

## **Parte II**

### **ADOLESCENCIA: CULTURA, RIESGOS Y REPRODUCCIÓN: CÓMO INTERVENIR PARA MEJORAR LA SSR**



# REPRODUCCIÓN EN LA ADOLESCENCIA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ¿UNA ANOMALÍA A ESCALA MUNDIAL?

*Jorge Rodríguez Vignoli<sup>1</sup>*

## **Introducción y justificación**

Durante la pubertad o adolescencia temprana (típicamente entre los 10 y los 13 años) se inician los cambios orgánicos que conducen, para la mayoría de las personas, a la configuración del cuerpo adulto, el despertar sexual y la adquisición de la capacidad de procrear. Durante esta fase<sup>2</sup>, pero más marcadamente durante la adolescencia media (típicamente entre los 14 y los 17 años) y tardía (típicamente entre los 18 y los 19 años), estas fuerzas biológicas desbordantes y novedosas para los muchachos y muchachas se enfrentan con normativas desplegadas por instituciones que procuran mantener a las personas en el proceso de formación social (en particular el escolar), controlar los impulsos sexuales (sea su intensidad o el contexto donde se permiten) y establecer límites precisos (a veces legales) de lo que es aceptable en materia de nupcialidad y reproducción.<sup>3</sup> Esta densa interacción biológica-social se torna aún más compleja por la intervención de procesos psicológicos muy poderosos que se desatan en la adolescencia y que se vinculan con el desafío de formar una identidad propia. En este contexto, los y las adolescentes tienden a tomar distancia de referentes de autoridad como los padres y las instituciones de adultos, y en contrapartida, propenden a incrementar la valoración de otros referentes, como los grupos de pares o las subculturas. Y entre estos dos referentes suelen haber diferencias marcadas, en particular en materia de mensajes relativos a la sexualidad y la reproducción. Por cierto, esta rebelión contra la autoridad adulta tiene especificidades individuales y culturales, por lo cual el grado de distanciamiento de los adolescentes respecto de los cánones impuestos por la sociedad adulta y por sus familias es variable.

A todo lo anterior, se añade que esta reproducción apremia a los actores sociales, así como a los encargados de la toma de decisiones. Por sus implicaciones adversas para las personas envueltas directamente en este fenómeno –en principio, la díada progenitores-prole, pero cada vez más la tríada abuelos(as)-progenitores-prole(nietos)–, por su asociación con la pobreza y por los mayores riesgos de salud que implica, los gobiernos y los organismos internacionales son más proclives a juicios categóricos y a la promoción de acciones directas destinadas a reducirla<sup>4</sup>. Esto es aún más evidente en sociedades modernas, en las que la adolescencia es un período claramente destinado a la formación escolar. En tal sentido, no debiera extrañar la coexistencia en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) de un largo capítulo sobre derechos reproductivos en el que todos los argumentos apuntan hacia la libre decisión en esta materia, con un capítulo específico sobre los adolescentes en el que se llama a: “*Reducir sustancialmente todos los embarazos de adolescentes*”.<sup>5</sup> Más aún, en la reciente expansión de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el No. 5 relativo al mejoramiento de la salud materna, se amplió al acceso universal a la salud reproductiva (en los términos propuestos por el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994), entre cuyos indicadores se encuentra la tasa de fecundidad adolescente, con un estatus aún no completamente oficial, eso sí.<sup>6</sup>

Y pese a la prioridad política del tema, la evidencia disponible –sistematizada, analizada y divulgada en varias publicaciones recientes– sugiere que la fecundidad adolescente está lejos de seguir el comportamiento estilizado a la baja que ha mostrado la fecundidad de las restantes edades en América Latina desde hace varias décadas (Rodríguez y Hoppenhayn, 2007; Guzmán y otros, 2006; CEPAL, 2005; CEPAL-OIJ, 2004).

Por lo mismo, los países de la región tienen por delante un compromiso que cumplir. Y para hacerlo es necesario actualizar y revisar los marcos conceptuales y las cifras, indagar de manera amplia en las causas y, finalmente, identificar ámbitos de acción para las políticas públicas orientadas a influir sobre este comportamiento. Precisamente en esas líneas se procura avanzar en esta ponencia.

## **Antecedentes enfocados en América Latina y el Caribe**

El descenso de la fecundidad general en América Latina y el Caribe se generaliza en la década de 1970, aunque se inició con bastante antelación en países como Argentina y Uruguay (Chackiel y Schkolnik, 2003). Hay consenso entre los especialistas de que esta caída se debió a una combinación de transformaciones socioeconómicas estructurales (urbanización, aumento de la educación), cambios culturales que, en alguna medida, se importaron de países desarrollados y se difundieron con rapidez

(secularización, estilos de vida, visiones sobre la reproducción) y transformaciones de los roles de género, tanto a escala social como dentro de las familias. Las políticas de planificación familiar también fueron importantes en muchos países y, sin duda, la ampliación del acceso a métodos anticonceptivos modernos fue clave para la celeridad del descenso (Guzmán y otros, 2006).

Esta caída contrasta, sin embargo, con la tendencia de la fecundidad adolescente, que desde mediados de la década de 1980 ha resultado particularmente resistente a la baja. Es más, en varios países parece haber estado aumentando, de manera sostenida en algunos casos y con oscilaciones en otros. De esta manera, pese al compromiso formal de los gobiernos con el objetivo de evitar la fecundidad adolescente y el amplio consenso que hay respecto de las complicaciones y dificultades que entraña la reproducción temprana, la evidencia presentada en el último informe de la Juventud Iberoamericana mostraba que la maternidad antes de los 20 años había tendido a aumentar en la mayoría de los países latinoamericanos, no así en la península ibérica donde tiene una prevalencia marginal (CEPAL-OIJ, 2004).

Este documento apunta a responder una gran pregunta, a saber, si esta trayectoria es peculiar de la región o se trata de un fenómeno que se repite en otras latitudes. El análisis se basará en las tendencias de los últimos 30 años en diferentes continentes y subregiones del mundo, con especial referencia al mundo en desarrollo.<sup>7</sup> La gran pregunta antes expuesta puede dividirse en varias hipótesis que se exponen a continuación y para las cuales requiere un cotejo empírico específico a cada una de ellas:

- a) La fecundidad adolescente es la que muestra una menor correlación con la fecundidad total a escala mundial –lo que sugiere un comportamiento (tendencia y determinantes) diferente a la fecundidad de otras edades– y este desligamiento es más acentuado en América Latina.
- b) La resistencia a la baja de la fecundidad adolescente es sobresaliente en América Latina y no es un comportamiento generalizado en el mundo
- c) La tendencia de la fecundidad adolescente en América Latina está determinada por un fenómeno no previsto y peculiar de la región: el aumento de la fecundidad entre los más pobres, que ahora son predominantemente urbanos y escolarizados.
- d) La tendencia de la fecundidad adolescente es el resultado de un síndrome de modernidad truncada en dos ámbitos: i) sexual, por la combinación de una liberalización de la conducta sin un aumento de la capacidad de control anticonceptivo personal (sicológico y familiar) y material (acceso a servicios); y, ii) social, por un aumento de las acreditaciones formales (en particular, educación) sin una expansión consecuente de las oportunidades materiales (en particular, trabajo).

## La falta de una teoría convincente

El enfoque sociodemográfico de carácter macro y foco estructural –la transición demográfica y su proceso causal subyacente, cual es la modernización socioeconómica– no hace distinciones etarias en su hipótesis de descenso de la fecundidad (Kirk, 1996; Coale, 1977). Más aún, la fecundidad debiera caer más marcadamente en el tramo adolescente, toda vez que la modernización implica la erradicación de prácticas tradicionales de matrimonio temprano y acentúa la colisión entre reproducción temprana y asistencia escolar, lo que debiera resolverse en favor de esta última y en desmedro de lo primero. De esta forma, la hipótesis que naturalmente se deriva de este marco es un descenso sostenido y transversal en términos socioeconómicos de la fecundidad adolescente, así como una marcada y generalizada postergación de la edad de la primera unión. En los países desarrollados la hipótesis funciona –con la excepción de los Estados Unidos, como lo ha destacado Furstenberg (1998)–, pero, como se mostrará en este documento, no resulta ser el caso de América Latina.

El enfoque sociodemográfico de carácter macro y foco cultural y tecnológico –la difusión de ideas, actitudes, prácticas y medios modernos de control natal– tampoco hace distinciones etarias, pues supone que todas las generaciones son influidas por la difusión antes mencionada (Bravo, 1992). Más aun, el grupo adolescente debiera ser particularmente sensible a esta difusión, toda vez que está más abierto al cambio y más expuesto a los medios de comunicación de masas de los países “avanzados”. Vale decir, el enfoque de la difusión tampoco anticipa algún comportamiento particularmente refractario al descenso de la fecundidad entre las adolescentes.

Los enfoques micro, por su parte, tienen como eje ordenador la noción de racionalidad, la que varía entre los diferentes marcos conceptuales y disciplinas. La más conocida y usada es la versión microeconómica maximizadora del bienestar individual, ya sea en los términos utilitaristas ortodoxos (*homo economicus*) propuestos por el Premio Nobel de Economía Gary Becker<sup>8</sup> (lo que no impide el altruismo cuando la utilidad de los padres se relaciona positivamente con la de los hijos), o en los más heterodoxos que plantean la existencia de una “racionalidad acotada”, como los elaborados por el también Premio Nobel Herbert Simon (Bravo, 1992). Sin embargo, otros científicos sociales –sociólogos, antropólogos, sicólogos<sup>9</sup>– usan nociones distintas de racionalidad. Una de estas es la categoría de reflexividad –esa idea de constante revisión por retroalimentación de las personas (sí-mismo) y las instituciones– planteada por el sociólogo Anthony Giddens (1998). Este autor releva una característica genérica de la vida social y un rasgo particular de la modernidad tardía que abiertamente choca con las certezas y cálculos perfectos de la racionalidad del *homo economicus*. En primer lugar, afirma que la rutinización

de la cotidianeidad es un factor estructurante y generador de seguridad ontológica (y, ciertamente, las rutinas no son reducibles a la racionalidad económica de los actores). Y en segundo lugar, plantea la complejidad, incertidumbre y constante revisión del sí mismo asociada a la elaboración de la biografía en contextos de modernidad tardía, lo que hace de la trayectoria vital un proceso dinámico, complejo, inseguro y contingente, nuevamente escapando al ejercicio de una racionalidad única estructurante. Pierre Bourdieu, por su parte, usa la categoría “acción razonable” (1999: 152) para oponer su visión historicista y sus conceptos de campo y *habitus*, al esencialismo de la racionalidad contable microeconómica.<sup>10</sup> En el mismo sentido, la noción de estrategia de sobrevivencia o de estrategias familiares de vida, tan caras a la sociodemografía latinoamericana (Schmink, 1984), supone una cierta racionalidad a los actores, que actúan preservando la existencia familiar, más que maximizando beneficios personales, en un marco de poderosas asimetrías al interior del hogar (Bravo, 1992).

Pese a que, por sus diferencias, el conjunto de teorías micro descritas en el párrafo previo tiene, en principio, un radio de acción explicativo amplio, ninguna de ellas anticipa una elevación de la fecundidad adolescente o que esta tenga una condición particularmente refractaria al descenso. Como ese ha sido el caso de América Latina, su pertinencia para el análisis de la fecundidad adolescente en la región se debilita.

Ante la falta de una teoría consolidada debemos recurrir a propuestas *ad-hoc* que no tienen pretensiones universales sino que operan como, utilizando la expresión de Merton (1980), “teorías de alcance medio”. Entre estas están las teorías psicológicas del desarrollo de la personalidad que, como ya se vio, subrayan los componentes de inmadurez, desestructuración, construcción identitaria y rebeldía que caracterizan esta fase de la vida (Dulanto 2000; Fischhoff y otros, 2001; Breinbauer y Madaleno, 2005). De esta forma, la fecundidad temprana en contextos de sociedades modernas —como calificarían la mayor parte de las sociedades latinoamericanas, aunque eventualmente podrían exceptuarse ciertas zonas o grupos étnicos, entre los cuales la reproducción temprana está anclada en la cultura comunitaria— podría interpretarse como: a) una conducta que carece de una base racional y que se debería, más bien, a una incapacidad de prever las consecuencias que tienen los comportamientos (inmadurez, falso sentido de invulnerabilidad); por cierto tal interpretación deja poco espacio para las políticas (¿cuáles podrían servir para evitar la “irresponsabilidad adolescente”?) y sugiere una aleatoriedad social de la reproducción temprana que no opera en la realidad, por cuanto esta es altamente sesgada (mucho más alta entre las pobres); b) una conducta enmarcada en la construcción identitaria ya que, independientemente de sus secuelas, la maternidad/paternidad constituyen pilares de una identidad individual y social, así como tienen la capacidad de dar un “sentido” a la vida de los progenitores; por cierto, esta explicación tiene implícita una racionalidad

general que, por la selectividad de este comportamiento (no todas las mujeres tienen hijos durante la adolescencia), no es válida, lo que deja abierta la pregunta sobre quiénes optarían por esta modalidad de elaboración biográfica y porqué lo harían en desmedro de otras opciones; c) una conducta que se realiza como acto de rebeldía, negación de autoridad o rechazo a la generación mayor; por cierto esta explicación tiene varios flancos débiles –sobre todo porque la maternidad/paternidad suelen erosionar las condiciones objetivas para el ejercicio de la rebeldía–, pero sí puede ser relevante en casos específicos.

De esta manera, la especificidad psicológica de este grupo debe ser considerada en todo intento de explicación así como intervención sobre la fecundidad adolescente. Sin embargo, limitarse solo a este componente –sobre todo si tiene una carga estigmatizante, como ocurre cuando este fenómeno se atribuye casi exclusivamente a la inmadurez o a la irresponsabilidad– no permite dar cuenta de un conjunto de aspectos estilizados que operan “por sobre los individuos” y, sobre todo, aporta poco a identificar las raíces de la “peculiaridad latinoamericana y caribeña”.

Respecto de esto último, cabe hacer un paralelismo con el análisis propuesto por Frank Furstenberg Jr. (1998), para interpretar el “caso especial” que representan las elevadas tasas de fecundidad de los Estados Unidos dentro de los países desarrollados. Él plantea un contrapunto especialmente relevante para América Latina: “*In sum, the process of economic development and especially postindustrial economic development exerts pressures toward later marriage and greater sexual freedom as societies move away from a kinship-based economy to an economy that relies on prolonged education and training in social institutions outside the home*” (p. 247). Vale decir, la modernización actúa paradójicamente en el caso de la reproducción temprana, pues si bien tiende a postergar la unión y por esa vía a reducir la fecundidad adolescente, también tiende a aumentar la exposición al riesgo de embarazo adolescente por una iniciación sexual más temprana. Producto de esta paradoja, la fecundidad adolescente puede incrementarse con la modernización, lo que dependerá, a la postre, de la capacidad de los adolescentes para llevar a cabo un conducta sexual responsable y protegida.

Otro punto que se deduce del análisis de Furstenberg es que si la reproducción temprana llegara a aumentar, lo haría en contextos nupciales crecientemente informales y probablemente más inestables. A continuación, afirma que las tasas excepcionalmente altas de fecundidad adolescente en los EEUU se deben a que en los otros países desarrollados hay “*a greater willingness to acknowledge their sexual activity and to provide the resources to prevent their childbearing*” (1998: 246). En la misma línea, Furstenberg plantea que otro factor explicativo de la “anormalidad” de los Estados Unidos radica en que los costos de la fecundidad temprana no son tan altos para un grupo importante de la población, justamente los

más pobres dentro de la sociedad más desigual del mundo desarrollado: “*The greater the disadvantage within a population, the less difference teenage childbearing makes in determining long-term success*” (1998: 249), llegando a generalizar este planteamiento en términos de que “*The propensity toward teenage childbearing may be related also to the total amount of inequality within industrializing countries*” (p. 249).

En síntesis, siguiendo las hipótesis de Furstenberg, las claves para explicar la fecundidad adolescente alta en un contexto moderno serían: a) la reticencia institucional (sociedad y familia) para reconocer a los adolescentes como sujetos sexualmente activos (condición que, además, tiende a ser promovida por la modernización), porque producto de esta negación se restringe su acceso a medios anticonceptivos y a conocimientos y prácticas sexuales seguras; b) la desigualdad, porque acorta sensiblemente el horizonte de opciones vitales para los más pobres, lo cual reduce el costo de la maternidad/paternidad temprana y, simultáneamente, eleva su valor como mecanismo para dotar de sentido a la vida.

De vuelta a América Latina, varios trabajos recientes de investigadores de la región han elaborado conceptos y propuesto interpretaciones para abordar las tendencias y características de la reproducción temprana en la región. Para ser útiles, estos marcos conceptuales deben ser capaces de dar cuenta de la resistencia al descenso de esta fecundidad, la marcada inequidad que se expresa en tasas mucho más elevadas en los grupos pobres y la creciente presencia de la maternidad adolescente soltera (que no siempre significa sin pareja). Junto a lo anterior, deben proveer de una explicación y ojalá una predicción de la evolución conjunta de la modernización económica y social y la fecundidad adolescente, toda vez que la relación histórica entre modernización y fecundidad total no es válida para la reproducción temprana (como lo evidencian las cifras y lo explica la “paradoja de Furstenberg” ya expuesta).

En Rodríguez y Hopenhayn (2007) se identifican 4 enfoques usados en América Latina. El primero es psicológico y se asemeja a lo expuesto anteriormente (“inmadurez adolescente”), mientras los otros tres tienen coincidencias con la interpretación de Furstenberg antes descrita. El segundo enfoque se basa en la noción de “*modernidad sexual truncada*” (p.9), que da cuenta de un adelantamiento de la actividad sexual—consecuencia de la secularización y de las tendencias emancipatorias e individualizantes de la modernidad, así como de la creciente presencia de contenidos eróticos a los que están expuestos los adolescentes— que no es legitimado por las familias y, por ende, tiende a mantenerse en secreto y a llevarse a cabo en condiciones inseguras. El tercero subraya la desigualdad, que influye por varios canales, entre ellos las barreras de acceso a medios anticonceptivos y la falta de oportunidades para los adolescentes pobres. Por último, el cuarto enfoque releva los sesgos institucionales, que tienden a invisibilizar a los adolescentes como sujetos sexualmente

activos y, por lo mismo, a excluirlos de los programas oficiales de salud sexual y reproductiva. Un aporte especial de este trabajo es la vinculación que se hace entre cada enfoque y las políticas que emanan de ellos. Por cierto, también se reconoce la posibilidad de intervenciones ampliadas que consideren más de uno de los enfoques en su diseño y aplicación.

Otros trabajos (di Cesare y Rodríguez, 2006; Rodríguez, 2005; Stern, 2004; Pantelides, 2004; CEPAL-OIJ, 2004; Guzmán y otros, 2001) han llamado la atención sobre aspectos adicionales que parecen relevantes para explicar los niveles de fecundidad relativamente altos de la región. Entre estos están los histórico-culturales, donde sobresalen: a) la glorificación del macho procreador, y en alguna medida aventurero, que, en general, promueve la iniciación temprana de los jóvenes y favorece conductas escapistas frente a las responsabilidades parentales (Palma, 2003); b) el papel de la familia, que actúa como red de apoyo diseminando la carga de la crianza y evitando que los progenitores adolescentes asuman todo el peso de la crianza; c) los altos índices de maternidad soltera –el síndrome del “huacho”<sup>11</sup>, vinculado al factor ya mencionado del machismo (Montesinos, 1997)– y de uniones consensuales, ambos herencia de la conquista y que, en general, debilitan el control de la familia o la comunidad sobre el comportamiento sexual de sus miembros. Por otra parte, la apertura de las nuevas generaciones de adolescentes a los medios de comunicación masivos y, más recientemente, a la oferta casi infinita de internet, ha aumentado exponencialmente su exposición mensajes eróticos y a una multitud de estímulos sexuales. De esta manera, la tecnología y la liberalidad de la modernidad se enlazan explosivamente con los factores históricos, culturales, socioeconómicos e institucionales descritos, generando poderosos incentivos para una sexualidad temprana y desprotegida de los adolescentes, que desde luego eleva las probabilidades de reproducción antes de los 20 años.

## **Fuentes de datos**

### ***Estadísticas vitales***

Estudiar la fecundidad adolescente requiere de fuentes de datos adecuadas. Las estadísticas vitales son la fuente natural para estudiar sus tendencias generales y específicas según algunas de sus características como: a) la precocidad, porque hay consenso en que a menor edad más complicadas las consecuencias de la maternidad adolescente; b) condición nupcial, sea en términos de situación conyugal<sup>12</sup> o edad de la pareja; c) las inequidades territoriales (entre ámbitos urbano-rurales, entre regiones e incluso intrametropolitanas) y sociales (entre grupos educativos); d) los órdenes de paridez, asunto que si bien ha sido poco investigado es muy relevante para la medición, la interpretación y las políticas.

Normalmente, la construcción de indicadores idóneos, del tipo tasas, no puede realizarse solo con información de estadísticas vitales, porque estas no registran el denominador (por ejemplo: mujeres de 15 a 19 años totales y según condición nupcial, localización, nivel educativo y cantidad de hijos tenidos). Pero el denominador puede obtenerse de las proyecciones de población para, finalmente, calcular las tasas respectivas. Y si eso no fuera posible, siempre se podrán calcular otros indicadores relativos –del tipo porcentajes– que serán informativos y útiles (aunque estén expuestos a diferentes distorsiones, como se expondrá). Es el caso de medidas como la proporción de nacidos vivos cuya madre es adolescente, la proporción de hijos de madres adolescentes sin escolaridad, la proporción de hijos de madres adolescentes indígenas, el porcentaje de hijos de madres adolescentes precoces (menores de 18 años), el porcentaje de hijos de madres adolescentes que es primogénito, o la proporción de hijos de madres adolescentes con bajo peso al nacer, entre otras. Su mera inspección revela sus límites porque, por ejemplo, una reducción del porcentaje de la proporción de madres adolescentes que no tiene escolaridad puede deberse (suponiendo todo lo demás constante) a una reducción relativa mayor de su fecundidad o a una disminución de su número por el avance de la escolaridad. Así, con estos indicadores es poco lo que puede concluirse sobre la evolución de la intensidad de la fecundidad adolescente en los distintos grupos.

Por otra parte, las estadísticas vitales también sirven para analizar algunas secuelas de la fecundidad adolescente. Entre estas están las típicas de salud pública, como su relación con la morbimortalidad infantil y materna.<sup>13</sup>

Ahora bien, pese a todas las ventajas que presentan las estadísticas vitales, históricamente se les ha usado muy poco para la indagación de la reproducción en la adolescencia en la región. Esto debido, principalmente, a los problemas de cobertura, oportunidad y calidad que presentan. En menor medida, también ha conspirado la dificultad para elaborar estimaciones de su intensidad por subgrupos, por la ya comentada no disponibilidad del denominador.

Con todo, el uso de las publicaciones o estadísticas oficiales desplegadas por los portales web de cuatro países de la región, que se encuentran entre los que tiene registros de mayor calidad en la región, es sugerente del aporte que significan las estadísticas vitales, pues permiten el seguimiento anual de la fecundidad adolescente y de la total. Y este seguimiento ratifica que en tres de los cuatro países con mayor desarrollo humano de la región, la fecundidad adolescente ha sido mucho más refractaria al descenso que la fecundidad total, siendo extremos el caso de Uruguay y Argentina, cuyas tasas de fecundidad adolescente actuales son superiores a las que tenían hace 40 años (gráfico 1 para Uruguay, y Binstock y Pantelides, 2006, para Argentina). En Chile, la fecundidad adoles-

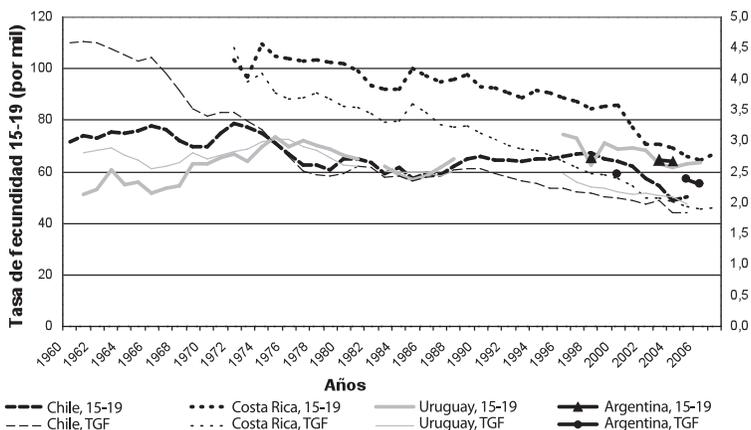
cente actual es menor a la que existía en 1960 y, además, del 2000 a la fecha ha estado cayendo de manera sostenida (salvo un repunte en 2006); con todo, experimentó un período alcista largo en las décadas de 1980 y 1990, pese a los cambios de escenario político y económico que vivió en ambas y al pertinaz descenso de la fecundidad total durante los últimos 40 años. Solo Costa Rica presenta un cuadro más estilizado, aunque ciertamente la magnitud relativa del descenso de la fecundidad adolescente es menor que la de la fecundidad total.

### ***Censos de población***

Los censos de población contienen módulos de fecundidad, en parte para obtener estimaciones que resultan inviables o poco confiables a partir de las estadísticas vitales. Por disponer de la información del total de población –y no solo de quienes experimentaron el evento en un año dado, como ocurre con las estadísticas vitales–, la información que proporciona este módulo del censo permite obtener, usando técnicas indirectas relativamente conocidas, estimaciones de las tasas específicas de fecundidad y, por ello, de la tasa global de fecundidad. Si a lo anterior se le suma que para todas las personas se dispone del conjunto de antecedentes que captura cada censo, entonces la estimación de tasas segmentadas según características relevantes es directa. Por ello, no debe extrañar que con la creciente posibilidad de procesar los microdatos censales –en virtud, principalmente, de los avances computacionales (CELADE, 2007)– se hayan multiplicado los estudios y análisis de la fecundidad adolescente con estos datos. Ejercicios comparativos entre países de la región se han llevado a cabo recientemente para examinar las tendencias de las desigualdades socioeconómicas de la fecundidad adolescente y efectuar seguimiento de la maternidad adolescente, según edad simple y características seleccionadas. En el primer caso, estos estudios han mostrado una preocupante tendencia al aumento de la inequidad en materia de la fecundidad adolescente durante la década de 1990 (Rodríguez y Hopenhayn, 2007; di Cesare, 2007; di Cesare y Rodríguez, 2006; CEPAL, 2005). En el segundo caso, las cifras censales arrojan, nuevamente, resultados preocupantes: en la mayor parte de los países aumentó la maternidad adolescente y la mayor alza tendió a ser de la fecundidad precoz y en condiciones de soltería.<sup>14</sup>

**Gráfico 1**

**América Latina (países seleccionados) a: Evolución de la tasa de fecundidad adolescente (15-19 años) y de la tasa global de fecundidad**



Fuente: Estadísticas vitales de los 4 países seleccionados.

a Se seleccionó a Chile, Costa Rica, Uruguay y Argentina por sus registros de alta calidad y sus niveles de desarrollo humano superiores.

Estos resultados han sido claves para reposicionar el tema en la agenda pública y de investigación. Como ya se expuso en la sección conceptual, entre los especialistas hay un grupo más bien escéptico respecto de la gravedad que reviste la fecundidad adolescente; y entre los argumentos que se esgrimen para justificar este escepticismo se encuentra justamente el de las cifras, es decir que no habría tal “aumento de la fecundidad adolescente”. Por cierto, las cifras del cuadro 1 chocan con las afirmaciones de los autores “escépticos”. Sin embargo, este cuadro no basta para zanjar el debate. Primero, porque todo depende de la perspectiva temporal; en el cuadro 1 esta se limita al último período intercensal –que en la mayor parte de los países corresponde al decenio de 1990– pero si se usara una longitud mayor –por ejemplo, entre 1960 y la actualidad–, la mayor parte de los países registraría un descenso de la fecundidad adolescente. Segundo, porque las diferentes fuentes de datos demográficos ofrecen panoramas distintos; de hecho, en algunos casos, las estadísticas vitales y las encuestas ofrecen resultados que no son del todo compatibles con los que proporciona el censo. Y tercero, y esto es lo más importante desde el punto de vista sustantivo, es posible que la dirección de la tendencia de la **fecundidad adolescente** sea diferente del de la **maternidad adolescente**; esto último ocurre, por ejemplo, si los nacimientos de orden superior a 1 entre las adolescentes caen fuertemente, pero no así los nacimientos de orden 1. Y esto último está ocurriendo en casi to-

dos los países de la región, en varios casos de manera marcada, tal como lo muestra el gráfico 2.

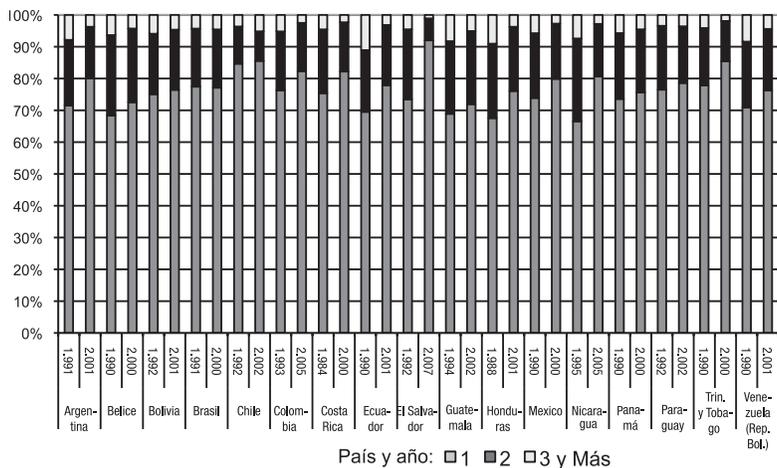
**Cuadro 1**  
***América Latina y el Caribe (países seleccionados): Evolución de la proporción de mujeres de 15 a 19 años que ha tenido hijos, por edades simples. Censos de la ronda de 1990 y 2000***

País	Año (fecha censal)	Años de edad					Total
		15	16	17	18	19	
Argentina	1991	3,3	6,6	11,2	17,3	23,1	11,9
	2001	3,7	6,5	11,2	17,2	23,6	12,4
Belice	1990	2,5	7,7	15,4	26,2	34,9	16,9
	2000	2,8	6,7	14,4	25,4	33,0	15,8
Bolivia	1992	1,6	4,4	9,9	17,9	28,0	11,7
	2001	2,0	5,7	11,7	20,8	29,2	13,5
Brasil	1991	2,2	5,2	10,4	17,2	24,3	11,5
	2000	3,3	7,6	13,8	20,8	28,1	14,8
Chile	1992	2,1	4,8	9,8	16,1	24,8	11,8
	2002	6,3	5,1	10,2	16,7	24,1	12,3
Colombia	1993	2,6	6,4	12,8	20,9	29,3	14,0
	2004/05	2,9	7,1	13,7	21,0	28,6	14,3
Costa Rica	1984	2,0	5,6	10,9	18,6	27,5	12,8
	2000	2,5	6,2	11,8	19,8	27,5	13,2
Ecuador	1990	6,2	5,4	11,0	19,4	27,9	13,5
	2001	3,2	8,1	14,9	23,9	32,5	16,3
El Salvador	1992	2,8	6,8	13,5	22,0	30,6	14,4
	2007(provisional)	2,8	6,9	12,7	20,4	28,0	13,7
España	Encuesta 2004		1,2			3,4	2,1
Guatemala	1994	2,9	7,3	14,5	25,1	35,5	16,1
	2002	2,6	6,9	14,2	23,1	33,0	15,5
Honduras	1988	3,6	8,1	15,6	25,2	34,6	16,6
	2001	3,0	8,4	17,1	27,6	38,0	18,3
México	1990	1,4	3,8	8,6	16,1	24,2	10,4
	2000	1,8	4,8	10,7	18,2	26,2	12,1
Nicaragua	1995	5,0	12,6	23,7	34,8	46,0	23,9
	2005	4,3	10,7	19,8	28,9	38,4	20,0
Panamá	1990	3,6	8,2	15,2	22,4	30,8	16,1
	2001	4,1	9,3	16,2	25,4	33,3	17,4
Paraguay	1992	2,0	6,2	13,0	23,4	32,9	15,0
	2002	1,9	5,1	10,1	17,8	26,7	12,1
Portugal	Encuesta 1997			ND			2,5
Rep. Dominicana	1993				ND		
	2002	4,4	9,1	15,4	23,6	32,1	16,7
Trinidad y Tabago	1990	1,0	3,2	6,1	12,3	18,9	8,0
	2000	1,2	2,2	4,7	18,3	21,4	9,3
Venezuela	1990	3,3	6,9	13,0	19,9	27,5	13,8
	2001	3,2	7,5	13,7	21,7	29,8	15,0
Uruguay	1985	1,2	3,4	7,2	12,4	19,3	8,4
	1995	5,0	7,7	12,8	18,4	24,6	13,9

*Fuente: procesamientos especiales bases de microdatos censales con REDATAM. Para España, López y otros, 2005, tabla 1.49 (estimación aproximada).*

Para Portugal: Fertility and Family Survey (FFS) 1997;  
 tabla 12, tablas estándares de países  
 [en línea]; descargadas el 4 de abril de 2008 desde  
[http://www.unece.org/pau/ffs/f\\_h\\_151b.htm](http://www.unece.org/pau/ffs/f_h_151b.htm). ND: No disponible.

**Gráfico 2**  
**América Latina, (países seleccionados), madres adolescentes**  
**(15-19 años de edad) según número de hijos tenidos (estructura**  
**relativa). Censos de la ronda de 1990 y 2000**



Fuente: procesamientos especiales bases de microdatos censales con REDATAM

### Encuestas especializadas

A grandes rasgos, tres tipos de encuestas caben en este componente: a) las que corresponden a programas mundiales como las Demographic and Health Surveys (DHS; [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)) –y su antecesor la World Fertility Survey (WFS)– o las International Reproductive Health Surveys (IRHS, [www.cdc.gov/reproductivehealth/surveys/](http://www.cdc.gov/reproductivehealth/surveys/))<sup>15</sup>; b) las levantadas por los países sobre temas vinculados con la conducta reproductiva, tales como, salud, SIDA, juventud y adolescencia, calidad de vida, etc. y; c) las encuestas de hogares con propósitos múltiples que, en ocasiones, incluyen módulos de salud que incluyen consultas específicas sobre la salud sexual y reproductiva.

Sin duda, se trata de la fuente más utilizada para el análisis de los comportamientos reproductivos, sus tendencias y determinantes próximos y subyacentes. Además, por la amplia cobertura de países en desarrollo que tienen algunos de estos programas (en particular las DHS), y por su carácter estandarizado, son una fuente idónea para exámenes comparativos. Asimismo, el hecho de que capturen información de los hogares

res –equipamiento, servicios y características del jefe de hogar, que sirven, entre otras cosas, para calcular un índice socioeconómico que permite jerarquizar a todos los hogares y, por ende, hacer estimaciones de diferenciales socioeconómicos de la fecundidad y la mortalidad– y de las mujeres, incluyendo variables intermedias (Bongarts, 1982) y subyacentes, las habilita para proporcionar información relevante para análisis explicativos. Debido a ello, una parte importante de la evidencia que se sistematiza, expone y discute a continuación en este documento proviene de estas encuestas, en particular las DHS, cuyo procesador en línea (Statcompiler) es, por lo demás, muy eficiente.

### **Hipótesis 1: La fecundidad adolescente es la más desligada de la fecundidad total a escala mundial, en particular en América Latina**

Una reciente publicación de Naciones Unidas (United Nations, 2007), ofrece una información muy valiosa para contrastar empíricamente esta hipótesis. Se trata de un estudio sobre los patrones mundiales de fecundidad en los que se entregan las tasas específicas de fecundidad –estimaciones consideradas confiables– para dos momentos del tiempo, a saber, en torno a 1970 y en torno a 2000. En el cuadro 2 se resumen los resultados de la correlación simple entre la tasa global de fecundidad y las tasas específicas de fecundidad. Coeficientes altos y positivos son esperados, porque se trata de una correlación entre el todo (TGF) y sus partes (tasas específicas). En general, se verifica que la tasa más desvinculada es, como planteaba la hipótesis, la del grupo de 15 a 19 años y también se verifica que América Latina presenta una desvinculación significativamente mayor, la que incluso aumenta cuando el análisis se restringe a la definición más tradicional (y más pertinente para este estudio) de la región (20 países). En cambio, no se verifica la predicción de una “desvinculación creciente”; con todo, el incremento de la correlación en el caso de la agrupación de 20 países es más bien marginal en comparación con los otros dos casos expuestos en el cuadro 2 (mundial, y América Latina y el Caribe ampliado a 37 países).

Ahora bien, el gráfico 3 elaborado solo con países con encuestas DHS recientes es mucho más categórico, aunque solo ofrezca una perspectiva transversal. En efecto, la distinción entre América Latina y el resto del mundo del desarrollo es radical. Mientras en los países de África y Asia hay una relación positiva y estadísticamente significativa entre la tasa global de fecundidad y la tasa específica de fecundidad del grupo 15 a 19 ( $r = 0.707$   $p < 0.001$ ), en el caso de América Latina esta correlación es de 0.264, lo que no alcanza para ser significativo a un nivel de significación del 10%. Con todo, si se consideran los 15 países que cuentan con información para fines de la década de 1980 y principios de la década de 2000 (sea

de encuestas o de estadísticas vitales), las correlaciones son más altas y estadísticamente significativas, aunque ahora sí se verifica una tendencia a la baja (“desvinculación creciente”), pues llegan a un coeficiente de correlación simple de 0.59158 (p-value aproximado) = 0.01) a fines de la década de 1980 y a un coeficiente de 0.54665 (p-value aproximado = 0.02) en el primer quinquenio del presente siglo.

En conclusión, dentro del mundo en desarrollo, solo en América Latina sobresale por su baja está en entredicho la vinculación entre fecundidad adolescente y fecundidad total. La información más cabal y reciente (encuestas) sugiere que si bien esta relación aún existe y es positiva, como cabe esperar, ha sido decreciente y está en el borde de la no significación estadística.

**Cuadro 2**  
**Mundo, América Latina y el Caribe a/ y América Latinab/: Correlaciones simples entre las tasas específicas de fecundidad y la tasa global de fecundidad en el mundo, 1970-2000.**

Grupo de edad	Mundial, en torno a 1970	Mundial, en torno a 2000	América Latina y el Caribe (37 países) en torno a 1970	América Latina y el Caribe (37 países), en torno a 2000	América Latina y el Caribe (20 países), en torno a 1970	América Latina y el Caribe (20 países), en torno a 2000
15-19	<b>0,689</b>	<b>0,791</b>	<b>0,627</b>	<b>0,754</b>	<b>0,633</b>	<b>0,668</b>
20-24	0,897	0,914	0,881	0,908	0,893	0,900
25-29	0,964	0,952	0,980	0,939	0,984	0,980
30-34	0,961	0,937	0,955	0,894	0,971	0,909
35-39	0,945	0,943	0,941	0,853	0,969	0,890
40-44	0,913	0,924	0,830	0,802	0,829	0,864
45-49	0,755	0,836	0,570	0,678	0,548	0,712

Fuente: cálculo propios basados en United Nations, 2007.

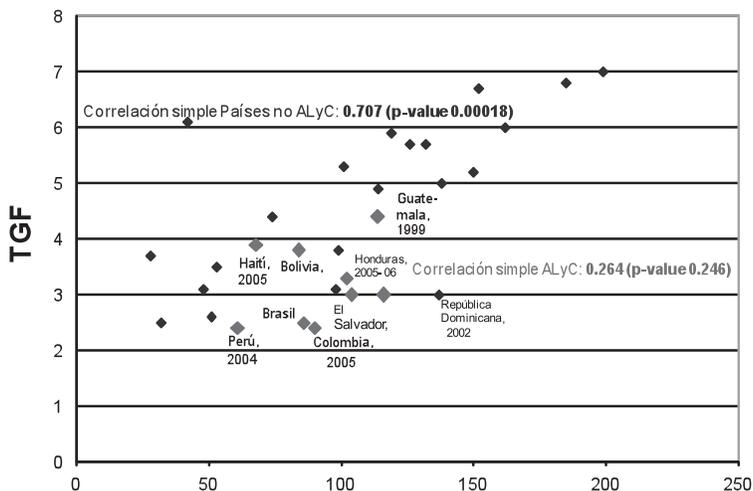
a/ 37 países, incluye casi todos los pequeños estados insulares y países en desarrollo de habla no ibérica en el continente)

b/ 20 países, los 17 de habla ibérica del continente más Cuba, Haití y República Dominicana.

## **Hipótesis 2: la tendencia de la fecundidad adolescente en la región es excepcional**

El cuadro 3 muestra que la **única** gran región del mundo en que hubo un aumento de la fecundidad adolescente en los últimos 30 años del siglo XX fue América Latina y el Caribe y, de hecho, está actualmente solo detrás de África. A principios de la década de 1970, América Latina y el Caribe tenía una TGF 10% superior a la mundial y una tasa de fecundidad adolescente un 7% superior a la mundial. En la actualidad, su TGF está ligeramente por debajo de la mundial, pero su tasa de fecundidad adolescente en un 50% superior que la mundial.

**Gráfico 3**  
**Países seleccionados del mundo: TGF y tasa específica de fecundidad 15-19 años, circa, 2000.**



**f1519**

*Fuente: Encuestas de Demografía y Salud (DHS por su sigla en inglés), usando Statcompiler, [en línea] [www.maesuredhs.com](http://www.maesuredhs.com).*

El cuadro 3 también aporta antecedentes relevantes para entender la desvinculación entre la fecundidad adolescente y la total expuesta en el acápite previo. En particular, el marcado sesgo territorial cultural de la fecundidad adolescente. En efecto, la menor tasa de fecundidad adolescente en la actualidad no está en Europa Occidental sino en Asia Oriental. Por otra parte, África del Norte tiene una fecundidad adolescente menor que la de Estados Unidos. Sin duda, se trata de casos elocuentes que revelan el poder del contexto cultural sobre la sexualidad y las decisiones nupciales de los adolescentes. Ciertamente, en los dos casos retratados la modernización puede socavar los controles tradicionales y si no va acompañada de una secularización institucional y familiar que facilite el control reproductivo por parte de los adolescentes, su efecto final puede ser el aumento de la fecundidad adolescente.

El cuadro 3 también sirve para descartar los determinismos toscos. Es el caso del determinismo cultural simplista que es descartado por el simple hecho que los valores, símbolos y prácticas en América Latina han sido influenciados desde hace 500 años por la matriz cultural latina impuesta por los colonizadores ibéricos, y, sin embargo, sus niveles de fecundidad adolescente han sido y son mucho más elevados que la penín-

sula ibérica. Y también es el caso del determinismo inercial, que tiende a negar la posibilidad de cambio. Como lo revela el caso de Australia, es posible reducir la fecundidad adolescente en países donde esta ha sido muy refractaria al cambio, a diferencia de las otras edades. Se trata de una referencia alentadora para la región, que podría aspirar a reducir sensiblemente la fecundidad adolescente en las próximas décadas, no obstante haber llegado ya a niveles relativamente bajos de fecundidad total.

**Cuadro 3**  
**Grandes regiones y subregiones del mundo: Tasa global e fecundidad y fecundidad adolescente, circa 1970 y circa 2003**

País y región	circa 1970		circa 2003	
	TGF	Tasa 15-19	TGF	Tasa 15-19
<b>MUNDO</b>	<b>4,5</b>	<b>71</b>	<b>2,6</b>	<b>55</b>
Países más desarrollados	2,1	41	1,6	24
Países menos desarrollo (excluidos 2)	5,2	70	2,6	47
Países de menor desarrollo - 2	6,6	150	5,0	130
<b>ÁFRICA</b>	<b>6,7</b>	<b>132</b>	<b>5,0</b>	<b>116</b>
África del Oeste	7,0	126	5,6	120
África Intermedia	6,5	177	6,2	189
África del Norte	6,5	74	3,2	37
África del Sur	5,6	114	2,9	70
África del Este	7,0	172	5,8	147
<b>ASIA</b>	<b>5,0</b>	<b>66</b>	<b>2,5</b>	<b>41</b>
Asia del Este	4,5	35	1,7	2
Asia Central-Sur	5,5	90	3,2	69
Asia del Sudeste	5,6	86	2,5	40
Asia del Oeste	5,7	89	3,2	45
<b>EUROPE</b>	<b>2,2</b>	<b>36</b>	<b>1,4</b>	<b>20</b>
Europa del Este	2,2	36	1,3	28
Europa del Norte	2,1	42	1,7	21
<b>Europa del Sur</b>	<b>2,5</b>	<b>29</b>	<b>1,4</b>	<b>12</b>
Europa del Oeste	1,9	41	1,6	9
<b>AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE</b>	<b>5,0</b>	<b>79</b>	<b>2,5</b>	<b>80</b>
El Caribe	4,4	104	2,6	69
América Central (incluye a México)	6,4	123	2,7	79
América del Sur	4,7	72	2,5	81
<b>AMÉRICA del Norte</b>	<b>2,0</b>	<b>66</b>	<b>2,0</b>	<b>41</b>
Canadá	2,3	42	1,5	14
Estados Unidos de América	2,5	68	2,0	43
<b>OCEANIA</b>	<b>3,2</b>	<b>45</b>	<b>2,4</b>	<b>33</b>
Australia/Nueva Zelanda	2,6	53	1,8	19
Australia	2,9	51	1,8	16
Nueva Zelanda	3,1	62	2,1	27

Fuente: United Nations 2007, [en línea] [www.un.org/esa/population/publications/worldfertility2007/WorldFertilityPatterns%202007\\_UpdatedData.xls](http://www.un.org/esa/population/publications/worldfertility2007/WorldFertilityPatterns%202007_UpdatedData.xls) (on line- 5 de junio de 2008).

### **Hipótesis 3: La tendencia de la fecundidad adolescente en América Latina se debe al aumento de la fecundidad entre los más pobres, que ahora son predominantemente urbanos y escolarizados**

Históricamente la fecundidad adolescente se ha asociado con pobreza. Y no hay estudios que contradigan esta pertinaz vinculación, que ha sido incluida en el denominado “círculo intergeneracional de la pobreza” (Rodríguez y Hopenhayn, 2007: 7). Sin embargo, lo anterior no significa que las madres adolescentes actuales respondan al mismo perfil de antaño, vale decir, rurales y con poca o nada de escolaridad. Lo anterior porque las sociedades han cambiado –más concretamente, se han urbanizado y la educación se ha expandido– y porque los efectos paradójales de la modernización han hecho que la protección brindada por los contextos urbanos y la educación se haya devaluado, como se planteó en el acápite previo.

El examen comparado de los gráficos 4, 5 y 6, permite objetivar, precisar y también reconocer matices relativos al planteamiento anterior. El gráfico 4, en primer lugar, muestra que la maternidad adolescente ha aumentado en todos los grupos educativos y en todos los países (con la excepción de Nicaragua y de Bolivia, salvo en el caso de las adolescentes sin educación); por cierto esto se contrapone con una evolución mucho más matizada de los totales nacionales, en que empatan los países que suben con los que bajan. Lo que hay detrás de esta aparente contradicción es el “efecto de composición” ya mencionado. Esto se confirma con el gráfico 5, que muestra que en todos los países aumentó de manera significativa la proporción de muchachas con educación secundaria o superior (las de menor maternidad adolescente). Tal incremento contrarrestó esta alza generalizada de la maternidad adolescente en cada grupo educativo y permitió, incluso, que algunos países exhibieran descensos del promedio nacional de este indicador. Cualquiera sea el caso, la conclusión del examen de ambos gráficos es todavía más categórica que la expuesta previamente: de no ser por el cambio de composición educativa, la maternidad adolescente habría aumentado en todos los países expuestos en los gráficos.

De hecho, esto último se puede cuantificar tipificando la estructura educativa, lo que permite una estimación –gruesa (porque solo controla un factor, el educativo) y estática (porque no considera efectos interactivos)– del impacto del cambio en la composición educativa de las adolescentes sobre los niveles de reproducción temprana. Asimismo, el uso de este recurso metodológico hace posible elaborar un nuevo ranking del índice de maternidad adolescente, controlando el diferencial de estructura educativa de los países. En el cuadro 4 se aprecian los resultados de la tipificación. Es evidente que de no ser por el avance de la escolaridad

en los últimos 15 años, los índices de maternidad temprana serían bastante mayores a los observados, y llamativamente en los países que más aumentó la fecundidad adolescente es justamente donde el efecto “defactor” del avance educativo sobre la fecundidad adolescente fue más intenso. Más concretamente, si en Brasil y en Colombia se hubiese mantenido la estructura educativa de las adolescentes entre mediados de la década de 1980 y mediados de la década de 1990 (Brasil) y 2005 (Colombia), en ambos países sus niveles recientes de maternidad adolescentes serían casi tan altos como los de África Central. En el caso de las comparaciones internacionales, nuevamente Colombia aparece “castigada”, ya que sería el país con la tasa de maternidad temprana más elevada si la estructura educativa fuese la misma en todos los países expuestos en el cuadro.

**Cuadro 4**  
**América Latina y el Caribe (países y fechas seleccionados):**  
**evolución del porcentaje de adolescentes madres o embarazadas**  
**por primera vez: valores observados y tipificados**

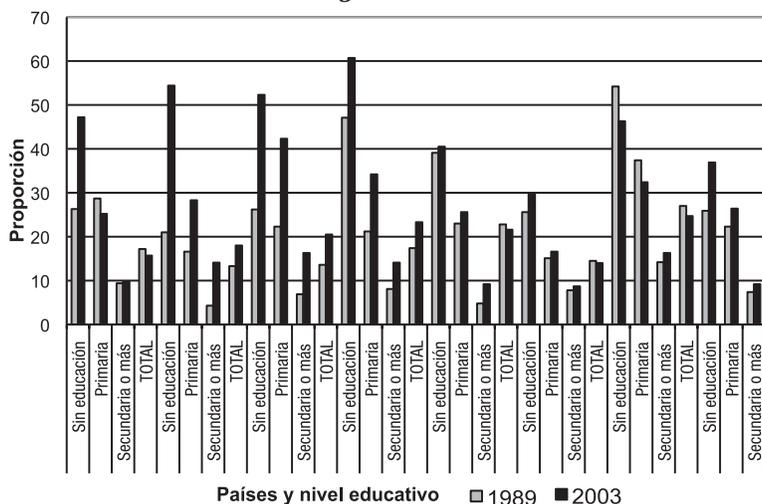
País	Año	Porcentaje observado	Porcentaje tipificado (controla el cambio de estructura en el tiempo de cada país)	Diferencia (tipificado-observado)	Porcentaje tipificado (controla la diferencias de estructura educativa entre países)	Diferencia (tipificado-observado)
Bolivia	1989	17,2	-	-	17,2	0,0
	2003	15,7	17,0	1,3	17,0	1,3
Brasil	1986	13,3	-	-	9,5	-3,8
	1996	18,0	25,0	7,0	21,0	3,0
Colombia	1986	13,6	-	-	13,4	-0,3
	2005	20,5	27,6	7,1	27,3	6,8
República Dominicana	1986	17,4	-	-	14,5	-2,9
Guatemala	2002	23,3	28,0	4,7	23,4	0,1
	1987	22,8	-	-	12,9	-9,9
	1998/99	21,6	25,5	3,9	16,5	-5,1
Haití	1994/95	14,5	-	-	11,2	-3,3
	2005	14,0	16,2	2,2	12,5	-1,5
Nicaragua	1997/98	27,0	-	-	24,4	-2,6
	2001	24,7	25,3	0,6	23,4	-1,3
Perú	1986	12,7	-	-	13,6	0,9
	2000	13,0	15,4	2,4	16,7	3,7

*Fuente: cálculo propios, basados en el procesamiento en línea de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), usando Statcompiler, [en línea] [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com), Nota: para tipificar se usaron las estructuras según nivel educativo de las adolescentes que entrega el Statcompiler de DHS (las tres categorías que se muestran en el gráfico 5). En el caso del control intertemporal de cada país, se mantuvo constante la estructura educativa de la DHS inicial. En el caso del control entre países, se mantuvo constante la estructura de Bolivia 1989.*

Por otra parte, una segunda lectura del gráfico 5 permite dos conclusiones adicionales. La primera es que efectivamente las madres adolescentes actuales se están apartando de la imagen tradicional, y que era válida en la década de 1980, de un grupo marcado por la baja o nula educación. Particularmente llamativos son los casos de Brasil y Colombia, donde la mayor parte de las madres adolescentes tiene educación secundaria. La segunda conclusión es que efectuar un seguimiento de este indicador usando una segmentación como la educativa introduce sesgos por el cambio en el peso relativo de cada subgrupo en el tiempo.

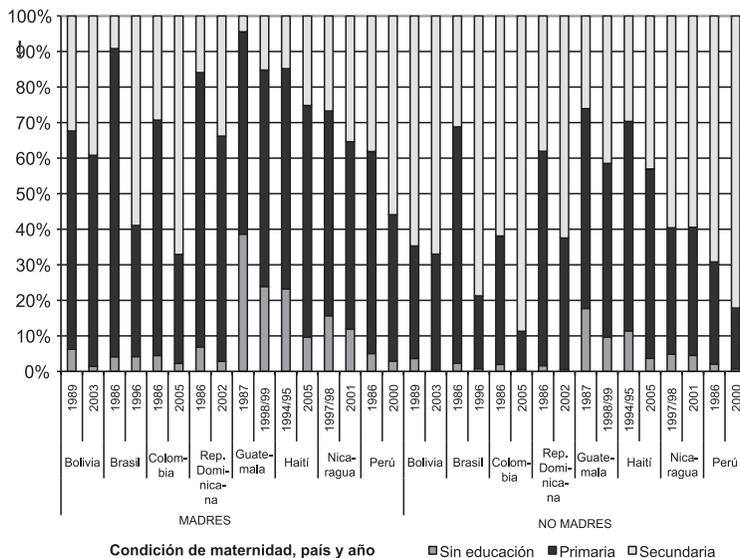
Este problema ya fue descrito y examinado en CEPAL, 2005 y se concluyó que la única manera de hacer un examen riguroso de la evolución de la desigualdad social en materia de reproducción temprana era usar como segmentación social cuantiles de alguna variable socioeconómica cuantitativa. Y al hacerlo se obtienen los resultados del gráfico 6, que confirman la hipótesis de que la fecundidad adolescente está aumentando básicamente por un aumento entre los grupos más pobres.

**Gráfico 4**  
***América Latina y el Caribe (países y fechas seleccionados): Evolución del porcentaje de adolescentes madres o embarazadas por primera vez según nivel educativo***



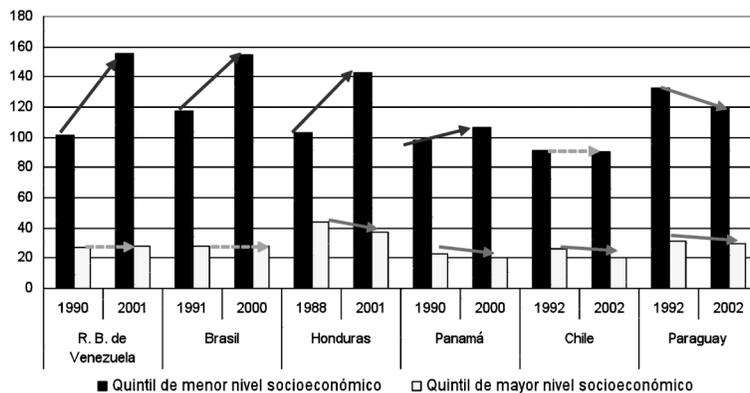
Fuente: procesamiento en línea de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), usando Statcompiler, [en línea] [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com), 02/07/2008, 17:30.

**Gráfico 5**  
**América Latina y el Caribe (países y fechas seleccionados):**  
**Evolución de la estructura educativa de las adolescentes según**  
**condición de maternidad**



Fuente: procesamiento en línea de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), usando Statcompiler, [en línea] [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com), 04/07/2008, 18:00

**Gráfico 6**  
**América Latina (países seleccionados): Tasa de fecundidad**  
**adolescente (por mil) en estratos socioeconómicos extremos:**  
**zonas urbanas de seis países latinoamericanos,**  
**censos de las rondas de 1990 y de 2000**



Fuente: Rodríguez y Hopenhayn 2007, p. 8.

#### **Hipótesis 4: la tendencia de la fecundidad adolescente es el resultado de un síndrome de modernidad sexual y social truncada**

Como se planteó en el marco conceptual, la hipótesis dominante es que la modernización sociocultural tiende a adelantar la iniciación sexual. Esto último no era del todo claro a fines de la década de 1990 (Bozón, 2003; Guzmán y otros, 2001). Sin embargo, los datos del cuadro 5 son contundentes al respecto. Dado que el promedio de edad de estas iniciaciones es un indicador sesgado (por la exclusión de las no iniciadas), y que la mediana puede no alcanzarse dentro de las adolescentes al momento de la encuesta, en el cuadro 5 se presenta una dupla de indicadores que examinados en conjunto proporcionan una información poderosa. Se trata de las iniciadas (sexual y nupcialmente) de manera precoz (antes de los 15 años) y de la proporción de “aún no iniciadas” (sexual y nupcial) dentro de las adolescentes. Sumadas no hacen 100% porque falta un subgrupo que son las iniciadas después de los 15 años de edad entre las adolescentes al momento de la encuesta, pero, por lo mismo, este valor está determinado por los otros dos.

Si bien los niveles de la región en los dos indicadores de iniciación sexual están por debajo de los promedios africanos, el factor de distinción es su tendencia, porque en otras latitudes del mundo en desarrollo<sup>16</sup> el adelantamiento de la iniciación sexual es excepcional, mientras en la

región es la regla. Lo especial del caso latinoamericano es que también se adelanta la iniciación de la unión, algo no anticipado por ninguna teoría y que parece ser muy excepcional en otras regiones del mundo. De esta manera, la región se sitúa nuevamente después de África (donde algunos países subsaharianos registran un 15% o más de las mujeres unidas antes de los 15 años), y bastante por encima del resto de las regiones en desarrollo (con la excepción de Bangladesh, cuyo patrón de unión temprano es clave para sus elevados índices de fecundidad adolescente).

La combinación del adelantamiento de la menarquia<sup>17</sup> con la iniciación sexual y de la unión más temprana, es un factor que determina una creciente exposición al riesgo de embarazo en la adolescencia. El único “antídoto” que la sociedad puede ofrecer para que lo anterior no se transforme en un alza de la reproducción temprana es el acceso a anticonceptivos. Y en este aspecto es donde la modernidad de la región queda trunca, todavía.

En efecto, en los países desarrollados (en particular Europa Occidental), **la actividad sexual en la adolescencia se inicia y luego se continúa bajo condiciones de protección anticonceptiva.**<sup>18</sup> No es el caso de la región y eso explica la enorme diferencia entre ambas situaciones. Cualquiera sea el indicador de uso de anticonceptivos que se use<sup>19</sup>, la región está muy por detrás de los niveles de uso entre adolescentes que se observan en los países desarrollados. En suma, esta brecha entre una iniciación sexual que se adelanta y un uso de anticonceptivos entre las adolescentes sexualmente activas que aún está lejos de ser generalizado, explica simultáneamente la elevada fecundidad adolescente en la región y el contraste con la baja fecundidad temprana de los países desarrollados.

Ahora bien, una inspección más detallada de las cifras disponibles (cuadro 6) obliga a algunas precisiones que tienen implicaciones directas y cruciales en materia de políticas.

En primer lugar, aunque en el análisis comparado del uso de anticoncepción en la adolescencia la región está rezagada respecto de los países desarrollados, tiene niveles de uso de anticonceptivos modernos superiores a los promedios de otras regiones del mundo en desarrollo. Esto sugiere que los altos niveles de fecundidad adolescente en la región no se deben a que la anticoncepción sea particularmente baja entre las adolescentes, en el marco de las regiones en desarrollo, sino a que es insuficiente, inoportuna o irregular para el patrón de iniciación sexual de las nuevas generaciones. Y como este último patrón está tendiendo al europeo, lograr niveles de fecundidad bajos como en Europa Occidental, requiere de un nivel de uso de anticonceptivos similar al europeo, es decir, mucho más alto, equitativo y sistemático que el actual.

**Cuadro 5**  
**Grandes regiones del mundo en desarrollo (países y fechas seleccionados), mujeres de 15 a 19 años: evolución de la situación de iniciación sexual (antes de los 15 años y aún no iniciadas) y nupcial (antes de los 15 años y nunca unidas)**

Grandes regiones del mundo, país y año de referencia	Primera relación sexual		Primera unión		Grandes regiones del mundo, país y año de referencia	Primera relación sexual		Primera unión	
	Antes de los 15 años	Virgen	Antes de los 15 años	Jamás unidas		Antes de los 15 años	Virgen	Antes de los 15 años	Jamás unidas
<b>Africa Subsahariana</b>					<b>Africa del norte/Asia Occidental</b>				
Burkina Faso 1992/93	12,7	45,9	7,9	55,4	Egipto 1988	-	-	3,8	84,5
Burkina Faso 2003	7,3	51,6	4,2	67,7	Egipto 2005	-	-	1	87,5
Camerún 1991	23,6	31,5	16,2	55,8	Jordania 1990	-	-	1,1	89,4
Camerún 2004	18	45,3	11,2	66,8	Jordania 2002	-	-	0,6	93,8
Chad 1996/97	21,9	45,2	18,6	51,4	Marruecos 1987	-	-	2,8	87,7
Chad 2004	19	51,4	17,9	54,7	Marruecos 2003-2004	-	-	1,6	89
Eritrea 1995	18,5	62,4	20	62,4	<b>Sur y Sudeste Asiático</b>				
Eritrea 2002	8,8	67,6	8,5	69	Bangladesh 1993/94	-	-	29,8	50,5
Ghana 1988	12,7	50,1	5,8	75,6	Bangladesh 2004	-	-	26,3	52,1
Ghana 2003	7,4	61	2,5	86,3	Indonesia 1987	4,2	83,1	4,4	82,5
Kenia 1989	14,3	53,7	3,4	79,8	Indonesia 2002/2003	2,8	85,5	2,8	85,4
Kenia 2003	14,5	57,9	3,5	79,7	Filipinas 1993	0,8	91,9	0,7	92,2
Madagascar 1992	17,7	46,8	7,9	73,3	Filipinas 2003	1,4	89,5	1,2	90,6
Madagascar 2003/04	16	45,1	8,8	67	<b>América Latina y el Caribe</b>				
Mali 1987	23,5	26,7	29,7	24,6	Bolivia 1989	5,1	74,7	1,8	<b>85,7</b>
Mali 2001	26	36,2	19,4	51,4	Bolivia 2003	6,2	72	2,4	<b>87,6</b>
Niger 1992	29,8	39,1	31,2	41,4	Brasil 1986	5,3	80,2	2,6	85,3
Niger 2006	25,7	38,9	28	39,3	Brasil 1996	11,5	67,2	4,3	83,2
Rwanda 1992	2,1	85,5	0,6	90,2	Colombia 1986	4,3	79,8	2,5	85,8
Rwanda 2005	5,2	87,9	0,2	97,1	Colombia 2005	13,7	56,2	4,5	82,8
Tanzania 1992	11,4	48,6	3,7	71,7	República Dominicana 1986	7,2	75,8	5,7	78,2
Tanzania 2004	11,4	50,6	4,6	72,1	República Dominicana 2002	12,8	63,5	10,4	70,5
Uganda 1988	26,4	37,7	11,6	59,2	Guatemala 1987	<b>9,3</b>	<b>71</b>	<b>7,4</b>	<b>73,8</b>
Uganda 2006	11,8	57	3	77,6	Guatemala 1998/99	<b>8,3</b>	<b>72,6</b>	<b>6,8</b>	<b>73,9</b>
Zambia 1992	19,4	39,5	4,2	70,4	Haiti 1994/95	8,4	71	3	83,1
Zambia 2001/02 <sup>(1)</sup>	17,5	42,7	4,9	73	Haiti 2005	15,3	59,4	5,6	80,7
Zimbabwe 1988	6,7	67,5	3,7	80,2	Perú 1986	5,2	82,2	2,4	87,2
Zimbabwe 2005/06	4,9	67,9	2,6	76,2	Perú 2000	5,1	77,8	2,1	<b>88,7</b>

Fuente: procesamiento en línea de las Encuestas de Demografía y Salud, usando Statcompiler, [en línea] [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com), 19/03/2008, 16:30.

Nota: en negrita casos de América Latina que se apartan de la tendencia general de la región (sea porque alguno de los dos indicadores sugiere que se atrasa la iniciación sexual o la nupcial (o ambas)).

**Cuadro 6**  
**América Latina y el Caribe (países y fechas seleccionadas):**  
**evolución del uso de anticonceptivos modernos entre**  
**las adolescentes (alguna vez unidas o unidas dependiendo**  
**de la encuesta)**

País y año	Usa actualmente un método moderno <sup>a/</sup>
Bolivia 1989	2,5
Bolivia 2003	26,3
Brasil 1986	44,1
Brasil 1996	47,2
Colombia 1986	21,2
Colombia 2005	47,1
Ecuador, 1987	11,6
Ecuador, 2004	46,9
El Salvador, 1985	20,5
El Salvador, 2002/03	40,7
Guatemala 1987	2,5
Guatemala, 2002	18,3
Haití 1994/95	7,7
Haití 2000	9,2
Honduras, 1996	17,8
Honduras, 2001	32,2
Nicaragua 1992/93	20,7
Nicaragua 2001	53
Paraguay, 1990	26,3
Paraguay, 2004	47,6
Perú 1986	10,2
Perú 2004	40,1
República Dominicana 1986	20
República Dominicana 2002	37,6

*Fuente: procesamientos en línea de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), usando Statcompiler, [en línea] [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com). Para Ecuador 2004, Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social y otros 2005, p. 113, cuadro 7.6; para El Salvador 2002/03, Asociación Demográfica Salvadoreña y otros 2004, p.91, tabla 5.8; para Guatemala 2002, Instituto Nacional de Estadísticas de Guatemala y otros 2003, p.85, cuadro 5.7; para Honduras 1996, Honduras, Ministerio de Salud Pública y Asociación Hondureña de Planificación de la Familia 1997, p. 108, cuadro 5-10; para Honduras 2001, Honduras, Ministerio de Salud Pública y Asociación Hondureña de Planificación de la Familia 2002, p. 87, cuadro 5-10; para Nicaragua 1992/93, PROFAMILIA 1993, p. 150, cuadro 4-14; para Paraguay 2004, CEPEP 2005, p. 122, cuadro 5.8.*

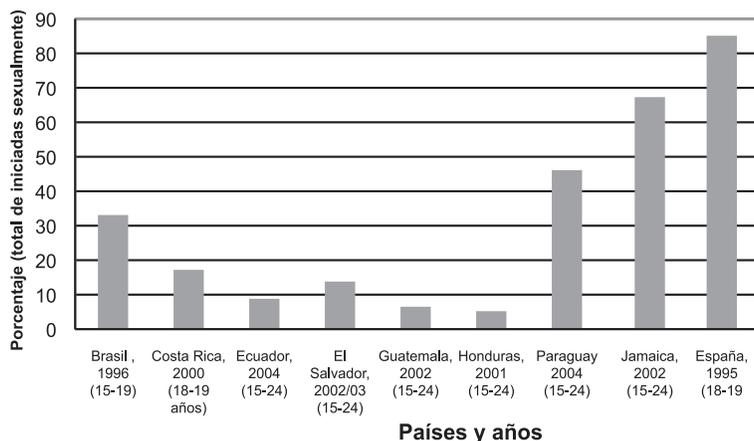
a/ En los casos de Ecuador 2004, El Salvador 2002/03, Honduras 1996, Honduras 2001, Nicaragua 1992/93 y Paraguay 2004, la cifra considera sólo las mujeres casadas o unidas, no las alguna vez unidas. En los casos de Honduras 1996 y Honduras 2001, se excluye la categoría “otros métodos anticonceptivos” debido a que no se definen cuáles son estos.

En segundo lugar, y en diálogo con la conclusión anterior, la evidencia disponible sugiere que el aumento de los indicadores tradicionales de uso de anticonceptivos (usó alguna vez o usa actualmente), no logra captar la efectividad del mismo. De hecho, si se consideran el conjunto de encuestas DHS e IRHS de las últimas dos décadas se verifica que en todos los países aumentó significativamente la proporción de usuarias actuales de anticonceptivos modernos entre las adolescentes algunas vez unidas (cuadro 6), es decir, una fracción importante de las que han estado expuestas al riesgo de embarazo. Y, por cierto, este aumento fue concomitante con la resistencia a la baja de la fecundidad adolescente antes descrita. Esta aparente paradoja se explica por varias razones. Una de ella ya ha sido subrayada, y es que el aumento del uso de anticonceptivos ha sido neutralizado, parcial o totalmente, por el adelantamiento de la edad de iniciación sexual.

Sin embargo, hay otras tres razones que cabe destacar por sus implicaciones metodológicas y de política. La primera es que este indicador no da cuenta de la “trayectoria anticonceptiva”. Y esto significa que es insuficiente para saber el grado de protección de la primera relación sexual (o durante el conjunto de la vida sexual). La segunda, vinculada a la anterior, es que tal aumento perfectamente puede deberse a una ampliación del uso entre las que ya han sido madres, con lo cual se logra el objetivo de controlar la intensidad reproductiva, pero no de evitar la reproducción temprana. Y el tercero es que, sobre todo en la adolescencia, la declaración de uso actual no es homologable a “uso regular y eficiente”.

Respecto de la primera razón la evidencia disponible es clara: aún una fracción mayoritaria de las y los adolescentes se inicia sin protección, lo que genera una alta exposición al riesgo de embarazo. Y si bien ha habido un aumento de las iniciaciones protegidas, los índices actuales en la región están muy lejos de los observados en los países desarrollados (gráfico 7).<sup>20</sup>

**Gráfico 7**  
**América Latina y el Caribe (algunos países) y España:**  
**uso de anticonceptivos modernos en la primera relación sexual,**  
**mujeres adolescentes y jóvenes**



*Fuente: Brasil: procesamiento base de datos DHS, 1996; Costa Rica: Chen y otros, 2001, p. 102, cuadro 17; El Salvador: Asociación Demográfica Salvadoreña y otros 2004, pp. 200-201 (cálculo ponderado tablas 9.12 y 9.13); Paraguay: CEPEP 2005, p. 180, cuadro 7.10 (solo relaciones premaritales); Honduras: Ministerio de Salud Pública y Asociación Hondureña de Planificación de la Familia 2002, p. 153, cuadro 7-10; Ecuador: Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social y otros 2005, p. 329, cuadro 14.13 [en línea], [http://www.cepar.org.ec/endemain\\_04/nuevo05/pdf/tablas/14\\_actsexual.pdf](http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/tablas/14_actsexual.pdf); Jamaica: Jamaica Reproductive and Health Survey, 2002, Highlights, Table 11.4.1 y 11.4.2 (todos los medios de anticoncepción). [www.cdc.gov/reproductivehealth/Surveys/Jamaica\\_LD.htm#Figure12](http://www.cdc.gov/reproductivehealth/Surveys/Jamaica_LD.htm#Figure12); España: FFS, tabla 21 [en línea], [http://www.unece.org/pau/ffs/f\\_h\\_151b.htm](http://www.unece.org/pau/ffs/f_h_151b.htm).*

Respecto de la segunda, el cuadro 7 evidencia que entre las adolescentes algunas vez unidas predomina la combinación de no uso de anticoncepción o uso posterior al primer hijo. Solo en Colombia y en Brasil la mayoría de estas adolescentes ha comenzado a usar anticoncepción cuando aún no tenía hijos. Las cifras del cuadro 7 sugieren que las adolescentes madres tienen mayor acceso a la anticoncepción; si bien esto evita embarazos adicionales que complicarían aún más su situación, también sugiere un sesgo adverso en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva a las adolescentes nulíparas sexualmente activas. Lo anterior asociado a la combinación de fenómenos de: a) estigma social, que inhiben a las muchachas para solicitar estos servicios; b) negación o rechazo familiar, que puede ser una barrera infranqueable basada en brechas generacionales u otros mecanismos culturales; c) restricción administrativa,

que limitan la posibilidad de los adolescentes de solicitar directa y confidencialmente los servicios; y d) falta de pertinencia de los programas existentes, que no logran atraer a los y las adolescentes, los cuales requieren un trato diferente a los otros grupos de edad.

### Cuadro 7

**América Latina y el Caribe (países y fechas seleccionados):  
uso de anticonceptivos entre adolescentes alguna vez unidas según  
número de hijos que tenía la primera vez que usó anticonceptivos**

País y año de la encuesta	Nunca ha usado	Sin hijos	1 hijos
Bolivia 2003	33,7	35,4	30,9
Brasil 1996	16,4	59,2	24,4
Colombia 2005	13,5	58,2	28,3
República Dominicana 2002	24,9	46	29,1
Guatemala 1998/99	73,3	11,2	15,5
Haití 2005	43,8	39,3	16,9
Honduras 2005	28,8	41,2	30
Nicaragua 2001	26,2	40,9	32,9
Perú 2000	28,8	35,3	35,9

*Fuente: procesamiento en línea de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), usando Statcompiler, [en línea] [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com), 19/03/2008, 18:30.*

Ahora bien, las cifras de Colombia y Brasil introducen algunas sombras sobre la real efectividad de la anticoncepción usada por las adolescentes en la región. En efecto, en ambos países los índices de iniciación anticonceptiva en condición de nuliparidad han aumentado hasta situarse entre los niveles más altos de la región y, sin embargo, la fecundidad adolescente en ellos ha estado aumentando y actualmente no es particularmente baja. Ciertamente, lo anterior puede explicarse por el tercer factor antes mencionado, cual es que los y las adolescentes tienen menos pericia, experiencia y madurez para el uso de anticonceptivos y todo ello redundando en una menor eficiencia de los mismos. Aunque hay evidencia que apoya este planteamiento (Rodríguez y Hopenhayn, 2007; Breinbauer y Maddaleno, 2005; Silber y Castells, 2003; Guzmán y otros, 2001), no hay espacio para considerar estas peculiaridades como insuperables. De hecho, la experiencia de España y Portugal es elocuente respecto de las capacidades que tienen los adolescentes para evitar embarazos no deseados mediante una protección anticonceptiva cabal, en particular cuando el entorno social y el familiar, así como las instituciones de salud, les dan espacio y medios para decidir.

Finalmente, cuando las dos variables intermedias que han sido relevadas en este capítulo (la edad de iniciación sexual y la protección anticonceptiva) se desagregan según situación socioeconómica (medida por nivel educativo), se advierte que las y los adolescentes con menos recur-

Los adolescentes están frente a una “acumulación de factores de riesgo”, pues se inician más temprano y registran niveles de protección anticonceptiva mucho menores (cuadro 8). Mientras esta situación persista, es altamente probable que la trayectoria reproductiva y, en general, la trayectoria vital de los adolescentes mantenga la segmentación socioeconómica actual. Y esto contribuirá a la reproducción de las desigualdades socioeconómicas, así como a la intensificación de la experiencia de ejercicio desigual de derechos por parte de las nuevas generaciones.

**Cuadro 8**  
**América Latina y el Caribe (países y fechas seleccionados):**  
**Evolución de indicadores de iniciación sexual y de uso**  
**de anticonceptivos según condición socioeconómica**

País y año	Edad mediana iniciación sexual (grupo de edad 20 a 24 años)			% de usuarias actuales de anticonceptivos modernos (adolescentes unidas)		
	Sin educación	Primaria	Secundaria o más	Sin educación	Primaria	Secundaria o más
Bolivia 1989	18.8	17.9	a	2.4	9.1	23.8
Bolivia 2003	17.2	17.3	19.8	17.8	30.2	46.4
Brasil 1986	17.9	19.3	a	39.5	57.7	61.2
Brasil 1996	15.6	18	19	56.6	66.1	75
Colombia 1986	17.8	17.9	a	42.8	49.2	60.2
Colombia 2005	16.1	16.2	18.1	57.4	67.5	69.1
República Dominicana 1986	15.6	17.5	a	32.4	46.7	49.6
República Dominicana 2002	15.2	16.2	19.8	62	66.4	65.5
Guatemala 1987 <sup>b</sup>	17	18.3	a	8.6	24.3	46.2
Guatemala 1998/99	16.9	18.4	a	16	31.3	53.6
Haití 1994/95	17.5	18.5	20	8.4	15.2	23.2
Haití 2000	16.3	17	18.4	19.4	23.1	29.7
Nicaragua 1997/98	16.3	16.7	a	44.6	57.4	63.9
Nicaragua 2001	15.8	16.8	19.7	50.4	69.8	69.4
Perú 1986	18.5	18.2	a	7.6	17.1	35.7
Perú 2000	17.5	17.4	a	33	43.8	57.1

*Fuente: procesamiento en línea de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), usando Statcompiler, [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com), 03/04/2008, 17:30.*  
a: menos del 50% se ha iniciado.

En suma, la hipótesis de la modernidad sexual truncada es fuertemente apoyada por los datos disponibles. Por su parte, la hipótesis de la modernidad social truncada tiene un carácter más general y abordarla en su plenitud es imposible en el contexto de este documento. Sin ofrecer un análisis empírico detallado –que no obstante está expuesto en CEPAL,

2004, texto en el cual se enuncian un conjunto de tensiones y paradojas que dan cuenta de la magnitud y profundidad de esta modernidad social truncada para los jóvenes—, esta se expresa con particular fuerza en la disociación entre un creciente acceso a la educación y una creciente restricción en materia de movilidad social y oportunidades. Lo anterior genera condiciones de exclusión concretas y, por ello, una sensación de fatalismo e impotencia que dificulta la construcción de un proyecto personal que suponga la acumulación de acreditaciones, la planificación a mediano plazo y la postergación de la gratificación. Tarde o temprano esto retroalimenta críticamente a la educación recibida, que pasa a ser considerada como inútil para la obtención de ingresos o la movilidad social. Y la combinación de este descrédito —que tiene, por cierto, bases objetivas vinculadas con la calidad inferior de la educación que reciben los pobres— con el conocimiento intersubjetivo sobre las incertidumbres y pocas oportunidades que ofrece el futuro para los pobres, erosiona severamente la proyección biográfica “moderna”, que incluye la postergación de la reproducción hasta la conclusión de un ciclo previo de formación o incluso experimentación del mundo.

En este marco, y en un contexto asociado de factores culturales y psicosociales que amortiguan el impacto que objetivamente tiene la reproducción temprana sobre los progenitores adolescentes —tales como la red familiar y comunitaria<sup>21</sup>— y en un medio en el que la experiencia previa de maternidad temprana está muy presente (González y Molina, 2007; Flórez y Núñez, 2003; Guzmán y otros, 2001; Buvinic, 1998), para una parte significativa de los y las adolescentes tener un hijo antes de los 20 años no es un factor que genere gran desbarajuste. Más aún, en algunos casos la maternidad puede constituir un hito creador de sentido y de proyecto de vida. Por cierto, lo anteriormente expuesto en modo alguno exime de efectos adversos a la reproducción temprana. Claro está que habrá casos individuales en que estos no operarán, así como contextos culturales en donde no tendrán sentido (en particular grupos indígenas aislados o cerrados), pero salvo estas excepciones, la reproducción adolescente acarrea, a lo menos, complicaciones para los progenitores, su prole y, cada vez más, los abuelos de esta última. A todo lo anterior habría que añadir el impacto intergeneracional que significan las precarias condiciones en que vienen al mundo muchos hijos/as de madres adolescentes.

### **Reflexión final: insumos y desafíos de investigación y de política<sup>22</sup>**

La resistencia a la baja en la reproducción en la adolescencia, junto a todos los problemas que conlleva, desafía a las políticas públicas: delata debilidades de diagnóstico y fracasos programáticos, al tiempo que claramente muestra la necesidad de criterios transversales y comple-

mentariedad en campos diversos de intervención. En tal sentido, al menos en cuatro ámbitos hay espacio para las políticas públicas.

El primero es el de la subjetividad adolescente, quienes por estar en pleno proceso de maduración y definición de identidad, y en una fase experimental y de despertar sexual, encuentran más dificultades para ejercer dominio estratégico en este plano o negociar con sus parejas las decisiones sobre actividad sexual y prevención de embarazos. Por lo mismo, las intervenciones deben apuntar a fortalecer la capacidad de reflexión, control y negociación de los y las adolescentes para evitar conductas de riesgo, ya sea mediante la abstinencia sexual o el uso de anticonceptivos. Esta capacidad se puede formar mediante una variedad de programas de sensibilización, que incluyen talleres para adolescentes, propaganda y sensibilización de otros actores cercanos; y también la transmisión de estas actitudes y conocimientos en los servicios de educación (el colegio) y salud (hospitales y consultorios). En este sentido, es imprescindible que los adolescentes conozcan su derecho a la salud reproductiva y puedan exigir su cumplimiento.

El segundo es el de la ambivalencia cultural que deriva del choque entre una creciente liberalización sexual que atañe a todas las edades –y que se expresa tanto en los códigos de conducta y comportamientos efectivos como en los mensajes y símbolos predominantes– y una persistente negación de autonomía en materia sexual para los adolescentes. Esto conformaría un síndrome de “modernidad sexual truncada” que promueve el ocultamiento de las relaciones sexuales y limita el acceso a información y servicios relevantes para la prevención de embarazos no deseados. La principal orientación de política de esta materia apunta a reconocer a los adolescentes como sujetos sexualmente activos y remover los obstáculos culturales y familiares que dificultan el ejercicio de una sexualidad segura desde la primera relación. Para esto es posible movilizar a los medios de comunicación de masas, programas comunitarios que apuntan a la comunicación familiar, y la promoción de servicios y de leyes de apoyo a las adolescentes, que constituyen siempre una señal a las familias sobre la importancia de transparentar el tema. Respecto de esto último, una familia presente, activa, dialogante, empática con la situación de los adolescentes de hoy y capaz de especificar límites y enfrentar constructivamente sus conflictos, suele ser un factor protector frente al embarazo temprano, sea porque contribuye a postergar la iniciación sexual o porque facilita una iniciación protegida.

El tercer ámbito atañe a las oportunidades de formación educativa y de integración productiva para los y las adolescentes. La escasez de oportunidades, que afecta a la mayoría de las y los adolescentes pobres de la región, puede llevarlos a considerar que la maternidad temprana queda como único proyecto de vida en que puedan afirmar autonomía, encontrar sentido y transitar a la adultez. Así, aunque sea de manera in-

directa y de efecto más tardío, ampliar las opciones que dan sentido de futuro a los y las adolescentes es una política clave para reducir la reproducción temprana en la región. Dos son las intervenciones más importantes y sistémicas en este sentido. La primera es al interior del sistema educativo, y apunta a mejorar las condiciones tanto de oferta como de demanda para que los y las adolescentes de sectores más pobres permanezcan en las escuelas, y tengan una progresión oportuna según la edad. En ese sentido, permanecer en la escuela y evitar el rezago blindada fuertemente a las adolescentes frente al riesgo o al deseo de embarazo. La segunda intervención se refiere a las oportunidades de capacitación laboral y tránsito del colegio al trabajo, que debieran intervenir precisamente en los años finales de la adolescencia.

El último ámbito refiere a los sesgos institucionales y sectoriales adversos a los adolescentes, en particular en el sector de la salud. En efecto, los programas de salud sexual y reproductiva para adultos se basan en supuestos de sistematicidad, autonomía y madurez que no se cumplen en el caso de los adolescentes. La ausencia de programas preventivos que consideren atención especializada, intervenciones integrales (incluyendo consejería) y principios de confidencialidad mantiene alejados a los adolescentes de los servicios oficiales. Reglamentaciones y dispositivos institucionales inapropiados (porque los tratan con desdén, porque les imponen horarios o condiciones difíciles, etc.) desalientan a los adolescentes a usar tales servicios. En este plano operan las reformas legales, institucionales y programáticas tendientes a brindar una atención de salud sexual y reproductiva oportuna, especializada, con confidencialidad, eficiente y sensible a los y las adolescentes.

## Notas

<sup>1</sup> Centro Latinoamericano y Caribeño de Población (CELADE)-División de Población de la CEPAL, asistente de investigación, Área de Población y Desarrollo.

<sup>2</sup> Sobre definiciones de adolescencia y subetapas dentro de ella ver: Zubarew y otros, 2003; Dulanto 2000; Breibauer y Maddaleno, 2005. En esta última publicación se propone una nueva tipología de cuatro fases (incluye una de preadolescencia), siendo las fronteras etarias de cada una diferentes entre hombres y mujeres.

<sup>3</sup> Por cierto, el escenario institucional actual no es necesariamente uniforme porque las distintas instituciones sociales (familia, iglesia, escuela, Estado, etc.) se aproximan de manera diferenciada al tema.

<sup>4</sup> No obstante el amplio consenso sobre las complicaciones que acarrera la reproducción temprana en las sociedades modernas, todavía hay debate sobre la real magnitud de estas complicaciones (Pantelides, 2004; Guzmán y otros, 2001; Stern, 2005 y 2004; Furstenberg, 1998). Tres argumentos son los más usados por los autores escépticos de la gravedad de la maternidad adolescente: a) no es claro que la maternidad adolescente tenga más costos que beneficios entre ciertos seg-

mentos de la población: “...para grandes grupos de adolescentes, no es evidente que la maternidad temprana tenga más costos que beneficios” (Pantelides, 2004: 28); “Más bien habría que considerar las condiciones socioeconómicas y culturales de los grupos mayoritarios de nuestra población como una de las causas principales del embarazo adolescente: para algunos grupos sociales, como extensos sectores de la población rural, debido a que estos embarazos forman parte de su modo de vida, de la trayectoria usual que se sigue para formar una familia. Para otros, como el sector marginal urbano, porque los embarazos en adolescentes son vividos como una salida -así sea falsa en muchas ocasiones- a problemas de violencia familiar y abuso, o como una manera de adquirir valoración social, etcétera, como lo muestran diversos estudios” (Stern, 2005); b) los estudios empíricos realizados en América Latina son escasos y, en general, no permiten cuantificar el real efecto de la maternidad adolescente porque carecen de datos de seguimiento: “En América Latina y el Caribe, prácticamente no se han realizado investigaciones empíricas sobre estos asuntos sobre estos asuntos, y tampoco hay información sobre la forma como las vidas posteriores de los padres de hijos de madres adolescentes son afectadas por su paternidad temprana. Hasta que se recoja más información sobre estas incógnitas, la evaluación de las consecuencias del embarazo en adolescentes todavía es una tarea repleta de incertidumbres (Guzmán y otros 2006: 180); c) el problema de la autoselección o endogeneidad de la relación maternidad adolescente-desempeño social enturbia todas las asociaciones estadísticas, incluso de estudios longitudinales: “Estimating precisely the consequences of early childbearing net of selection is impossible” (Furstenberg, 1998: 249). El autor del presente trabajo no comparte el escepticismo antes descrito, pero reconoce la necesidad de cautela y rigor que deriva de los planteamientos escépticos. Y ciertamente comparte la pertinencia de considerar el contexto en que ocurre esta reproducción, tal como lo sugiere uno de los autores escépticos más connotados aunque más moderado en la actualidad: “El problema del embarazo adolescente necesita ser analizado dentro de los parámetros que lo rodean, tales como la transición demográfica, la desigualdad social y la pobreza, el ambiente político y los procesos vigentes de cambio social y cultural” (Stern, 2004: 133).

<sup>5</sup> Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [on line], [www.unfpa.org/spanish/icpd/icpd\\_poa.htm#ch7e](http://www.unfpa.org/spanish/icpd/icpd_poa.htm#ch7e), párrafo 7.44 (b).

<sup>6</sup> Antecedentes oficiales sobre esto están disponibles en: <http://unstats.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>

<sup>7</sup> No se hará aquí un examen comparativo de tiempos muy pretéritos o un seguimiento detallado de la experiencia de los países desarrollados en los últimos dos siglos en materia de fecundidad adolescente. No obstante, si se estima que un esfuerzo de demografía histórica en esa línea sería de gran relevancia y utilidad.

<sup>8</sup> *The economic approach to fertility emphasizes the effects of parent's income and the cost of rearing children* (Becker y Barro, p. 69).

<sup>9</sup> Estos, en general, son más reacios a considerar la maximización del interés individual como factor explicativo central, porque subrayan las restricciones e influencia que ejercen las estructuras (instituciones, sistemas, relaciones de producción), los otros significativos, la cultura, la rutina y las formas tradicionales de hacer las cosas. Asimismo, también reconocen la presencia de factores subcons-

cientes y diferentes tipos de asimetría, que promueven comportamientos no explicables por la racionalidad individual (Bourdieu, 1999)

<sup>10</sup> *A la reducción al cálculo consciente opongo la relación de complicidad ontológica entre el habitus y el campo* (Bourdieu, 1999, p.144). En el mismo libro y refiriéndose a las dos reducciones centrales de utilitarismo microeconómico (los agentes se mueven por razones conscientes y procuran siempre lograr sus propósitos con la máxima eficacia al menor costo posible; toda motivación puede ser reducida a un beneficio en dinero) Pierre Bourdieu declara: *...toda mi labor ha consistido en rechazar estas dos reducciones* (p. 144).

<sup>11</sup> En Chile, la palabra “huacho” denomina a un hijo de padre desconocido.

<sup>12</sup> Lamentablemente, los registros suelen considerar solo el estado civil, lo que sobrestima la maternidad soltera porque no se capturan las relaciones de unión informal o noviazgo. Al respecto, véase INE-Chile, 2000.

<sup>13</sup> Relación que para ser considerada robusta debe controlar, al menos, el efecto de una variable interviniendo que actúa sobre ambas, como es el nivel socioeconómico.

<sup>14</sup> El cálculo por edad simple permite descartar que esta tendencia se deba un cambio en la composición etaria dentro del grupo, en particular un aumento de la participación relativa de las edades 18 y 19 y, como contrapartida, una reducción de la participación relativa de las edades 17, 16, y 15; por su mayor tiempo de exposición al riesgo el factor exógeno debiera elevar artificialmente la maternidad adolescente. Respecto del contexto nupcial, el censo no presenta la limitación antes comentada de las estadísticas vitales, pues captura situación conyugal y, por lo mismo, identifica a las adolescentes unidas de manera consensual. Con todo, la situación conyugal es insuficiente en el caso de las madres adolescentes porque de existir un vínculo amoroso con los progenitores, este puede ser de noviazgo o incluso menos formal; por ello clasifican como soltera pese a que tienen pareja (y los niños/as cuentan con “padre”).

<sup>15</sup> Hay otros programas mundiales de encuestas como las Living Standards Measurements Study Surveys (LSMS) del Banco Mundial y las Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) de UNICEF, pero en general no profundizan en los temas de reproducción. Los resultados de las encuestas LSMS se pueden revisar en [www.worldbank.org/lsms](http://www.worldbank.org/lsms); los de las MICS, en [www.childinfo.org/mics.html](http://www.childinfo.org/mics.html).

<sup>16</sup> A diferencia del mundo desarrollado, en donde el adelantamiento de la iniciación sexual ha predominado en los últimos 50 años (Bozón, 2003)

<sup>17</sup> Asociado al desarrollo económico y social, y las mejores condiciones nutricionales (Silber y Castells, 2003; Bongaarts y Cohen, 1998).

<sup>18</sup> Ver, por ejemplo, resultados de las encuestas Fertility and Family Surveys, en su mayoría de la década de 1990 ([www.unece.org/pau/ffs/welcome.htm](http://www.unece.org/pau/ffs/welcome.htm)).

<sup>19</sup> La distinción entre conocimiento y uso es muy relevante en la región porque mientras el primero es casi universal (lo que no significa que sea un conocimiento sólido sino solamente una identificación de métodos), el segundo es mucho más restringido. Respecto de los indicadores de uso, hay muchos (alguna vez usuarias, usuarias actuales, usuarias regulares, etc.), pero en el caso de las y los adolescentes los más relevantes tienen que ver con la protección en la primera (o las primeras) relación sexual, el número de hijos al primer uso y la regularidad del uso.

- <sup>20</sup> Adicionalmente, en muchos países desarrollados el aborto está legalizado, lo que también incide en sus bajos niveles de fecundidad adolescente. Sin embargo, los elevados índices de uso de anticonceptivos desde la primera relación sexual sugieren que es esta la variable relevante para explicar tales bajos índices de fecundidad adolescente.
- <sup>21</sup> En particular las abuelas cuidadoras, la institución del padrazgo y el apoyo de vecinas.
- <sup>22</sup> Basado en CEPAL-OIJ, 2008, capítulo III, “Maternidad adolescente: exclusión y deudas pendientes en derechos reproductivos”, pp. 75-85.

## Bibliografía

- ASOCIACIÓN DEMOGRÁFICA SALVADOREÑA y otros (2004), *Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL): El Salvador, 2002-2003: informe final*, Asociación Demográfica Salvadoreña, San Salvador
- BECKER, G. y R. Barro (1986), “Altruism and the Economic Theory of Fertility”, *Population and Development Review*, Vol. 12, Supplement: *Below-Replacement Fertility in Industrial Societies: Causes, Consequences, Policies*, Population Council, New York, pp. 69-76.
- BINSTOCK, G. y E. Pantelides (2006), “La Fecundidad Adolescente Hoy: Diagnóstico Sociodemográfico”, documento presentado a la Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe, Comisión Económica para AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, CELADE-División de Población, 14 y 15 de Noviembre 2006, Santiago de Chile.
- BONGAARTS, J. (1982), “Un marco para el análisis de los determinantes próximos de la fecundidad”, *Ensayos sobre población y desarrollo*, N°. 3, Corporación Centro Regional de Población y Population Council, Bogotá, pp. 3-34,
- BONGAARTS, J. y B. Cohen (1998), “Adolescent reproductive behavior in the developing world”, *Studies in Family Planning*, Vol. 29, N° 2, Population Council, New York, pp. 99-105.
- BOURDIEU, P. (1999), *Razones prácticas*, Anagrama, Barcelona
- 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, Institut National d’Études Démographiques, Paris. [en línea] [http://www.ined.fr/fichier/t\\_publication/542/publi\\_pdf1\\_pop\\_et\\_soc\\_francais\\_391.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_publication/542/publi_pdf1_pop_et_soc_francais_391.pdf)
- BRÁVO, Jorge (1992), “Visiones teóricas de la transición de la fecundidad en América Latina: ¿Qué relevancia tiene el enfoque difusionista?”, *Notas de Población*, año XX, N° 56, CELADE, Santiago de Chile.
- BREINBAUER C. y M. Maddaleno (2005), *Youth: choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents*, Pan American Health Organization, Washington.
- BUVINIC, M. (1998) “The cost of adolescent childbearing: evidence from Chile, Barbados, Guatemala, and Mexico”, *Studies in Family Planning*, Vol. 29, N° 2, Population Council, New York, pp. 201-209.

- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2007), "Potencialidades y aplicaciones de los datos censales: una contribución a la explotación del Censo de Población y Vivienda de Nicaragua 2005", *Serie Manuales* N° 56 (LC/L.2786-P), CEPAL, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.119.
- \_\_\_\_\_ (2004), "La fecundidad en América Latina: transición o revolución", *Serie Seminarios y Conferencias* N° 36 (LC/L.2097-P), CEPAL, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.34.
- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social y otros (2005), *Encuesta Demográfica de Salud Materna e Infantil 2004 (ENDEMAIN)*, CEPAR, Quito.
- \_\_\_\_\_ (2005). *Panorama Social de América Latina 2005* (LC/G.2288-P/E), CEPAL, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.161.
- CEPAL-OIJ (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Iberoamericana de Juventud) (2008), *Juventud y cohesión social en Iberoamérica: Un modelo para armar* (LC/G.2391), CEPAL Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (2004), *La juventud en Iberoamérica: tendencias y urgencias* (LC/L.2180), CEPAL, Santiago de Chile.
- CEPEP (Centro Paraguayo de Estudios de la Población) (2005), Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva 2004, ENDSRR-2004: informe final, CEPEP, Asunción.
- CHACKIEL, J. y S. Schkolnik (2003), *América Latina: los sectores rezagados en la transición a la fecundidad*, serie *Población y Desarrollo* N° 42 (LC/L.1952-P), CEPAL, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.120.
- CHEN MOK, Mario y otros (2001), Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, Copieco de San Pedro, San José (Costa Rica).
- COALE, Ansley J. (1977), *La transición demográfica*, Serie D, N° 86, CELADE, Santiago de Chile.
- 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), CEPAL, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas. N° de venta: S.07.II.G.04
- DI CESARE, M. y J. Rodríguez (2006), "Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia", *Papeles de población*, N°. 48, Universidad Autónoma del Estado de México, Ciudad de México, pp. 107-140.
- DULANTO, E. (2000), *El adolescente*, McGraw-Hill Interamericana, Ciudad de México.
- FISCHHOFF, B., E. Nightingale y J. Iannota (eds.) (2001), *Adolescent Risk and Vulnerability: Concepts and Measurement*, National Academy Press, Washington D.C. [en línea] <http://books.nap.edu/books/030907620X/html/index.html>
- FLÓREZ, C. y J. Núñez (2003), "Teenage childbearing in Latin American countries", en Duryea, S., A. Cox y M. Ureta (comps.), *Critical decision at a critical age, Adolescents and young adults in Latin America*, Banco Interamericano del Desarrollo (BID), Washington D.C., pp. 23-90

- FURSTENBERG, F. (1998), "When Will Teenage Childbearing Become a Problem? The Implications of Western Experience for Developing Countries", *Studies in Family Planning*, Vol. 29, N° 2, *Adolescent Reproductive Behavior in the Developing World*, Population Council, New York, pp. 246-253.
- GIDDENS, A. (1998), *La transformación de la intimidad*, Cátedra, Madrid
- GUZMÁN J., y otros (2006), *La démographie de l'Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950* (2006), *Population* (f), 61-5/6, setiembre-diciembre, pp. 621-733
- \_\_\_\_\_ (2001), Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes de América Latina y el Caribe, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Ciudad de México.
- GONZÁLEZ, E. y T. Molina (2007), "Características de la maternidad adolescente de madres a hijas", *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Volumen 72, N° 6, Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, Santiago, pp.374-382.
- HONDURAS, Ministerio de Salud Pública y Asociación Hondureña de Planificación de la Familia (2002), Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, ENESF-2001: Encuesta Nacional de Salud Masculina, ENSM-2001: informe final, Tegucigalpa, Ministerio de Salud Pública.
- \_\_\_\_\_ (1997), Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 1996: informe final, Tegucigalpa, Ministerio de Salud Pública.
- INIDE (Instituto Nacional de Información de Desarrollo, Nicaragua) (2008), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006-2007: Informe preliminar, INIDE, Managua.
- INE-Chile (Instituto Nacional de Estadísticas de Chile) (2000), "Fecundidad juvenil", Santiago, *Enfoques estadísticos*, N° 9, [en línea] [www.sexualidadjoven.cl/estudios/enf\\_fecundidad.pdf](http://www.sexualidadjoven.cl/estudios/enf_fecundidad.pdf)
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DE GUATEMALA y otros (2003), *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil*, Guatemala, INE.
- HIGHLIGHTS FROM THE JAMAICA REPRODUCTIVE HEALTH SURVEY, 2002-2003, [en línea] [www.cdc.gov/reproductivehealth/Surveys/Jamaica\\_LD.htm](http://www.cdc.gov/reproductivehealth/Surveys/Jamaica_LD.htm)
- JUÁREZ, Fátima, Cecilia Gayet. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. Papeles de Población [en línea] 2005, (045):[fecha de consulta: 11 de noviembre de 2008] Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/Inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=11204508>> ISSN 1405-7425
- KIRK, D. (1996), "The demographic transition", *Population Studies*, Vol. 50, N° 3, Population Investigation Committee, London, pp. 361-387.
- LÓPEZ A. y otros (2005), *Informe Juventud en España 2004*, INJUVE, Madrid.
- MERTON, R.K. (1980), *Teoría y estructuras sociales*, FCE, Ciudad de México.
- MONTESINOS, S. (1997), *Madres y huachos. Alegorías del mestizaje en Chile*, Sudamericana, Santiago de Chile.
- PALMA, I. (2003), "Paternidades entre los jóvenes: la evasión como respuesta en crisis y la paternidad en soltería como respuesta emergente", en José Olavar-

- ría (ed.), *Varones adolescentes: género, identidades y sexualidades en América Latina*, FLACSO, Santiago de Chile, pp. 165-182.
- PANTELIDES, E. (2004), "Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina", *Notas de Población*, Año 31, N° 78 (LC/G.2229-9), CEPAL, Santiago de Chile, pp. 7-33. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.14.
- PROFAMILIA (Asociación Pro Bienestar de la Familia Nicaragüense) (1993), *Encuesta sobre salud familiar Nicaragua 92-93: informe final*, PROFAMILIA, Managua.
- RODRÍGUEZ J. (2005), "Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política", *Revista de la Cepal*, n° 86, pp 123-146. (LC/G.2282-P/E), CEPAL, Santiago de Chile.
- RODRÍGUEZ J. y M. Hopenhayn (2007), "Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos", (2007), *Desafíos*, No.4, CEPAL-UNICEF, Santiago de Chile, pp. 4-9 .
- SCHMINK, M. (1984), Household Economic Strategies: Review and Research Agenda, *Latin American Research Review*, Vol. 19, N° 3, The Latin American Studies Association, Pittsburg, pp. 87-101,
- SILBER, T., y P. Castells (2003), *Guía práctica de la salud y psicología del adolescente*, Planeta, Barcelona.
- STERN, C. (2005), "El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica" [en línea] <http://adolescenciatotal.blogspot.com/2005/11/el-embarazo-en-adolescentes.html>
- \_\_\_\_\_ (2004), "Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México", *Papeles de Población*, N° 39, Universidad Autónoma del Estado de México, Ciudad de México, pp. 129-158.
- UNITED NATIONS (2007), *World Fertility Patterns 2007. Wall chart data*, Department of Economic and Social Affairs Population Division, New York, [en línea] [www.unpopulation.org](http://www.unpopulation.org).
- ZUBAREW, T., M.I. Romero y F. Poblete (2003), *Adolescencia, promoción, prevención y atención de salud*, Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.