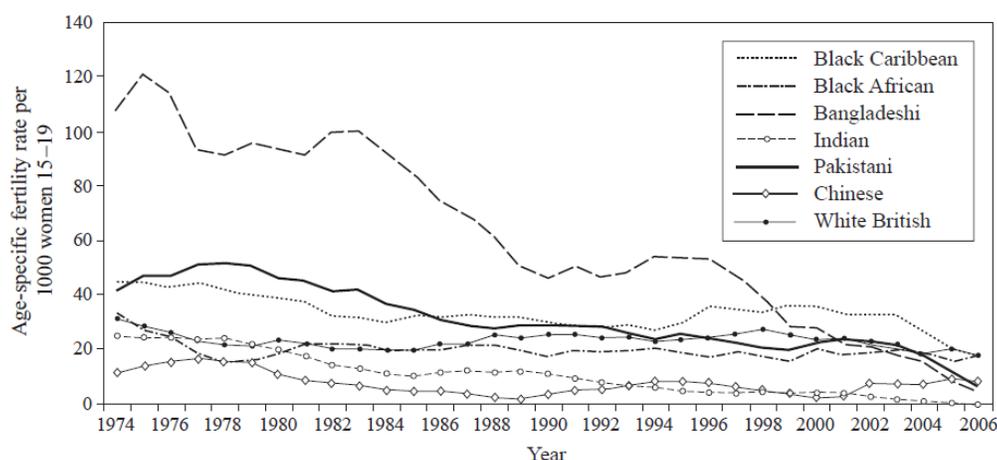
La edad a la primera relación sexual es un indicador importante de los determinantes próximos de la fecundidad adolescente, específicamente de aquellos vinculados con la actividad sexual. La iniciación sexual representa, en principio, el inicio de la exposición al riesgo de embarazo (aunque el comienzo de la exposición a ETS pueda ocurrir antes y en algunos casos el debut sexual no implique exposición al riesgo por infertilidad), ya que mientras más temprana es la iniciación, mayor es el tiempo de exposición (Di Cesare, 2007).

Cuadro 2
Edad mediana a la primera relación sexual en países seleccionados.
Generación 1964-1968

País	Edad mediana primera relación sexual (intervalo de confianza)
Australia	17,5 (16,5-19,5)
Reino Unido	17,5 (16,5-18,5)
Francia	18,5 (17,5-19,5)
Italia	18,5 (18,5-21,5)
Noruega	17,5 (16,5-19,5)
Suiza	18,5 (17,5-20,5)
Estados Unidos.	17,5 (15,9-19,6)

Fuente: Wellings, K., M. Collumbien, E. Slaymaker, S. Singh, Z. Hodges, D. Patel y N. Bajos (2006). "Sexual behaviour in context: a global perspective". *Lancet* 368(9548): 1706-1728.

Gráfico 4
Reino Unido: tasa de fecundidad adolescente en diferentes grupos étnicos, 1974-2006



Fuente: Coleman y Dubuc, 2010.

Según los datos presentados en el cuadro 2, la edad mediana a la primera relación sexual en un grupo de países seleccionados varía entre 17,5 y 18,5 años (Wellings et al., 2006). En particular, lo que caracteriza los países desarrollados es la casi total desvinculación de la iniciación sexual con la unión: en ellos existe en promedio de 5 años (Wellings et al., 2006) entre la primera relación sexual y la primera convivencia. Según la encuesta *Health Behaviour in School-aged Children*¹ (HBSC) 2009/2010 (Currie et al., 2012), entre los adolescentes de 15 años, un 10% y 71% han declarado haber tenido un relación sexual completa (véase el cuadro 3); porcentaje más alto entre los hombres en la mitad de los países. Las diferencias de género que se observan son mucho más evidentes en los países del este de Europa, Armenia y Grecia. En los países escandinavos y en Inglaterra, las muchachas

¹ La HBSC (<http://www.hbsc.org/>) es una encuesta orientada al análisis del bienestar, salud y contexto social de los jóvenes en colaboración con la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en Europa. La encuesta se repite cada 4 años en 44 países entre Europa y los Estados Unidos.

tienen una prevalencias más alta que sus coetáneos hombres. Según la HBSC, los niveles de uso de condón entre los quinceañeros en su última relación sexual (específicamente último coito), varían entre un 60% y 90%, con prevalencias más altas entre los muchachos.

C. Tasa de aborto

Quedar embarazada cuando muy joven está asociado a un mayor riesgo de recurrir al aborto, lo que puede tener consecuencias de largo plazo en la salud mental de las jóvenes.

Según las estadísticas disponibles (véase el cuadro 1), la tasa de aborto (aquí entendidos como abortos legales registrados) entre las adolescentes tiene una variabilidad bastante amplia, con países caracterizados por valores tres veces más altos con respecto a aquellos países con las tasas más bajas. Los países con la tasa de aborto más bajas son Alemania, Eslovaquia, Eslovenia y Italia (bajo 7 por mil) mientras los con la tasa más alta (por sobre los 20 por mil) son Suecia, Nueva Zelandia y el Reino Unido. La contribución de los abortos entre las adolescentes a los abortos totales (datos no presentados) muestra una general asociación positiva entre el nivel de la tasa de aborto adolescente y su contribución a los abortos totales. En países como los Estados Unidos, Suecia, el Reino Unido, estos representan entre el 18% y el 22% del total de los abortos; sin embargo, países como Finlandia con una tasa de aborto de alrededor del 13 por mil está caracterizado por tener el mismo peso relativo (Sedgh et al., 2012).

D. Desigualdad socioeconómica y salud sexual de las adolescentes²

La pobreza es considerada uno de los principales factores de riesgo de la fecundidad adolescente (Tripp y Viner, 2005). Las desigualdades estructurales de la sociedad determinan una distribución desbalanceada de los recursos, que por un lado se puede expresar como un desigual acceso a la educación sexual, a los recursos para protegerse de los efectos no deseados de la actividad sexual misma (falta de conocimiento y falta de acceso), y por otro lado por falta de oportunidades —educacionales y laborales—, y la maternidad como fuente de afirmación social e individual ante la ausencia de proyectos, compromisos y quehaceres alternativos. Según un estudio en cinco países desarrollados publicado en 2001 (basado en la mayoría en datos del final de los años noventa) (Singh, Darroch y Frost, 2001) existe una relación negativa entre nivel de estudio y fecundidad adolescente. En Suecia, Francia, el Reino Unido y el Canadá entre 1-4% de mujeres de 20-24 años con un nivel de estudio alto han tenido un hijo antes de los 20 años en comparación a un 20-46% entre aquellas con un nivel bajo. Los Estados Unidos se caracterizan por un nivel de embarazo adolescente en general más alto, con 7% de las mujeres de 20-24 años con un nivel escolar superior a la escuela secundaria que han sido madres antes de los 20 años, en comparación a un 28% de aquellas con título de escuela secundaria y 66% entre las con título inferior a escuela secundaria.

También hay diferenciales por grupos étnicos, que tienden a superponerse con diferenciales socioeconómicos, aunque con algunas especificidades. En el caso de los Estados Unidos y el Reino Unido, donde es posible observar los niveles de fecundidad adolescente por grupos étnicos, la proporción de mujeres de 20-24 años que han tenido un hijo antes de los 20 años entre los afroamericanos y los latinos es alrededor del 33-37% versus un 17% observado entre los blancos. En el caso del Reino Unido no se observan diferencias entre los blancos y lo no-blancos con un 13% y 15% de mujeres de 20-24 años que han tenido un hijo antes de los 20 años. La diferencia entre los blancos en los dos países es mucho menor con un 17% en los Estados Unidos versus un 15% en el Reino Unido.

² El contenido de esta sección se basa casi en su totalidad en el artículo de Singh y colegas (Singh, Darroch y Frost, 2001).

De no menor importancia es el análisis de la fecundidad adolescente entre grupos de migrantes. En los Estados Unidos y Suecia, adolescentes recién inmigradas tienen un nivel de embarazo mayor de las nativas, mientras que en el Reino Unido y el Canadá se observa una tendencia opuesta. Estas diferencias reflejan antecedentes culturales completamente diferentes en las poblaciones inmigradas. Como ejemplo, en los Estados Unidos, el 29% de las mujeres de 20-24 años nacidas en el exterior (en su mayoría de origen latinoamericano) ha tenido un hijo antes de los 20 años, lo que refleja en general mayor nivel de embarazo en edad temprana y fuera del matrimonio. En el Reino Unido, las mujeres nativas tienen una proporción de embarazo adolescente el doble de las extranjeras (mayormente asiáticas), en cuyas comunidades el sexo y el embarazo premarital son fuertemente censurados. Según un análisis de las tendencias, en las últimas tres décadas (Coleman y Dubuc, 2010) las adolescentes originarias de Bangladesh han tenido niveles de fecundidad más altos (entre 100 y 120 por mil) a lo largo de los años setenta, seguidas por las del Pakistán, y por las del Caribe, mientras que las muchachas de origen africano, chino e indio se caracterizaban en el mismo periodo por los niveles más bajos (entre 10 y 30 por mil) (véase el gráfico 4). Sin embargo, los niveles de fecundidad adolescente en la comunidad de Bangladesh han mostrado una caída rápida en los años ochenta y noventa. En 2006, la tasa de fecundidad más baja se observaba entre las muchachas de origen indio, chino, pakistaní y bangladesí, mientras que las tasas más altas eran entre las nativas y las afrodescendientes (tanto caribeñas como africanas).

Las diferencias socioeconómicas en los niveles de fecundidad adolescente se observan también a nivel subnacional, debido al hecho que el nivel de bienestar socioeconómico, en la mayoría de los casos, no está uniformemente distribuido en el territorio. Nuevamente en casos como el del Reino Unido existen áreas con niveles de fecundidad adolescente hasta 6 veces más altos que las áreas más ricas (ONS 2014).

En países como Suecia, por el contrario, no se observan diferencias geográficas mayores en el nivel de embarazo adolescente. Por su parte, en el Canadá, la tasa de fecundidad adolescente en los territorios de Noroeste (áreas con la proporción más alta de población indígena) es mucho más elevada que el promedio nacional (87 por mil versus 23 por mil, en 1996) (Singh, Darroch y Frost, 2001).

Respecto de la iniciación sexual, esta tiende a ser más temprana entre las mujeres con educación baja. En los Estados Unidos, el 95% de las mujeres de 20-24 años con escolaridad inferior a la escuela secundaria se han iniciado sexualmente antes de los 20 años, mientras solo el 72% lo hizo entre aquellas con un nivel escolar post escuela secundaria. Similarmente, en Francia, el 91% de las muchachas con educación baja se han iniciado antes de los 20 años contra un 80% entre aquellas con título de estudio secundario o superior (Singh, Darroch y Frost, 2001).

Los diferenciales observados en base a los grupos étnicos y/o condición migratoria varían entre países. En el Canadá y el Reino Unido tanto las mujeres no-blancas como las migrantes tienen una iniciación sexual más tardía que las mujeres blancas o nativas. Las diferencias observadas en los Estados Unidos son menores, con 74% de las mujeres latinas, 81% de las blancas, y 89% de las afroamericanas que se han iniciado sexualmente antes de los 20 años (Singh, Darroch y Frost, 2001).

Los diferenciales socioeconómicos se observan también en el uso de métodos anticonceptivos. En los Estados Unidos y el Reino Unido en los años ochenta, el 70% de las adolescentes iniciadas sexualmente (muchachas de 15-19 años en el caso de los Estados Unidos y de 16-19 años en el caso del Reino Unido) pertenecientes a los grupos socioeconómicos más desventajados han usado un método anticonceptivo en su primera relación sexual, porcentaje que llega al 78% en los Estados Unidos y 81-86% en el Reino Unido entre las muchachas con más recursos (Singh, Darroch y Frost, 2001).

Es importante destacar también que la fecundidad adolescente está relacionada con un perfil socioeconómico bajo del padre del niño. De acuerdo a un estudio comparativo (Ekeus y Christensson, 2003) entre padres de hijos de madres adolescentes y padres de hijos de madres no adolescentes en Suecia, estos se caracterizaban por un nivel socioeconómico más bajo y comportamientos problemáticos como abuso de psicotrópicos y criminalidad, lo que puede constituir una desventaja adicional en el ambiente familiar en que se cría el niño.

E. Reino Unido: análisis detallado

Actualmente el Reino Unido se caracteriza por los niveles de fecundidad adolescente más altos en Europa. La fecundidad adolescente es uno de los tres indicadores utilizados por el gobierno para monitorear la salud sexual en el país en el periodo 2013-2016, y se utiliza como medida nacional con respecto a la pobreza infantil (ONS, 2014).

Según los datos relativos a la NATSAL 2000 (*National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles*) (véase el recuadro 1 para detalles sobre los datos), la edad mediana a la primera relación sexual bajó desde los 17 años para las mujeres con más de 30 años a 16 por las de 20-29 años (véase el cuadro 4). Entre las mujeres más jóvenes, el uso de anticonceptivos representa casi la norma, con apenas un 12% de muchachas de 20-24 años que no usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, contra un 32% entre las mujeres de 40-44 años (véase el cuadro 4). Aunque todavía para el 60% de las mujeres de 20-24 años, la primera relación sexual se da dentro de una relación sentimental estable³ al mismo tiempo se observa un aumento del porcentaje de mujeres que experimentan su primera relación sexual con un desconocido o recién conocido (~12% entre las jóvenes de 20-29 años). Este nivel se acompaña de un preocupante aumento de las mujeres que experimentan su primera relación sexual ebrias (alrededor del 5% entre las mujeres de 20-24 años versus un 2% entre las de 40-44 años) y que por lo tanto están expuestas a riesgo múltiple. Entre el 10-15% de las mujeres de más de 20 años han tenido un hijo cuando adolescentes, con muy poca variabilidad generacional (véase el cuadro 4).

Recuadro 1 NATSAL II

La encuesta NATSAL II (National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles), una encuesta CAPI/CASI, ha sido llevada a cabo en el periodo 1999-2001 en una muestra de 12.000 hombres y mujeres entre 16 y 44 años (un muestreo independiente de las minorías étnicas está disponible). Los objetivos de la encuesta, basada sobre un muestreo probabilístico multi-etapa estratificado, han sido proporcionar información sobre los comportamientos sexuales en el Reino Unido, incluido datos sobre SIDA/VIH, evaluar los cambios ocurridos en la última década (en comparación a NATSAL I llevada a cabo en el periodo 1990-1991) así como la incidencia de ETS (en particular Clamydia) (Erens et al., 2001).

Para el análisis de la fecundidad adolescente, la Natsal II proporciona información relevante sobre las condiciones a la primera relación sexual, lo que incluye el uso de métodos anticonceptivos, la tipología de relación sentimental con la pareja de iniciación y las razones para la iniciación sexual. La historia reproductiva incluye la edad al primer hijo y también información sobre experiencias de aborto incluida la edad al primer aborto.

Natsal II ha sido utilizada por el gobierno británico para desarrollar las políticas en materia de salud sexual. Actualmente una nueva ronda de la misma encuesta está disponible (2010-2012).

Fuente: NATSAL II.

³ Definición basada únicamente sobre la declaración de la mujer: en relación estable, casada/prometida/conviviente).

Cuadro 3
Porcentaje de adolescentes de 15 años que han tenido una relación sexual completa y que han usado condón en su última relación sexual

País	Adolescentes de 15 años que han tenido una relación sexual completa (%)		Adolescentes de 15 años que han usado condón en su última relación sexual (%)	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Alemania	24	20	75	84
Armenia	2	45	na	76
Austria	28	36	77	86
Bélgica (Flamenco)	28	25	69	79
Canadá	25	26	74	75
Croacia	13	26	81	83
Dinamarca	38	38	na	na
Escocia	35	27	70	72
Eslovaquia	10	15	76	77
Eslovenia	24	31	82	85
España	20	23	85	81
Estonia	23	21	89	91
Federación Rusa	17	37	na	na
Finlandia	24	20	63	76
Francia	23	32	82	90
Gales	39	29	78	83
Grecia	18	39	86	87
Groenlandia	71	46	na	na
Hungría	24	37	74	79
Inglaterra	32	26	73	74
Irlanda	17	27	77	70
Islandia	30	28	64	71
Italia	22	26	78	78
Letonia	18	27	84	77
Lituania	12	26	84	77
Luxemburgo	24	37	84	90
Noruega	30	26	63	75
Países Bajos	22	19	75	75
Polonia	13	19	83	78
Portugal	18	27	84	80
República Checa	26	22	na	na
Romania	17	48	61	79
Suecia	32	31	58	69
Suiza	16	23	80	84
Ucrania	17	40	79	82

Fuente: Currie et al. 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. (WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2012).

Na: datos no disponibles.

Cuadro 4
Edad mediana a la primera relación sexual, uso de métodos anticonceptivos y tipología de relación sentimental a la primera relación sexual entre mujeres de 20-44 años

	Edad mediana a la primera relación sexual	Prevalencia de mujeres que no han usado algún método anticonceptivo a la primera relación sexual		Prevalencia de mujeres que no conocían o conocían de hace poco la pareja de su primera relación sexual		Prevalencia de mujeres que han tenido el primer hijo antes de los 20 años	
		error estándar	error estándar	error estándar	error estándar		
20-24	16	0,121	0,014	0,111	0,014	0,160	0,013
25-29	16	0,216	0,013	0,120	0,010	0,153	0,012
30-34	17	0,230	0,012	0,079	0,007	0,114	0,010
35-39	17	0,243	0,014	0,077	0,008	0,154	0,013
40-44	17	0,318	0,015	0,077	0,009	0,157	0,013

Fuente: Procesamiento propio sobre datos NATSAL 2000; todos los datos se refieren a la primera relación sexual heterosexual.

La experiencia sexual entre las muchachas iniciadas sexualmente antes de los 20 años ha ido cambiando en el tiempo. Según lo reportado en el cuadro 5, la edad media ha bajado en alrededor de 0,6 años entre las mujeres de 40-44 años (16,7) y las de 20-24 años (16,1). Sin embargo, lo que ha caracterizado la evolución de la experiencia sexual a lo largo de las últimas dos décadas es el uso de los métodos anticonceptivos. En el grupo de mujeres de 40-44 años que tuvo su primera relación sexual durante la adolescencia, el 22% utilizó en su primera relación sexual la píldora, el 37% el condón, el 8% métodos naturales, mientras que el 35% no usó protección alguna. En 25 años, el perfil anticonceptivo cambió sustancialmente: las muchachas de 15-19 años (en el año 2000) en su primera relación sexual utilizaron en el 80% de los casos el condón, en el 25% la píldora y solo un 3% métodos naturales, mientras que un 10% no se protegió. Esencialmente esto representa una caída de 25 puntos porcentuales en la iniciación sexual sin protección en apenas 25 años. El aumento en el uso del condón (y la ausencia de variación en el uso de la píldora) sugiere un mayor cuidado hacia las ETS, especialmente considerado es el hecho que entre las mujeres de la generación más joven que debutó sexualmente antes de los 20 años, el 13% lo hizo con un desconocido o alguien que conoce apenas. Si el perfil generacional sugiere por un lado una mayor actividad sexual de las adolescentes entre las generaciones más jóvenes, es verdad también que se observa un aumento en la protección anticonceptiva. Sin embargo, es importante subrayar que el aumento de la iniciación con pareja desconocida representa riesgos de diferente tipo para la salud, en particular la reproductiva, de las adolescentes. Es necesario un esfuerzo importante por parte de todos los *stakeholders* involucrados por limitar los riesgos asociados.

Cuadro 5
Edad media a la primera relación sexual, uso de métodos anticonceptivos^a y tipología de relación sentimental a la primera relación sexual entre mujeres de 15-44 años que han tenido su primera relación sexual antes de los 20 años

Métodos anticonceptivos a la primera relación sexual														
Edad	Edad media a la primera relación sexual		Condón		Píldora		Métodos naturales		Ningún método		Prevalencia de mujeres que no conocían o conocían de hace poco la pareja de su primera relación sexual		Prevalencia de mujeres que han tenido su primer aborto antes de los 20 años	
		error estándar	error estándar	error estándar	error estándar	error estándar	error estándar	error estándar	error estándar					
15-19	^b	-	0,801	0,022	0,250	0,026	0,030	0,009	0,099	0,016	0,133	0,019	^b	-
20-24	16,1	0,08	0,758	0,019	0,241	0,018	0,041	0,009	0,124	0,014	0,114	0,015	0,651	0,050
25-29	16,3	0,06	0,622	0,017	0,220	0,014	0,049	0,008	0,222	0,014	0,117	0,011	0,498	0,043
30-34	16,6	0,05	0,457	0,016	0,271	0,014	0,085	0,008	0,235	0,013	0,081	0,008	0,334	0,035
35-39	16,6	0,06	0,401	0,017	0,270	0,015	0,093	0,010	0,265	0,015	0,079	0,009	0,328	0,039
40-44	16,7	0,06	0,370	0,018	0,215	0,016	0,081	0,010	0,346	0,017	0,084	0,010	0,239	0,037

Fuente: Procesamiento propio sobre datos NATSAL 2000; todos los datos se refieren a la primera relación sexual heterosexual.

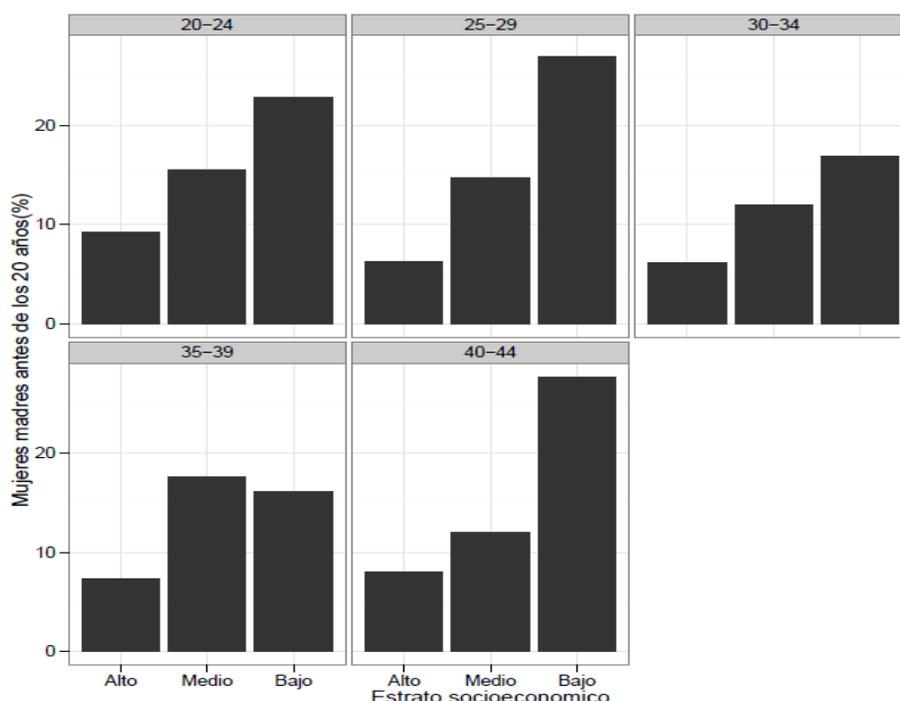
^a La prevalencias de métodos anticonceptivos no suman 1 porque incluyen los casos de sujetos que han usado métodos múltiples.

^b Se omite la edad media a la primera relación sexual y la prevalencia de aborto adolescente para las muchachas de 15-19 años por el hecho que todavía no han salido del intervalo en lo que pueden experimentar el evento.

1. Desigualdad socioeconómica y fecundidad adolescente

En el caso del Reino Unido, el análisis de las diferencias socioeconómicas en los comportamientos sexuales de las adolescentes sugiere una mayor prevalencia de madres adolescentes entre los grupos socioeconómicos más bajos (los grupos socioeconómicos están definidos según la actividad laboral de los padres en: alto, para profesionales, administrador y técnico; medio, para trabajador calificado manual y no manual; y bajo, para trabajador no calificado) (véase el gráfico 5).

Gráfico 5
Porcentaje de madres adolescentes por estrato socioeconómico y edad de la mujer



Fuente: Elaboración propia en base a datos de NATSAL 2000.

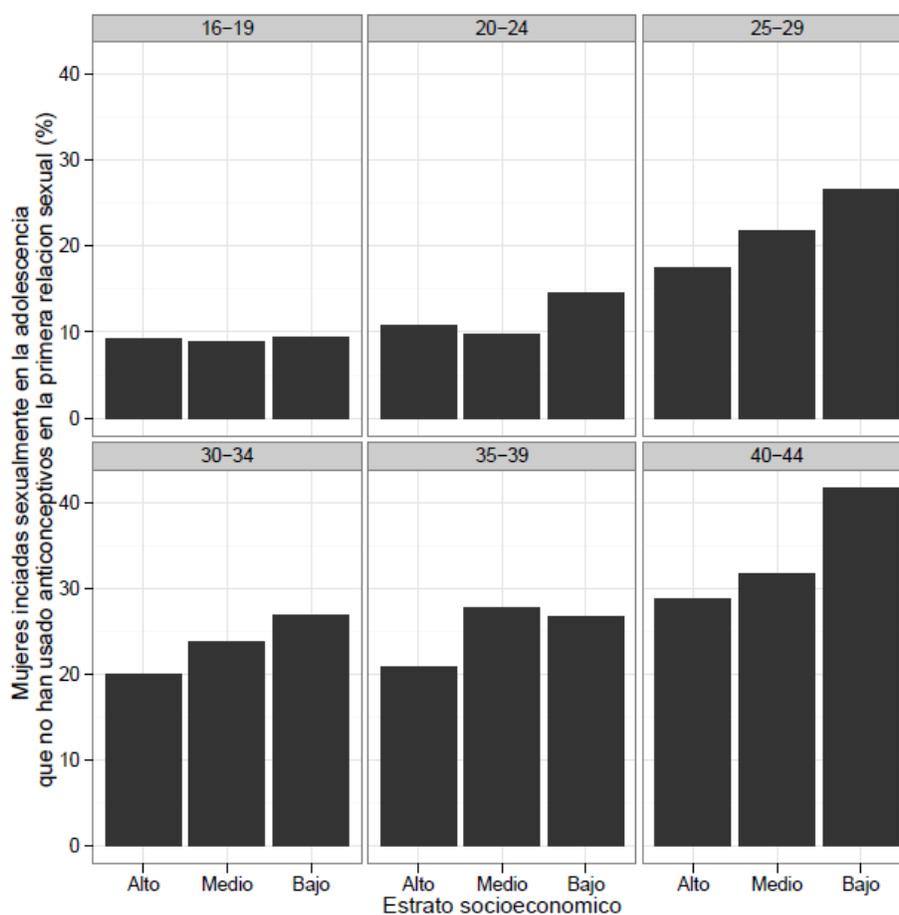
Nota: Se omite el grupo de edad 15-19 por el hecho que todavía no han salido del intervalo en que pueden experimentar el evento.

La edad media a la primera relación sexual entre las mujeres de 40-44 años baja de 18,3 años entre las pertenecientes al estado socioeconómico (SES) más alto, a 17,1 años entre las de estado socioeconómico bajo. Similarmente, entre las mujeres de 40-44 años, iniciadas sexualmente en la adolescencia, se observa una diferencia bastante importante entre estratos socioeconómicos en el porcentaje de mujeres que no se han protegido en su primera relación sexual (véase el gráfico 6): 42% de mujeres del estrato socioeconómico más bajo, versus 29% en el más alto. El diferencial va disminuyendo en las generaciones más jóvenes. Este resultado refleja la disponibilidad de métodos anticonceptivos para las jóvenes, independientemente de su extracción socioeconómica. Actualmente cualquier mujer en el Reino Unido tiene acceso a métodos anticonceptivos gratuitos por medio del sistema de salud público. Esto incluye también las menores de 18 años y más específicamente las menores de 16 años, sin necesidad de consultar a los padres (a menos que existan condiciones de riesgo <http://www.nhs.uk/Livewell/Sexandyoungpeople/Pages/Gettingcontraception.aspx>). Con todo, aún hay desigualdades en el uso de anticonceptivos. En efecto, entre las mujeres de 20-29 años,

iniciadas sexualmente en la adolescencia, el 72% de las pertenecientes al grupo socioeconómico más alto habían utilizado el condón como protección en su primera experiencia sexual, porcentaje que baja en 10 puntos para las mujeres pertenecientes al grupo socioeconómico más bajo.

Entre las generaciones más jóvenes, el porcentaje de muchachas que no conocía o apenas conocía al compañero de su primera relación sexual es notablemente más alto en los grupos socioeconómicos altos (véase el gráfico 7).

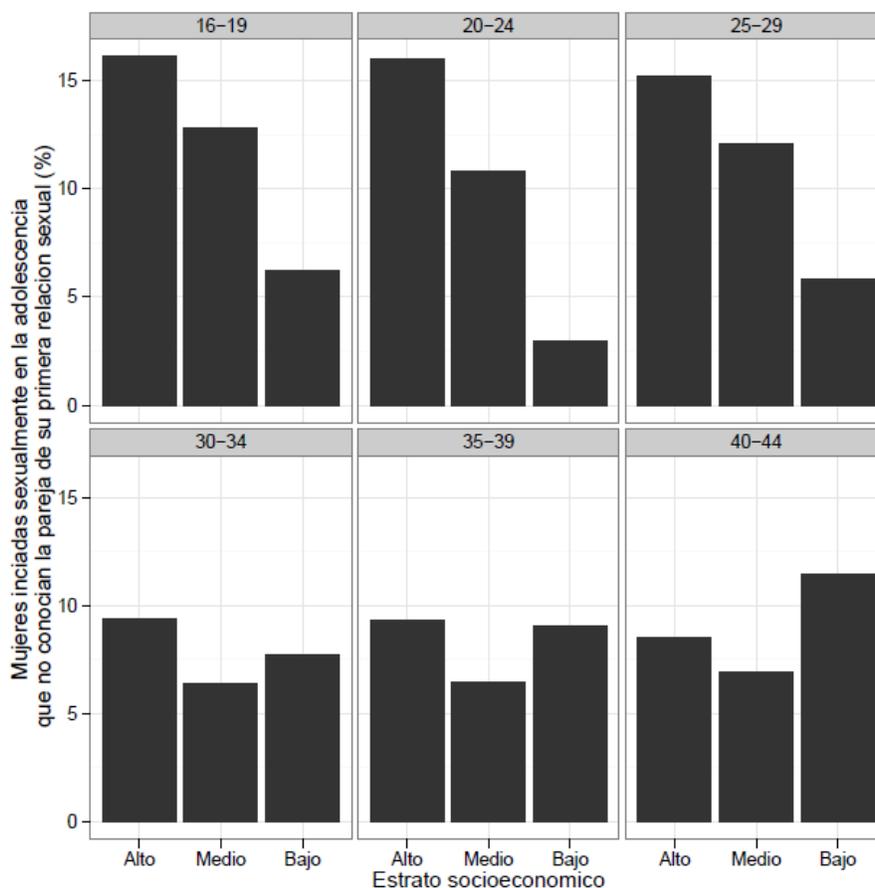
Gráfico 6
Porcentaje de mujeres iniciadas sexualmente en la adolescencia que no han usado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual por estrato socioeconómico y edad de la mujer



Fuente: Elaboración propia en base a datos de NATSAL 2000.

Nota: Los resultados para el grupo de edad de 16-19 años resultan truncados y por lo tanto requieren cuidado en su interpretación.

Gráfico 7
Porcentaje de mujeres iniciadas sexualmente en la adolescencia que no conocía o conocían apenas la pareja de su primera relación sexual por estrato socioeconómico y edad de la mujer



Fuente: Elaboración propia en base a datos de NATSAL 2000.

Nota: Los resultados para el grupo de edad de 16-19 años resultan truncados y por lo tanto requieren cuidado en su interpretación.

Aunque las tendencias sugieran una disminución en los diferenciales socioeconómicos, los resultados presentados muestran una clara asociación entre el embarazo adolescente y la pobreza, con un menor uso de métodos anticonceptivos entre las muchachas de extracción baja, diferencial que va disminuyendo entre las generaciones más jóvenes. El comportamiento asociado a la iniciación sexual, en lo específico el uso de métodos anticonceptivos efectivos tanto hacia el embarazo como hacia las ETS, es un indicador del nivel de conocimiento y responsabilidad de la mujer hacia su salud sexual.

II. Estrategias en pos de cambios en los comportamientos sexuales entre los adolescentes

Aunque en los países desarrollados la fecundidad adolescente haya alcanzado niveles bajos y muy bajos, esto no ha sido el producto de una natural tendencia al descenso sino al esfuerzo constante de los programas de salud pública que han puesto en primer plano el tema de la salud sexual de los adolescentes.

En línea con el enfoque general en materia de salud sexual y reproductiva, no hay una sola acción que permita enfrentar el tema de la sexualidad entre los jóvenes y que sea efectiva en cualquier parte del mundo. Es necesario contextualizar las acciones, entender las razones del por qué programas efectivos y resolutivos en determinados contextos, no funcionan (o funcionan solo parcialmente) en otros. Los programas de prevención deben integrarse con programas de más amplio alcance, orientados a cambios en las normas sociales que contribuyen a la realización de comportamientos sexuales riesgosos. Las intervenciones en materia de salud sexual no deberían limitarse a modificar los comportamientos individuales, sino también a atacar determinantes de tipo contextuales. Esto requiere cambios en los niveles de pobreza, acceso a la educación y al mercado laboral, difusión tanto en términos de conocimiento como de acceso a los métodos anticonceptivos y a los programas de planificación familiar, así como a las estrategias y los programas de salud pública de prevención de VIH y ETS (Wellings et al., 2006).

En contextos siempre más heterogéneos, los mensajes orientados a la reducción de los riesgos asociados a la actividad sexual temprana deberían respetar la diversidad y preservar las opciones individuales. Los jóvenes necesitan el máximo apoyo para poder experimentar su sexualidad en el mejor momento, en las mejores condiciones y minimizando —sino anulando— los potenciales riesgos asociados.

En el año 2005, 53 Estados europeos adoptaron la WHO European child and adolescent strategy, estrategia enfocada en la disminución de la desigualdad, con un planteamiento basado en las trayectorias de vida y centrado en la participación de los jóvenes en el desarrollo de las políticas que les atañen (WHO, 2014b). Por lo que concierne a la salud sexual, todos los niños y adolescentes deberían tener acceso a información y apoyo a salud e información sexual apropiada a su edad y género. Es esencial que este grupo de edad tenga acceso a información relevante, así como consulta confidencial para evitar ETS y embarazos no deseados (Barnekow, 2014).

Una serie de acciones han sido identificadas como efectivas para prevenir el embarazo adolescente (Swann et al., 2003; Trivedi et al., 2007):

1. La educación sexual en el contexto escolar, en particular si está asociada a los servicios de contracepción, resulta ser efectiva para la prevención de los embarazos no deseados (Swann et al., 2003; Bennett y Assefi, 2005). Sin embargo, no existe evidencia científica de la eficacia de los programas escolares que incluyen totalmente o parcialmente la abstinencia como forma de prevención; cuyo efecto sobre la modificación de los comportamientos sexuales de largo plazo, por lo demás, resulta ser nulo (Trivedi et al., 2007).
2. Aunque el acceso a centros de salud asociados a la escuela puede mejorar el acceso y el uso de los servicios de salud general por parte de los jóvenes, no hay suficiente evidencia que este tipo de servicios pueda determinar cambios en la salud reproductiva (Kirby, 2002; Mathias, 2002).
3. Los programas de educación sexual que incluyen educación sobre VIH y las enfermedades de transmisión sexual tienen efectos retardantes sobre el momento de la iniciación sexual, así como reducen la frecuencia de la actividad sexual y aumentan el uso de los métodos anticonceptivos, en particular el condón (Kirby, 2002).
4. Una alternativa válida a los programas proporcionados en el contexto escolar son los servicios de educación sexual, desarrollo individual y de acceso a los medios anticonceptivos proporcionados por los servicios de salud comunitarios.
5. Según evidencia científica, los programas que se focalizan en el desarrollo personal —por medio de la promoción de la confianza, amor propio y habilidad individual a la negociación—, educación y desarrollo profesional, pueden aumentar el uso de los medios anticonceptivos y reducir el embarazo (Swann et al., 2003).
6. Se han observado también efectos positivos sobre el uso de los medios anticonceptivos en asociación con los programas dirigidos a fomentar las habilidades académicas y sociales (Trivedi et al., 2007).
7. Los programas dirigidos al desarrollo de los niños a partir de las edades tempranas están asociados con niveles más bajos de la tasa de fecundidad adolescente, especialmente en los grupos socioeconómicos desventajados (Harden et al., 2006)
8. Los programas orientados a disminuir la deserción escolar, aumentar el sentido de pertenencia a la escuela, mejorar el rendimiento escolar, aumentar las aspiraciones educacionales y laborales de los jóvenes pueden retardar la experiencia sexual y aumentar el uso de las barreras protectoras (Harden et al., 2006).
9. En general, la participación de los padres y de los adultos en los programas de desarrollo en edad temprana, así como en los programas orientados a incentivar las aspiraciones, están positivamente asociadas con una mejoría en los comportamientos sexuales (Trivedi et al., 2007).
10. Los servicios de asesoría entregados por medios de clínicas y de servicios de salud primario, escasamente efectivos por sí solos, resultan ser eficaces cuando están asociados con los programas desarrollados a nivel comunitario o escolar.

Bibliografía

- Avery, L. y G. Lazdane (2010), "What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe?", *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15: S54-S66, London, The European Society of Contraception and Reproductive Health.
- Barnekow, V. (2014), "The health and well-being of children and adolescents is key for every society", *Entre Nous - The European Magazine for Sexual and Reproductive Health* 80, Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Barnekow, V. y M. Muijen (2009), "Child and adolescent health and development in a European perspective", *International Journal of Public Health* 54 Suppl 2: 128-130, Fife, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).
- Bennett, S. E. y N. P. Assefi (2005), "School-based teenage pregnancy prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials", *Journal of Adolescent Health* 36(1): 72-81, Washington D.C., Society for Adolescent Health and Medicine.
- Blanc, A. K., W. Winfrey y J. Ross (2013), "New findings for maternal mortality age patterns: aggregated results for 38 countries", *PLOS ONE* 8(4): e59864, Cambridge, PLOS Org.
- Chandra-Mouli, V., J. Svanemyr, A. Amin, H. Fogstad, L. Say, F. Girard y M. Temmerman (2015), "Twenty years after International Conference on Population and Development: where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights?", *Journal of Adolescent Health* 56(1 Suppl): S1-6, Washington D.C., Society for Adolescent Health and Medicine.
- Coleman, D. A. y S. Dubuc (2010), "The fertility of ethnic minorities in the UK, 1960s-2006", *Population Studies: A Journal of Demography* 64 (1): 19-41, Oxford, University of Oxford.
- Conde-Agudelo, A., J. M. Belizan y C. Lammers (2005), "Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study", *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 192(2): 342-349, New York, AJOG.
- Currie, C., C. Zanotti, A. Morgan, D. Currie, M. de Looze, C. Roberts, O. Samdal, O. R. F. Smith y V. Barnekow (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*, Health Policy for Children and Adolescents 6, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Di Cesare, M. (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, N° 72 (LC/L.2652-P), Santiago de Chile, CEPAL.
- Di Cesare, M. y J. Rodríguez Vignoli (2006), "Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia", *Papeles de Población* vol.12, núm. 48: 107-140, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México.

- Ekeus, C. y K. Christensson (2003), "Socioeconomic characteristics of fathers of children born to teenage mothers in Stockholm, Sweden", *Scandinavian Journal of Public Health* 31(1): 73-76, Associations of Public Health in the Nordic Countries.
- Erens, B., S. McManus, J. Field, C. Korovessis, A. Johnson, K. Fenton y K. Wellings (2001), *National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles II: Technical Report*, London, The British National Surveys of Sexual Attitudes and lifestyles.
- Fletcher, J., B. L. Wolfe y National Bureau of Economic Research (2008), "Education and labor market consequences of teenage childbearing evidence using the timing of pregnancy outcomes and community fixed effects", *NBER working paper series 13847*, Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research.
- Fraser, A. M., J. E. Brockert y R. H. Ward (1995), "Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes", *New England Journal of Medicine* 332(17): 1113-1117, Massachusetts Medical Society.
- Ganchimeg, T., E. Ota, N. Morisaki, M. Laopaiboon, P. Lumbiganon, J. Zhang, B. Yamdamsuren, M. Temmerman, L. Say, O. Tuncalp, J. P. Vogel, J. P. Souza, R. Mori y W. H. O. M. S. o. M. N. H. R. Network (2014), "Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study", *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 121 Suppl 1: 40-48, Oxford, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Harden, A., G. Brunton, A. Fletcher, A. Oakley, H. Burchett y M. Backhans (2006), *Young people, pregnancy and social exclusion: A systematic synthesis of research evidence to identify effective, appropriate and promising approaches for prevention and support*, EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, London, University of London.
- Jeha, D., I. Usta, L. Ghulmiyyah y A. Nassar (2015), "A review of the risks and consequences of adolescent pregnancy", *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, IOS Press.
- Khashan, A. S., P. N. Baker y L. C. Kenny (2010), "Preterm birth and reduced birthweight in first and second teenage pregnancies: a register-based cohort study", *BMC Pregnancy Childbirth* 10: 36, London, Bio Med Central.
- Kirby, D. (2002), "The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior", *Journal of Sex Research* 39(1): 27-33, Pennsylvania, The Society for the Scientific Study of Sexuality.
- Klein, J. D. y American Academy of Pediatrics Committee (2005), "Adolescent pregnancy: current trends and issues", *Pediatrics* 116(1): 281-286, Illinois, American Academy of Pediatrics.
- Martinez, G., C. E. Copen y J. C. Abma (2011), "Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2006-2010 national survey of family growth", *Vital and Health Statistics* 23(31): 1-35, Maryland, National Center for Health Statistics.
- Mathias, K. (2002), *Youth-specific primary healthcare - access, utilization and health outcomes: a critical appraisal of the literature*, Christchurch, New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA).
- Nove, A., Z. Matthews, S. Neal y A. V. Camacho (2014), "Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries", *The Lancet Global Health* 2(3): e155-164, London, The Lancet.
- Office for National Statistics (ONS) (2014), "Conceptions in England and Wales, 2012", London, ONS, Statistical Bulletin.
- Patton, G. C., C. Coffey, S. M. Sawyer, R. M. Viner, D. M. Haller, K. Bose, T. Vos, J. Ferguson y C. D. Mathers (2009), "Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data", *Lancet* 374 (9693): 881-892, London, The Lancet.
- Sabia, J. J. y D. I. Rees (2008), "The effect of adolescent virginity status on psychological well-being", *Journal of Health Economics* 27(5): 1368-1381, North Carolina, American Society of Health Economists.
- Sedgh, G., A. Bankole, S. Singh y M. Eilers (2012), "Legal abortion levels and trends by woman's age at termination", *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 38(3): 143-153, New York, Guttmacher Institute.
- Shrim, A., S. Ates, A. Mallozzi, R. Brown, V. Ponette, I. Levin, F. Shehata y B. Almog (2011), "Is young maternal age really a risk factor for adverse pregnancy outcome in a canadian tertiary referral hospital?", *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 24(4): 218-222, New Jersey, North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology.

- Siegel, R. S. y A. R. Brandon (2014), "Adolescents, pregnancy, and mental health", *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 27(3): 138-150, New Jersey, North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology.
- Singh, S., J. E. Darroch y J. J. Frost (2001), "Socioeconomic disadvantage and adolescent women's sexual and reproductive behavior: the case of five developed countries", *Family Planning Perspectives* 33(6): 251-258, 289, New York, Guttmacher Institute.
- Svanemyr, J., A. Amin, O. J. Robles y M. E. Greene (2015), "Creating an enabling environment for adolescent sexual and reproductive health: a framework and promising approaches", *Journal of Adolescent Health* 56 (1 Suppl): S7-14, Washington D.C., Society for Adolescent Health and Medicine.
- Swann, C., K. Bowe, G. McCormick y M. Kosmin (2003), *Teenage pregnancy and parenthood a review of reviews*, London, Health Development Agency.
- Tripp, J. y R. Viner (2005), "Sexual health, contraception, and teenage pregnancy", *British Medical Journal - BMJ* 330(7491): 590-593, London, British Medical Association.
- Trivedi, D., F. Bunn, M. Graham y R. Wentz (2007), *Update on review of reviews on teenage pregnancy and parenthood*, Centre for Research in Primary and Community Care, Hertfordshire, University of Hertfordshire.
- Trussell, T. J. (1976), "Economic consequences of teenage childbearing", *Family Planning Perspectives* 8(4): 184-190, New York, Guttmacher Institute.
- United Nations Population Fund (UNFPA) (2013), *Adolescent Pregnancy. A review of the evidence*. New York, UNFPA.
- Wellings, K., M. Collumbien, E. Slaymaker, S. Singh, Z. Hodges, D. Patel y N. Bajos (2006), "Sexual behaviour in context: a global perspective", *Lancet* 368 (9548): 1706-1728, London, The Lancet.
- World Bank (2014), "Adolescent Fertility Rate" (Base de datos), The World Bank (<http://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT>). Retrieved 01/05/2015.
- World Health Organization (WHO) (2014a), "Adolescent pregnancy", (http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/). Retrieved 01/05/2015.
- _____ (2014b), Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020. <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6412-investing-in-children-the-european-child-and-adolescent-health-strategy-20152020>. Retrieved 01/05/2015.



Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)
www.cepal.org