

Reproducción temprana: Diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia¹

Jorge Rodríguez²
Mariachiara Di Cesare³
Katherine Paez⁴

Abstract

La adolescencia marca un punto de inflexión en términos biológicos, culturales y socioeconómicos. Las conductas que se llevan a cabo en esta etapa de la vida pueden tener efectos de larga duración para las personas. Las conductas reproductivas de los y las adolescentes —es decir las sexuales, nupciales y en particular las relativas a la tenencia de hijos—, son objeto de mayor control que otras edades, por los lazos de dependencia que mantienen respecto de los progenitores y otras figuras de autoridad, y porque los dispositivos culturales e institucionales de disciplinamiento tienden a negar su condición de sujetos sexuales y desconocer los derechos sexuales y reproductivos de este grupo. Estos contextos disciplinadores y controladores suelen ser cuestionados por la búsqueda de autonomía y el desafío a la autoridad que frecuentemente se desatan en la adolescencia, al menos en las culturas occidentales. Además, presentan variaciones entre regiones del mundo, con actitudes más tolerantes hacia la actividad sexual sin unión ni propósitos reproductivos durante la adolescencia en algunos casos, como los países desarrollados de Europa Occidental. Por lo anterior, esta investigación se centra en estimar y analizar las diferencias de la trayectoria reproductiva durante la adolescencia entre grandes regiones del mundo, con especial atención en las especificidades y distinciones de América Latina. Para evaluar la evolución de estas diferencias se usan datos de encuestas especializadas, del tipo DHS y RHS levantadas en torno a 1990 y en torno a 2010, así como la HBSC de fechas similares, la que permitirá cotejar con países desarrollados. El análisis incluye la deseabilidad de la maternidad adolescente y la aplicación de modelos logísticos binomiales y multinomiales para estimar la importancia de variables distales e intermedias clave. Los resultados muestran: i) transiciones diferenciadas de las tres variables intermedias durante la adolescencia, por el adelantamiento de la unión, la resistencia a la baja de la nupcialidad y el escaso avance de la protección anticonceptiva oportuna y eficiente; ii) una diversificación de las situaciones analíticas y de políticas debido justamente a esta diversidad de transiciones; iii) una persistencia de las

¹ Documento presentado al Séptimo Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), Foz de Iguazú, octubre de 2016

² Asistente de investigación. CELADE-División de Población de la CEPAL.

³ Senior Lecturer in Public Health, Department of Natural Sciences, School of Science and Technology, Middlesex University

⁴ Consultora. CELADE-División de Población de la CEPAL. Docente, Universidad de Chile

desigualdades sociales de estas transiciones, aunque con un gradiente mucho menor en la iniciación sexual; iv) una no deseabilidad/planificación de la maternidad adolescente que es sobresaliente a escala mundial, es creciente en el tiempo y presenta un gradiente socioeconómico nulo o mucho menor que el observado en los comportamientos antes mencionados. Este conjunto de hallazgos impone una mayor urgencia a las acciones dirigidas a garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes, así como subraya la necesidad de políticas activas, específicas y coordinadas para las tres variables intermedias clave.

1. Introducción

De acuerdo a un reciente Manual Internacional sobre el tema del embarazo adolescente (Cherry y Dillon, 2014) el comportamiento sexual⁵ estaría más genéticamente determinando que lo que se creía. Aunque la anterior visión pareciera estar en las antípodas del psicoanálisis, más centrado en la introspección y las vivencias individuales con propósitos terapéuticos, comparten un elemento, cual es que la sexualidad y la reproducción tendrían una gran independencia del marco sociocultural, sea porque resulta un instinto o un atributo anclado en el genoma, o sea porque resulta, en el lenguaje freudiano, de una “pulsión” que es universal y autónoma (Bozón y Leridon, 1993).

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

⁵ En este documento, el comportamiento sexual se analizará en términos de la triada de iniciaciones reproductivas (sexual, nupcial y de tenencia de hijos) y del control reproductivo (anticoncepción), del aborto y de la deseabilidad de la reproducción no será examinado en todas sus dimensiones: “*Definitions of sexuality tend to be broad and include “sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction” 1 and “ideals, desires, practices, preferences and identities”*” (Macintyre, p. 85), ni tampoco serán examinados todos los derechos que concurren en este campo (ver numeral 34 del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo). Por ello, aspectos como las orientaciones e identidades sexuales, o la actividad sexual no penetrativa, o las experiencias sexuales en toda su amplitud no serán abordados en este texto.

Para ello, se efectuará un examen comparado a escala internacional de las iniciaciones y transiciones de la actividad sexual, la nupcialidad (unión), la deseabilidad/planificación de la reproducción, el uso de anticonceptivos y la reproducción entre adolescentes,⁶ teniendo a América Latina como región de referencia. Se usará una variedad de fuentes de datos y la información más actualizada disponible, con el objetivo de subrayar las especificidades culturales, incluyendo la desigualdad social, de los comportamientos antes mencionados

Este enfoque que releva los aspectos socioculturales resulta en una posición mucho más dinámica y protagónica de las políticas y programas, pues ellas se consideran vectores de cambio conductual. Uno de los enfoques más activos es el denominado “*social norms-connectedness framework*” que plantea, a grandes rasgos, que las normas de los grupos de pertenencia o referencia de los y las adolescentes son claves para su comportamiento, en este caso las normas relativas a la actividad sexual en general, la actividad sexual riesgosa y el embarazo/maternidad adolescente, y que el peso de estos grupos en la conducta individual depende del grado de cercanía que la persona tiene con ellos (Robledo, 2014; UNFPA, 2013; Rodríguez, 2008; Kirby, 2001). En general, de este enfoque se coligen acciones destinadas a promover y reforzar normas, prácticas y mensajes claros, precisos y sistemáticos contra la actividad sexual riesgosa y a favor de la abstinencia, la postergación y el uso de anticonceptivos.

2. **Discusión teórica**

La complejidad de la sexualidad adolescente ha dificultado la construcción y uso de un marco teórico dominante o único para su comprensión. Por ello, en la práctica diversas teorías han sido usadas para analizarla (Zimmer-Gembeck y Helfand, 2008). Durante largo tiempo, la iniciación sexual temprana fue considerada como un problema, tanto por los riesgos que entraña de manera directa, particularmente los relativos a embarazos precoces (disruptivos para la vida y adversos en muchos sentidos) y a las infecciones de transmisión sexual (ITS), como por su asociación empírica con conductas riesgosas y “desviadas” del tipo abuso de sustancias, ausencia de límites y autocontrol, pertenencia a bandas y pandillas, actitudes antisociales, etc. Más aún, habida cuenta la carga sociocultural de la actividad sexual, también ha sido usual considerar los riesgos de trauma psicológico asociados a iniciaciones tempranas sin la adecuada madurez mental y moral para manejar un evento de esta importancia vital y significado social. En la misma línea, la teoría del control social (Hirschi, 1969) sugiere que la mayor parte de la

⁶ Preferentemente las adolescente por la disponibilidad de datos y el foco tradicional de las políticas y el análisis en ellas.

gente puede involucrarse o llevar a cabo conductas desviadas y que las principales fuerzas que lo impiden son las instituciones sociales, como la familia, la escuela y la iglesia. Cualquiera sea el caso, las hipótesis naturales derivadas de estos enfoques son claras: i) la iniciación sexual temprana será más frecuente entre adolescente con problemas conductuales y dificultades de adaptación; ii) la iniciación sexual temprana es pernicioso y debe ser evitada; iii) la postergación de la iniciación sexual sería un comportamiento racional, reflexivo y responsable.

Otra línea de pensamiento, más reciente y también más orientada a la protección de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, se ha preocupado más de entender las conductas riesgosas y en prevenir sus riesgos cuando es posible. El caso de la actividad sexual es paradigmático al respecto, ya que sus principales riesgos son efectos no buscados y prevenibles, como las ITS y los embarazos no deseados. Esta línea no desconoce la asociación empírica entre iniciación sexual temprana y comportamientos desviados, así como la existencia de otros riesgos –por ejemplo, traumas psicológicos, violencia, inestabilidad emocional, etc.– resultado de inmadurez psicológica y estigma social. Pero subraya que lo anterior representa solo una fracción de la actividad sexual durante la adolescencia, y que otra fracción, creciente por lo demás, se vincula con decisiones reflexivas, con relaciones románticas, con compromisos amorosos y con una búsqueda legítima y natural de placer y disfrute. Por lo anterior, esta línea de investigación es más flexible y tolerante que la previa en su evaluación de la actividad sexual durante la adolescencia: *“aims have been to understand adolescent sexual planning and decision-making in order to guide the development of better interventions to assist adolescents to delay sexual intercourse, improve condom use or limit their number of sexual partners”* (Zimmer-Gembeck and Helfand, 2008, p. 156)

Finalmente, una tercera línea de pensamiento tiende a situar la sexualidad adolescente prenupcial en un plano de creciente normalidad, por lo cual las decisiones sobre cuándo, cómo y para qué debutar sexualmente son tomadas con arreglo a la reflexividad personal, aun cuando difícilmente de una forma totalmente libre por seguir siendo este un campo de fuerza encontradas, fuerzas que aún inciden sobre los adolescentes. De hecho, en algunos países desarrollados, como los Estados Unidos o Europa Occidental, la actividad sexual prematrimonial durante la adolescencia se han generalizado a tal punto que ya se considera completamente normal (Di Cesare, 2015; Currie et al 2012, p.173).

Ahora bien, casi todas estas teorías suponen un contexto cultural específico, a saber, aquel en el cual: i) las decisiones sobre iniciación sexual pueden ser tomadas libremente por los y las adolescentes, aunque existan todavía controles sociales que hay en esta materia, y; ii) hay un desligamiento de la sexualidad respecto de la unión y sobre todo de la reproducción. En tal sentido, todas las iniciaciones que responden

a un modelo tradicional de nupcialidad temprana o pre-reflexivo de iniciación obligada o violenta, escapan a estas teorías.

Por otra parte, el enfoque de curso de vida incluye entre los hitos de este curso a los sexuales y reproductivos, y plantea que estos hitos, su calendario y su modalidad, tienen determinantes estructurales y que por ello se modifican cuantitativa y cualitativamente en concomitancia con el proceso de desarrollo económico y sociocultural de los países. En este sentido, los factores socioculturales agregados superan largamente el modelamiento por otros significativos, en particular el de los padres, como plantea el enfoque del aprendizaje social imitativo estándar, que parece ser el mecanismo de influencia social más destacado por la psicología social tradicional (Cherry, 2014, p. 42). El enfoque de curso de vida ha subrayado como los cambios socioeconómicos y culturales que suelen describirse con el concepto de modernización entrañan fuerzas que modifican significativamente los comportamientos sexuales y reproductivos de la población, en particular en los países occidentales, básicamente facilitando la adopción de decisiones individuales libres en esta materia por parte de los y las adolescentes (Grant y Furstenberg Jr, 2007; Bearinger et al, 2007).⁷

Uno de los autores que más ha elaborado sobre el calendario de la iniciación sexual y sus contextos para definir distintos tipos de control social de la sexualidad es Michel Bozon, quien en una síntesis de sus investigaciones empíricas al respecto, planteó un conjunto de distinciones en la que mostraba cómo aspectos clave del calendario de la sexualidad, la unión y la reproducción, así como sus diferenciales de género, variaban marcadamente entre regiones del mundo que compartían ciertos atributos culturales (Bozón, 2003).

Cualquiera sea el caso, la influencia de la cultura se refleja netamente en la enorme diversidad de comportamientos sexuales de los y las adolescentes alrededor del globo. Entre estos están los tradicionales de iniciación sexual temprana enmarcada en una unión más temprana (voluntaria o no) y con propósitos reproductivos, así como los tradicionales de iniciación sexual tardía, porque la iniciación sexual se restringe a la unión, pero la unión se ha postergado hasta más allá de la adolescencia (Bozon, 2003). Desde luego, en este espectro se incluye también la sexualidad temprana, de creciente simetría entre los sexos y sin necesidad de unión que caracteriza a buena parte de los países occidentales desarrollados, y que se ha descrito como “sexualidad moderna” y “conducta reproductiva moderna”,

⁷ Grant y Furstenberg (2007) usan el concepto desestandarización (individuación) para ello “*as modernization proceeded, the transition to adulthood became de-standardized. Young people began to exert greater individual control over the timing and sequence of each transition, resulting in a greater diversity of status combinations over a longer period of time* (p.417).

asociadas a la modernidad tardía o postindustrial y enmarcadas o vinculadas con una transición a la adultez emergente (Rodríguez, 2014 y 2008; Billari y Liefbroer, 2010).

Las especificidades de América Latina en esta materia no han pasado inadvertidas. En 2007 Grant y Furstenberg Jr. subrayaron el papel clave de la educación para los cambios de la sexualidad y la reproducción en la adolescencia a nivel internacional, pero llamaron la atención sobre la paradoja de América Latina, donde el aumento de la educación no condujo a los resultados esperados, en particular postergación de la maternidad y baja de la fecundidad adolescente. Más recientemente, Esteve y Flórez-Paredes (2014) han ratificado la excepcionalidad latinoamericana, usando la expresión “*paradoja de la estabilidad*” referida, en principio, a la edad de la primera unión, pero que también es válida para la edad del primer hijo (p. 44-46).

Entonces, de acuerdo a todas las teorías existentes, los hitos reproductivos deberían estar modificando su calendario con el cambio socioeconómico y cultural que suele expresarse con las nociones de modernización y modernidad, ahora expresadas al comportamiento sexual y reproductivo. Más concretamente, la sexualidad y reproducción modernas en la adolescencia debieran estar marcadas por: i) la drástica reducción de la nupcialidad y de la fecundidad; ii) el adelantamiento de la primera relación sexual; iii) la generalización de la actividad sexual antes de la unión⁸; iv) la convergencia de las conductas sexuales entre hombre y mujeres; v) la convergencia de comportamiento entre grupos socioeconómicos.

Ahora bien, mientras los factores que determinan el retraso de la unión y de la fecundidad son objetivos –la unión y la fecundidad tempranas devienen objetivamente adversos con la modernización económica y social–, el adelantamiento de la iniciación sexual y la masificación de la actividad sexual antes de la unión depende de factores culturales más complejos y diversos, por lo cual se trata de una hipótesis eventualmente válida para ciertos contextos culturales, digamos la cultura occidental.

En el caso de América Latina, se ha detectado una paradoja vinculada con la resistencia a la postergación de la unión y de la maternidad, por una parte, y el claro adelantamiento de la actividad sexual, por otra. Esta paradoja tiene como trasfondo un contexto cultural e institucional que dificulta la plena expresión de

⁸ Esto NO significa que la actividad sexual devenga casual, fortuita o promiscua. La evidencia disponible sugiere que la mayor parte de las adolescentes se inician con parejas relativamente duraderas (novios o amigos íntimos) y que el grueso de la actividad sexual en esta fase de la vida acontece en el contexto de relaciones románticas previamente establecidas. De cualquier manera, es probable que la actividad sexual casual o desligada de una relación romántica previa esté en alza, y que entre los hombres sea más frecuente, por el bien conocido doble discurso sobre la actividad sexual en la adolescencia que hay en la región, uno condenatorio y culposo de las mujeres y otro alabancioso y jactancioso de los hombres (Shepard, 2000).

la modernidad sexual y reproductiva. Por ello, la noción de “**modernidad sexual y reproductiva truncada**” ha sido usada para describir la evolución de los hitos antes mencionados y otros asociados, en particular con la anticoncepción.⁹ Adicionalmente, hay dudas sobre la convergencia socioeconómica de las conductas sexuales y reproductivas durante la adolescencia, pues lo que parece estar ocurriendo es más bien la polarización socioeconómica de estos comportamientos. Mientras los grupos de mayor nivel socioeconómico exhiben el patrón moderno occidental, los de menor nivel socioeconómico presentan patrones híbridos o tradicionales (Rodríguez, 2014; Di Cesare 2007).

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

- i) En América Latina y el Caribe, las transiciones de la iniciación sexual, nupcial y reproductiva dentro de la adolescencia se caracterizan por una inflexión en torno a los 15 años, a diferencia de lo que acontece en otras regiones del mundo.
- ii) La generalización de la actividad sexual durante la adolescencia aumenta el riesgo de la fecundidad adolescente, pero no es una condena porque el uso oportuno y eficiente de la anticoncepción podría inhibir este riesgo.
- iii) El desacoplamiento entre iniciación sexual e iniciación nupcial está en curso, pero el núcleo duro de iniciación nupcial temprana aún es responsable de una parte importante de la fecundidad adolescente.
- iv) La planificación/deseabilidad de la maternidad adolescente está en franco descenso, por lo cual su persistencia revela vulneración de derechos sexuales y reproductivos
- v) La no planificación/deseabilidad de la maternidad adolescente presenta un gradiente socioeconómico mucho menor que los resultados reproductivos, por lo cual la vulneración antes mencionada acontece en todos los grupos socioeconómicos, pero sus alcance es mayor entre las pobres que registran mucho mayor riesgo de ser madres en la adolescencia.

⁹ Lo que no es tan exótico, si se considera que algunos estudiosos han indicado que la región, Chile como ejemplo emblemático, experimenta una “modernización sin modernidad”, porque existe una notable modernización a costa de la exclusión de amplios sectores sociales que quedan estructuralmente al margen del mercado (desempleo, informalidad) y de la protección estatal (servicios públicos), (Lechner, 1990, p.4, http://www7.uc.cl/sw_educ/cyv/pdf/compatibles.pdf).

3. Metodología

Este estudio se basa en la comparación de medias de indicadores clave sobre la modernización sexual y reproductiva entre los y las adolescentes entre países de América Latina, de otras regiones del mundo en desarrollo y los países desarrollados. Se usarán los indicadores de fecundidad adolescente, fecundidad total y de porcentaje de iniciadas sexualmente, alguna vez unidas, y madres durante la adolescencia (varias edades para evaluar la transición durante la adolescencia), los que se obtendrán de las proyecciones oficiales de Naciones Unidas, de StatCompiler¹⁰ para todos los países con encuestas DHS¹¹ ó RHS¹², del procesamiento especial de microdatos de encuestas, especializadas o de juventud, de países de la región, de muestras censales armonizadas elaboradas por IPUMS¹³. Para el examen de tendencias, se compararán grupos de edad (15-19 y 20-24 años) de diferentes encuestas.

Un punto clave de esta indagación atañe a la tendencia de la iniciación sexual para lo cual se usará una fuente novedosa, la HBSC,¹⁴ que permitirá tener como punto de comparación a los países desarrollados, los que, de acuerdo a investigaciones previas (Rodríguez, 2014), parecieran tener una iniciación sexual temprana sin implicaciones reproductivas. Respecto de la anticoncepción, se utilizará **el uso de anticoncepción en la primera relación sexual, entre las muchachas y muchachos de 15 años, en la medida que los datos lo permiten**. Lo anterior porque en las encuestas DHS y RHS esta pregunta se incluye de manera irregular y a veces sólo para conocer el uso de condón. En las encuestas HBSC se incluye, pero para la última relación sexual, no la primera. Las encuestas Fertility and Family Surveys (FFS) de la década de 1990 en países desarrollados la incluyeron, pero sus resultados no son confiables para la edad 15.

Para evaluar la importancia de los factores socioeconómicos (desigualdad) sobre la transición de las variables intermedias y la maternidad durante la adolescencia, se usarán modelos logísticos

¹⁰ www.statcompiler.com

¹¹ www.measuredhs.com

¹² www.cdc.gov/reproductivehealth/global/tools/surveys.htm

¹³ <https://international.ipums.org/international/>

¹⁴ HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC) es un proyecto colaborativo entre países promovido por la Organización Mundial de la Salud e implementado por un consorcio de Universidades de países desarrollados. La encuesta HBSC se levanta cada cuatro años y recoge datos para la población de 11, 13 y 15 años de edad sobre la salud y el bienestar, los entornos sociales y los comportamientos de salud. Se escogen estos años porque marcan un período de mayor autonomía que puede influir sobre su salud y los comportamientos relacionados con la salud. El proyecto se remonta a 1982, cuando los investigadores de Inglaterra, Finlandia y Noruega acordaron desarrollar e implementar un protocolo de investigación para estudiar niños/as en edad escolar. En 1983 el estudio HBSC fue aprobado por la Oficina Regional de la OMS para Europa como un estudio en colaboración. HBSC incluye actualmente 44 países y regiones de Europa y América del Norte. Más información en: www.hbsc.org.

multinomiales, para modelar una variable que capte esta transición mediante mediante las chances de haber tenido el evento el evento sexual, nupcial o reproductivos en diferentes fases (edades) de la adolescencia, incluyendo la posibilidad de no haberlo tenido en la adolescencia.

Finalmente, respecto de la planificación de los hijos tenidos, lo que puede lograrse de manera directa con las encuestas especializadas que consultan sobre la planificación de los nacimientos tenidos. En este caso, el foco tal vez supere la edad 15 para tener una visión más amplia del (in)cumplimiento de derechos entre las y los adolescentes. La consulta usada apuntará específicamente a la no planificación (“*unintended*”) de los hijos tenidos, en particular el primer hijo para controlar el efecto del orden de nacimiento sobre la discapacidad, pues la medida estándar de discapacidad (o no discapacidad) de las encuestas especializadas es inapropiada para adolescentes.¹⁵

4. Resultados y análisis

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

En el gráfico 1 se muestra claramente que América Latina y el Caribe destaca por el adelantamiento de la iniciación sexual y su generalización durante la adolescencia, al punto que es la única región del mundo en desarrollo donde el debut sexual en esta fase de la vida —más aún, el primer coito antes de los 15 años, antes de los 18 años y antes de los 20 años, para precisar el ritmo y modalidad de la iniciación— aumentó entre 1990 y 2010, al punto que la iniciación sexual durante la adolescencia alcanza actualmente nivel similares a los de África y mucho más altos que los registrados en Asia.¹⁶ Un elemento adicional que brinda el gráfico muy relevante para esta investigación, es la transición de la iniciación sexual durante la adolescencia. La región no presenta una iniciación precoz, pese al aumento que registró entre 1990 y 2010. De hecho, la iniciación sexual antes de los 15 años es mucho más frecuente en África y en Asia

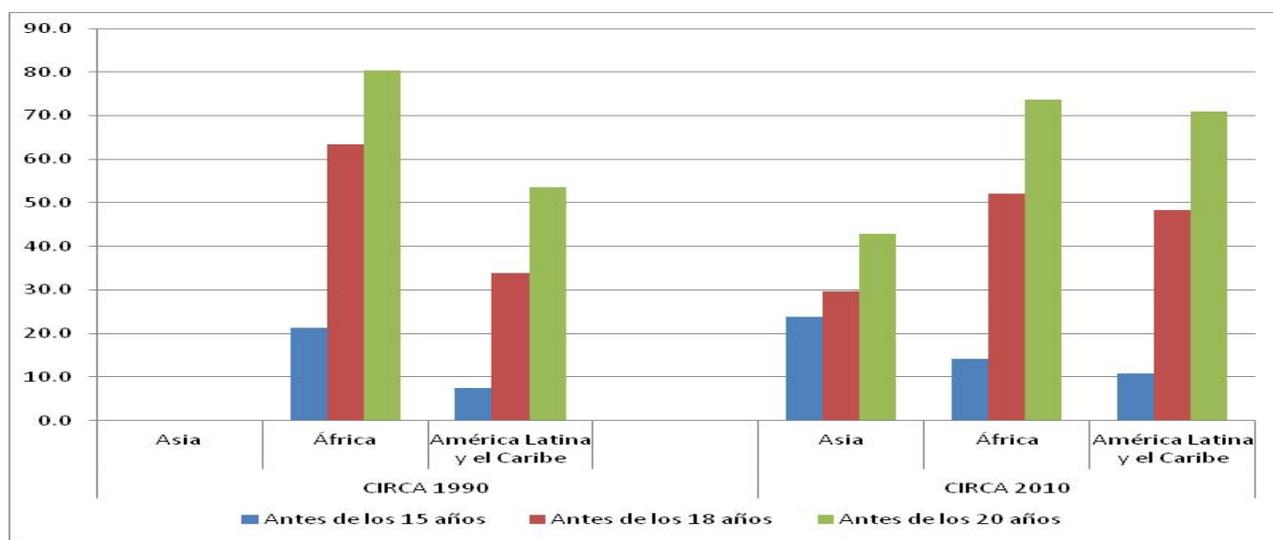
¹⁵ Las DHS definen un nacimiento como “no deseado” en función del cotejo entre orden de nacimiento y el ideal de hijos: “*A birth is considered wanted if the number of living children at the time of conception of the birth is less than the ideal number of children as reported by the respondent*” (Rutstein y Rojas, 2006). Esto subestima la no deseabilidad entre las adolescentes que suelen tener hijos de orden 1 que no sobrepasan su ideal de hijos —definidos culturalmente para el conjunto de la vida reproductiva—, aunque no hayan sido planificados para ese momento. Por ello, es mejor usar la consulta sobre si se deseaba tener el hijo en ese momento, en otro momento o no se deseaban hijos en general (que puede considerarse una medición de la deseabilidad o de la planificación de la maternidad o fecundidad). La no planificación entre adolescentes debe incluir a los nacimientos inoportunos, es decir no deseados en ese momento pero sí en el futuro, ya que por las razones antes expuesta, es la principal causa de no planificación entre adolescente “*Unwantedness reflects the intentions or desires of a woman (and her partner) after the couple have had all the children they want. In contrast, mistimed pregnancies can occur throughout the reproductive years but are most common among adolescent and young adult women*” (Santelli 2003, p. 96).

¹⁶ Asia y Medio Oriente, en estricto rigor.

(este último continente, en rigor los países de Asia incluidos en la muestra, tiene índices muy altos, asociados a la iniciación nupcial temprana, que suele ser “arreglada” y “obligada” en algunos países, como Bangladesh). Es decir, hasta los 15 años parece existir en la región un cierto contexto sociocultural que frena la iniciación sexual y nupcial tempranas. Luego, entre los 15 y los 17 años, y también entre los 18 y los 19 años, tales frenos se atenúan o desaparecen, lo que se refleja en una pendiente positiva particularmente marcada de ambos eventos con la edad.

Gráfico 1

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



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

Nota: Asia circa 1990 no tiene datos disponibles

Países incluidos en Asia: Bangladesh, Indonesia, Jordania, Nepal, Pakistán y Yemen

Países incluidos en África: Benín, Burkina Faso, Burundi (solo circa 2010 en primer sexo), Camerún, Comoras, Costa de Marfil, Egipto (solo circa 2010 en primer sexo), Ghana, Guinea, Kenia, Liberia (solo circa 2010 en primer sexo), Madagascar, Malawi (solo circa 2010 en primer sexo), Mali, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, Senegal, Tanzania, Togo (solo circa 2010 en primer sexo), Uganda, Zambia, Zimbabue.

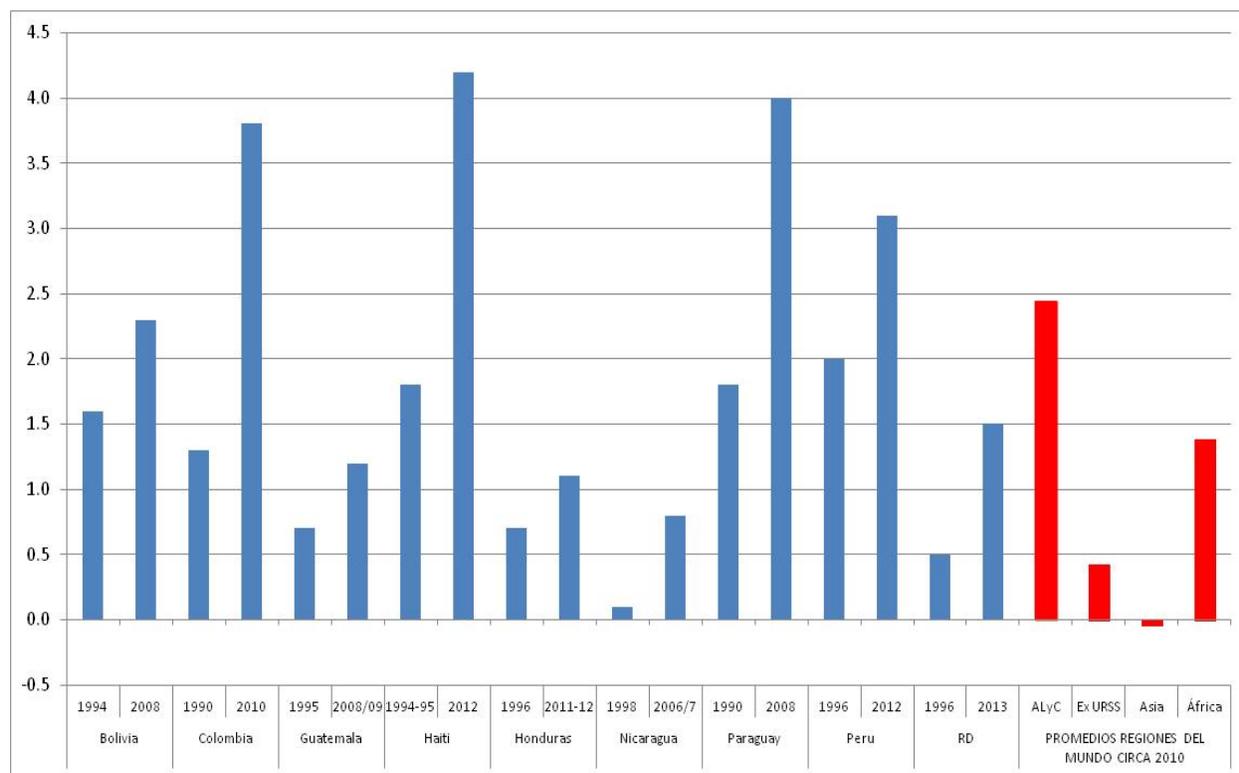
Países incluidos en América Latina: Bolivia, Colombia, El Salvador, Haití, Paraguay, Perú, República Dominicana.

Un punto importante, es que el abatimiento intertemporal de las barreras culturales para la actividad sexual en la adolescencia en la región (que, en todo caso, han sido más bien porosas durante largo tiempo), se ha basado en el aumento de la actividad sexual prenupcial. El gráfico 2 es elocuente al respecto y muestra un ensanchamiento masivo y en algunos países intensos de la diferencia entre la edad mediana del primer coito y la edad mediana de la primera unión. De hecho, la región registra la mayor brecha entre estas edades, que es indicativa de la cuantía de la iniciación sexual prenupcial, dentro de los países en desarrollo, como se advierte en el gráfico 2. En este sentido, la región se acerca a un rasgo

distintivo de la modernidad sexual prevaleciente en los países desarrollados occidentales, cual es la separación entre la actividad sexual y la unión, en particular en la adolescencia (Di Cesatre, 2015). Sin embargo, la región aún está lejos de los niveles que ha alcanzado esta separación en los países desarrollados, tanto porque aún no registra índices de iniciación sexual tan tempranos, como porque todavía registra mayores índices de unión durante la adolescencia, como se expondrá más adelante.

Gráfico 2

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



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

Ex URSS: Albania, Armenia, Azerbaijan, Moldavia, Tajikistán.

Asia: Bangladesh, Camboya, India, Indonesia, Jordania, Nepal, Filipinas, Vietnam.

África: Benin, Burkina Faso, Camerún, Chad, Comoros, Congo Democratic Republic, Costa de Marfil, Etiopía, Gabón, Ghana, Guinea, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Maldives, Mali, Mozambique, Níger, Nigeria, Rwanda, Sao Tome and Principe, Senegal, Sierra Leone, Tanzania, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe.

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

El gráfico 3, usando el indicador de porcentaje de iniciadas sexualmente entre las muchachas de 15 años, ratifica el aumento de la actividad sexual en la región, ya que se duplicó entre 1990 y 2000 al pasar de 7.7% en 1990 a 15.8% en 2010.¹⁷ Lo anterior está lejos de significar que en esta tendencia radica la causa

¹⁷ Las cifras son diferentes, en nivel y tendencia, a las del gráfico 1, porque el indicador es diferente (no así la fuente para América Latina, que es la misma, aunque en este caso se trata de procesamientos de las bases de datos y no de

del aumento de la reproducción en la adolescencia o que sobre ella hay que concentrar la acción pública. Desde luego que tiene efectos potenciales, aumentadores de la reproducción durante la adolescencia. Pero como es sabido, estos pueden ser compensados, incluso sobrecompensados, por otras variables intermedias, como el uso de anticonceptivos. Además, los datos provenientes de la HBSC expuestos en el gráfico 3, ofrecen dos insumos centrales para la comprensión del efecto de la actividad sexual durante la adolescencia, en tanto determinante de la reproducción en dicha etapa.

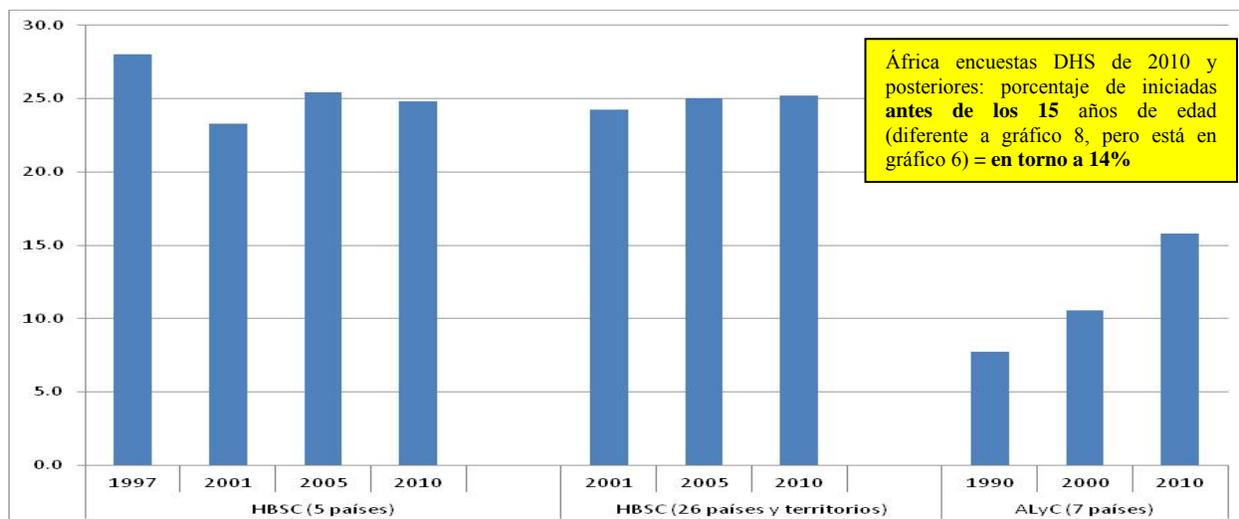
El primero es que los niveles alcanzados y la tendencia de los últimos años están lejos de “condenar” a la región a una fecundidad adolescente alta. En efecto, los datos de la HBSC muestran que el porcentaje de muchachas de 15 años sexualmente activas es, durante todo el período de observación, muy superior al de la región. Pese a ello, los niveles de maternidad adolescente a la edad 15 son tan insignificantes en los países donde se levanta HBSC que ni siquiera se consulta al respecto en la encuesta (lo mismo ocurre con la unión). Algo parecido acontece con la maternidad antes de cumplir los 20 años de edad, que es mucho menos frecuente que en América Latina. Ciertamente, esta situación obedece a que los niveles de uso de anticoncepción y de aborto son mucho mayores en estos países que en América Latina, lo que refuerza la pertinencia de enfocar el análisis y las políticas en estas variables. El segundo insumo sugiere que hay límites para el adelantamiento de la iniciación sexual, ya que en varios países se ha estabilizado y en algunos cuantos, entre ellos los Estados Unidos, parece haber una ligera postergación. Este hallazgo abre el abanico de fuerzas que pueden contribuir a la prevención de la reproducción en la adolescencia.

Las cifras presentadas hasta ahora sugieren que las relaciones agregadas entre actividad sexual y desarrollo económico y social son complejas y no lineales, lo que refuerza la idea que factores diferentes, como las pautas culturales, son decisivos. En efecto, se da la paradoja de que los índices más altos de iniciación sexual durante la adolescencia acontezcan simultáneamente en los países más pobres del mundo y en los más ricos (HBSC). Y que en ambos contextos hay casos que se apartan de la regla, como algunos países del norte de África (Marruecos y Túnez, por ejemplo) donde la iniciación sexual temprana es infrecuente porque la unión temprana lo es, lo mismo que ocurre en algunos países desarrollados del Sureste asiático (Singapur, Malasia, por ejemplo). Dejando de lado estas especificidades, pareciera ser que la cultura occidental moderna, en la cual se inserta América Latina y el Caribe con todas sus hibridaciones y particularidades (Bozón y Gayet, 2009), facilita la masificación de la iniciación sexual en la adolescencia, produciéndose crecientemente antes de la unión.

indicadores obtenidos mediante el uso de Statcompiler). El indicador del gráfico 3 corresponde a iniciación sexual previa al cumpleaños 15 entre la cohorte de 20 a 24 años de edad al momento de la encuesta. En cambio, el indicador del gráfico 8 corresponde a la iniciadas (sin especificar edad) de la cohorte de edad 15 al momento de la encuesta.

Gráfico 3

América Latina y el Caribe (países seleccionados) y países y territorios desarrollados (HBSC), mujeres de 15 años de edad: proporción de iniciadas sexualmente, 1990-2010



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

Países incluidos en América Latina: Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Perú y República Dominicana.

Países incluidos en HBSC 1997-2010: Hungría, Escocia, Letonia, Finlandia, Francia

Países (y territorios) incluidos en HBSC 2001-2010: Austria, Bélgica (Flamenca), Canadá, Croacia, República Checa, Inglaterra, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Groenlandia, Hungría, Italia, Letonia, Lituania, Holanda, Portugal, Federación Rusa, Escocia, Eslovenia, Suecia, Suiza, Ucrania, Gales.

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

La unión —una variable intermedia que actúa a través de otra (la actividad sexual) y que, en principio, debiera estar perdiendo importancia por el aumento de la actividad sexual sin unión—, presenta un comportamiento peculiar en la región, que ha sido etiquetado como la “*paradoja de la estabilidad*” (Esteve y Florez-Paredes, 2014). Esto es, a diferencia de lo que cabría esperar y de lo observado en otras regiones, la primera unión no se ha postergado de forma significativa.¹⁸

Los datos censales más recientes disponibles ratifican esta paradoja. Como se aprecia en el gráfico 4, el **porcentaje de solteras** (no unidas, en general nunca unidas) entre las muchachas de 15 a 19 años de edad —así como entre las de 19 y 20 años de edad, lo que además de controlar la edad permite tener una aproximación a la probabilidad de permanecer soltera durante la adolescencia— aumentó ligeramente

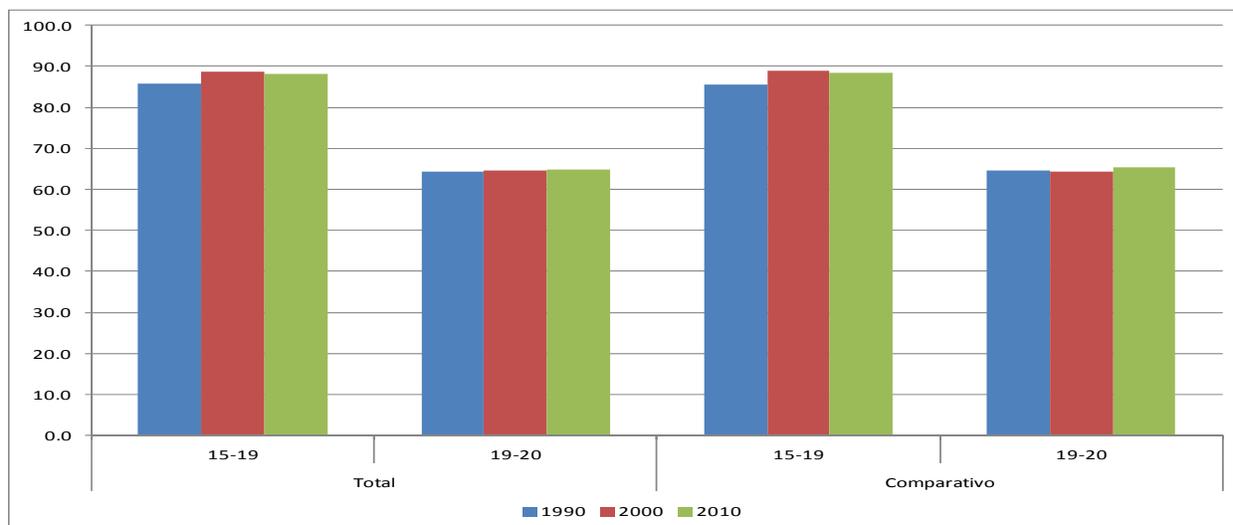
¹⁸ Unión en su acepción demográfica y no de matrimonio legal o religioso ya que este, aparte de perder representación, se ha hecho más tardío.

entre 1990 y 2010 en el grupo 15 y 19 (aunque bajó entre 2000 y 2010) y se mantuvo casi constante en el grupo 19-20 (valores comparativos, porque se trata de los países que tienen datos en las tres rondas censales). Los valores sugieren que casi 4 de cada 10 mujeres de la región tiene su primera unión durante la adolescencia, lo que supera largamente los niveles de los países desarrollados, donde la unión en la adolescencia es muy infrecuente (Di Cesare, 2015; Cherry y Dillon, 2014) Dado que la unión mantiene una vinculación estrecha con la reproducción, como se verá en el análisis multivariado de más adelante¹⁹, estas cifras revelan una exposición elevada al riesgo de maternidad adolescente de una fracción significativa de las adolescentes, no tan distante del 30% que termina siendo madre durante la adolescencia.

¹⁹ Aunque el análisis multivariado no controlará la causalidad inversa que a veces se presenta en esta relación durante la adolescencia (la concepción o la reproducción conduce a la unión y no al revés).

Gráfico 4

América Latina y el Caribe, países seleccionados, mujeres de 15 a 19 años y de 19 a 20 años: Porcentaje de solteras, circa 1990 y circa 2010, todos los países con datos rondas de censos de 1990 y 2010 y 7 países con datos en los dos censos



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

Siete países incluidos en total comparativo: Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, México, Panamá, Venezuela

Países incluidos en total, 2010: Argentina, Bolivia (Est. Plur. de), Brasil, Costa Rica, Ecuador, Honduras, México, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de)

Países incluidos en total, 2000: Argentina, Bolivia (Est. Plur. de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de)

Países incluidos en total, 1990: Argentina, Bolivia (Est. Plur. de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela (Rep. Bol. de)

Ahora bien, desde una perspectiva comparada mundial, la región no destaca particularmente por niveles sobresalientes de unión temprana. De hecho, tanto en 1990 como en la actualidad registra índices inferiores a Asia y África (Gráfico 5). Y respecto de los países desarrollados, las últimas cifras censales, basadas no en la situación conyugal sino en la situación de pareja, revelan gran diferencia, pero bastante inferior a la registrada respecto de la maternidad.²⁰ En cambio, la región sí destaca por una baja mucho menor de estos índices en el período mencionado, al menos respecto de las otras regiones del mundo en

²⁰ 2.8% de las mujeres de 15 a 19 años vivía con una pareja (casada, en unión civil o en unión consensual) o era madre soltera (promedio ponderado de Bélgica, Dinamarca, Alemania, Grecia, España, Francia, Italia, Luxemburgo, Holanda, Austria, Portugal, Finlandia, Suecia, Reino Unido, Islandia, Noruega y Suiza (<https://ec.europa.eu/CensusHub2/query.do?step=selectHyperCube&countrycode=en&clearSession=true>)).

desarrollo. Independiente de lo anterior, los índices de unión o convivencia durante la adolescencia son, sin duda, mayores que los esperados a la luz de su nivel de desarrollo humano.²¹

La ausencia de una postergación significativa de la primera unión es uno de los eslabones clave de la fecundidad adolescente elevada y resistente a la baja de la región. Su importancia no debe ser sobreestimada, dado que en la región la actividad sexual está lejos de limitarse solo a la unión y esta disociación es creciente y probablemente seguirá siéndolo, habida cuenta de la experiencia de los países occidentales desarrollados.²² Y sus niveles tampoco deben ser considerados como una condena inevitable, porque hay otras regiones del mundo donde la nupcialidad es incluso más temprana y tienen menores niveles de maternidad adolescente. Ahora bien, reducir estos altos índices de nupcialidad temprana sin duda significaría una contribución importante para el descenso sostenido de la maternidad temprana.

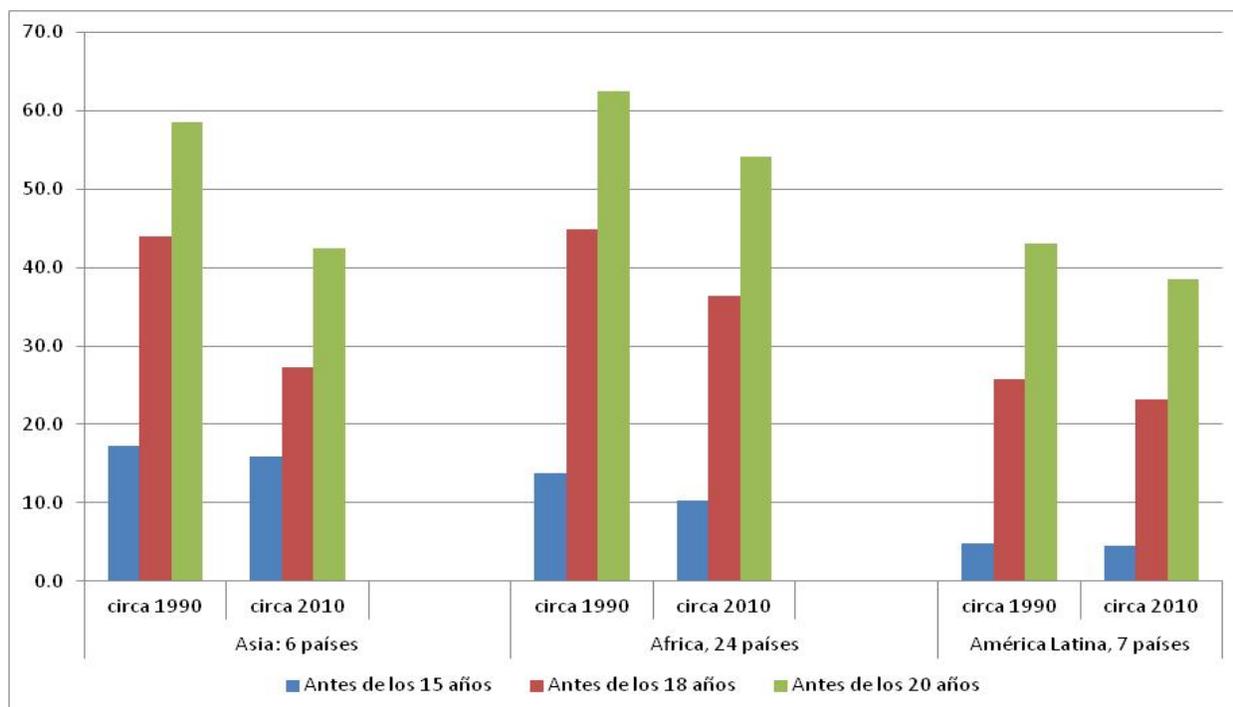
En este escenario complejo y diversos, las políticas deben atender a ambos grupos: unidas y no unidas sexualmente activas (y en términos preventivos deben apuntar a las y los adolescentes no iniciadas/os desde niños en función de la autonomía progresiva del niño/a). Además, como la unión temprana también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

²¹ Aunque estudios recientes globales indican que: “*The postponement of marriage is more marked in developed countries*” (www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2011-1.pdf, p.2), la evidencia más reciente sugiere que la relación entre la edad de la primera unión y el desarrollo económico y social es menos estrecha que la existente entre el desarrollo y la edad del primer matrimonio o del primer hijo. Estos dos último hitos se han pospuesto de manera significativa en los países desarrollados, mientras que el inicio de la unión registra un retraso mucho más tímido y mucho más diverso regionalmente, con una posposición más marcada en el Sur de Europa: “*Union formation, marriage and entry into parenthood, however, have been postponed. Postponement, though, is stronger for entry into marriage and entry into parenthood than for entry into a first union*” Billari y Liefbroer (2010), p.73.

²² “*To the extent that attitudes among young people in Latin America are influenced by mass media messages emanating from North America and Western Europe, where levels of premarital sexual activity are much higher, the trend may be irreversible*” (Ali and Cleland, 2005, p. 1183).

Gráfico 5

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



Fuente: Statcompiler

Países incluidos en Asia: Bangladesh, Indonesia, Jordania, Nepal, Pakistán y Yemen

Países incluidos en África: Benín, Burkina Faso, Burundi (solo circa 2010 en primer sexo), Camerún, Comoras, Costa de Marfil, Egipto (solo circa 2010 en primer sexo), Ghana, Guinea, Kenia, Liberia (solo circa 2010 en primer sexo), Madagascar, Malawi (solo circa 2010 en primer sexo), Mali, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, Senegal, Tanzania, Togo (solo circa 2010 en primer sexo), Uganda, Zambia, Zimbabue.

Países incluidos en América Latina: Bolivia, Colombia, El Salvador, Haití, Paraguay, Perú y Republica Dominicana.

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

Avanzando con las variables intermedias, el uso de anticonceptivos entre las adolescentes sexualmente activas está muy rezagado aún en la región, al menos en comparación con lo observado en países desarrollados. En el gráfico 6 se aprecia a un grupo particularmente expuesto al riesgo de maternidad precoz. Se trata de las muchachas de 15 años que ya iniciaron su vida sexual. En el caso de los países de América Latina y el Caribe se expone la proporción de ellas que declara haber usado condón en su primera relación sexual, mientras que en el caso de los países desarrollados se trata de la última relación sexual. Por tratarse de muchachas tan jóvenes, la diferencia entre ambos indicadores debería ser menor.

Se advierte una brecha enorme, que incluso sería mayor si se considerase todo el espectro de anticonceptivos, pues en tal caso la actividad sexual protegida entre muchachas de 15 años sería casi

universal en los países donde se levanta la HBSC, donde la suma de las dos protecciones principales supera el 100%. Las excepciones en el gráfico 6 son Colombia y Chile, que en torno a 2010 mostraban más de un 50% de iniciación protegida con condón (el anticonceptivo más usado, por lejos, por los y las adolescentes) entre las muchachas de 15 años. De cualquier manera, está muy por debajo de las cifras promedio de HBSC. Además, la eficiencia de ese uso inicial, eventualmente por irregularidad o abandono posterior, no es muy alta si se consideran los niveles de la fecundidad adolescente en ambos países actualmente, del orden de 90 por mil en Colombia (DHS 2010) y de 50 por mil en Chile.²³

El grado de protección anticonceptiva depende de la eficiencia del medio y de la eficiencia de su uso. Un estudio reciente sobre el Cono Sur de América Latina sugiere un aumento importante del uso de anticonceptivos entre adolescentes, lo que estaría acercando a la región a los niveles registrados en los países desarrollados (Binstock, 2016). Sin embargo, el mismo estudio reconoce que tales niveles son inconsistentes con los índices de fecundidad adolescentes aún comparativamente altos y resistentes a la baja en el Cono Sur. Aunque parte de la respuesta a tal inconsistencia podría estar en la última variable intermedia, el aborto, cuyas magnitudes son difíciles de estimar con precisión en la región (al menos entre adolescentes), hay una parte de la respuesta que corresponde a limitaciones intrínsecas de los indicadores usados, que no captan la eficiencia del uso, tal como lo sugiere el estudio mencionado.²⁴

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

²³ INE, 2015, [Estadísticas Vitales. Anuario 2013, www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/completa_vitales_2013.pdf](http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/completa_vitales_2013.pdf), gráfico 7, p.28.

²⁴ “Estos niveles altos de uso de anticoncepción en la iniciación así como en las relaciones posteriores, y del preservativo o de pastillas anticonceptivas no condice ni con la estabilidad y resistencia a la baja de los indicadores vinculados al embarazo y fecundidad adolescente, ni mucho menos con la frecuencia que ocurren embarazos clasificados al menos como inoportunos. Por lo tanto es evidente que la extensión del uso de anticoncepción es menor a la declarada o el uso no es constante o consistente” (Binstock, 2016, p. 27).

Por otra parte, se ha demostrado que el uso actual de anticoncepción entre adolescentes puede ser facilitado por la maternidad previa (Rodríguez, 2013), y en tales casos el uso actual tal vez logre prevenir nacimientos de orden superior a uno, pero no el nacimiento ya ocurrido y con ello la maternidad adolescente.²⁵ Así, analizar y cuantificar con más precisión la eficiencia del uso de anticonceptivos entre adolescentes exige un esfuerzo mayor de investigación y generación de mejores indicadores. Un estudio pionero en tal sentido fue el de Alí y Cleland (2005). En él, se estima un indicador de frecuencia de actividad sexual entre las mujeres de 15 a 24 años y un indicador más preciso de tiempo de exposición al riesgo de embarazo (y tiempo de actividad sexual protegida) usando los datos disponibles en la DHS, que en principio no permiten calcular de forma directa tales indicadores.²⁶

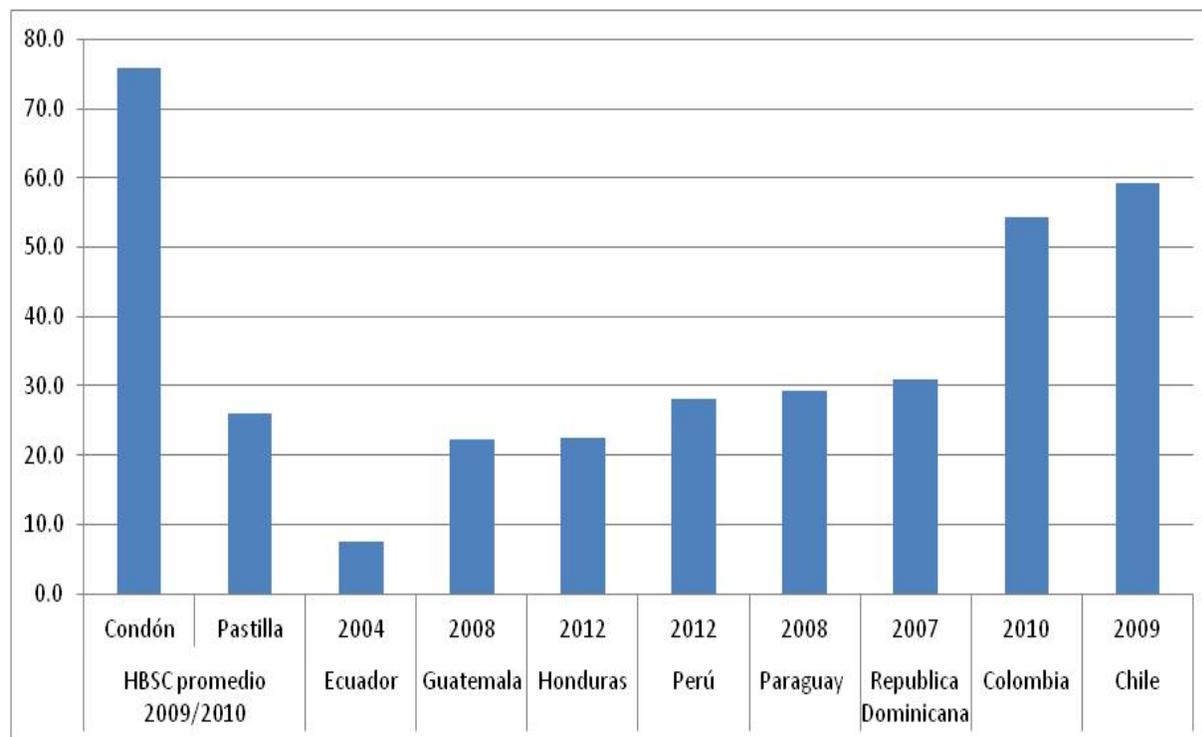
Más allá de los desafíos metodológicos, la conclusión de los datos antes expuestos es que la anticoncepción, que es por lejos la variable intermedia decisiva para la baja de la fecundidad en el resto de las edades (United Nations 2011a y 1987), no se expande lo suficiente ni logra la eficiencia necesaria para contrarrestar la estabilidad relativa de la unión y la masificación de la iniciación sexual en la adolescencia. Se trata de una conclusión no muy diferente a la que habían llegado Alí y Cleland una década atrás: *“Because of pervasive declines in the protective effect of virginity, conception rates among single women in Latin America are rising. Contraceptive uptake, particularly of condoms, is increasing but not sufficiently to offset the decline in virginity.”* (Ali and Cleland, 2005, p. 1175), lo que refuerza la necesidad de acciones, como las acordadas por los países de la región en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo en agosto de 2013, pues el diagnóstico técnico está relativamente claro desde inicios de siglo, y de acuerdo al presente trabajo dicho diagnóstico mantiene validez.

²⁵ De hecho, esta relación inversa hace que el coeficiente del uso actual en modelos multivariados sugiera una relación positiva con la probabilidad de ser madre (Rodríguez, 2014b, 2011 y 2008).

²⁶ *“The calendar contains no information about frequency of sexual intercourse or number of sexual partners, which is a major limitation. We therefore have no alternative but to consider time after loss of virginity as sexually active.”* (Ali and Cleland, 2005, p. 1177).

Gráfico 6

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



Fuente: procesamiento especial de encuestas DHS²⁷ o RHS²⁸ y HBSC.

4.4 Reproducción en la adolescencia en América Latina: la deseabilidad

Las encuestas especializadas proporcionan cifras relevantes sobre la valoración de la maternidad a partir de los indicadores sobre aspiraciones reproductivas. La media de estas aspiraciones y en particular la proporción de mujeres que no desea tener hijos, dan pistas sobre la valoración de la maternidad, aunque ciertamente no cubren la complejidad de esta noción. Cualquiera sea el caso, la declaración que proporciona las adolescentes sobre los hijos que desean tener no puede considerarse como un indicador de valoración de la maternidad en la adolescencia, pues su declaración no especifica cuándo los quieren tener. El indicador convencional de fecundidad no deseada tampoco es de utilidad para este grupo, pues los nacimientos en la adolescencia difícilmente superarán el ideal reproductivo, por ser mayoritaria y crecientemente de orden 1.

²⁷ www.measuredhs.com

²⁸ www.cdc.gov/reproductivehealth/global/tools/surveys.htm

Entonces, la opción técnicamente más sólida parece ser el indicador de planificación/deseabilidad de los hijos ya tenidos, distinguiendo según edad a la que se tuvieron. Las encuestas DHS hacen esta pregunta para los nacimientos tenidos en los 5 años previos a la encuestas. Por la forma en que se redacta la consulta, los nacimientos pueden clasificarse en: i) deseados en ese momento; ii) deseados en otro momento; iii) no se deseaba tener (más) hijos, siendo las dos últimas categorías las que componen los nacimientos no planificados/deseados. El gráfico 7 presenta la comparación mundial actual de los nacimientos no planificados/deseados en la adolescencia y el gráfico 8 ofrece datos novedosos sobre la planificación de la maternidad adolescente actual según nivel socioeconómico. No se presentan datos sobre la tendencia de la deseabilidad/planificación de los hijos tenidos en la adolescencia, porque las cifras expuestas en Rodríguez 2014 (p. 60).

Del gráfico 7 puede concluirse que en algunas regiones del mundo la maternidad temprana tiene altos niveles de planificación asociados a elevados índices de unión temprana u a otros factores, como la ausencia de alternativas y desigualdades de género que confinan a las mujeres desde la adolescencia a papeles domésticos y maternos. Pero no es el caso de América Latina que presenta, por lejos, los mayores índices de nacimientos no planificados/deseados en la adolescencia. El gráfico 8 atañe a uno de los aspectos más debatidos de la deseabilidad/planificación de la maternidad temprana. Se trata de su segmentación o desigualdad socioeconómica. Existe toda una línea argumental en el sentido de que las prácticas de las sociedades tradicionales²⁹, así como la cultura actual de los sectores populares (machismo, familismo, papel femenino centrado en el hogar y la maternidad, etc.), junto con la religiosidad y la falta de oportunidades, “normalizaría” la maternidad temprana, y la dotaría de un “sentido” y una “valoración especial”, por lo cual las adolescentes pobres en su gran mayoría planifican o desean su maternidad.³⁰ Los datos del gráfico 8 sugieren que esta visión no se ajusta a la realidad porque: i) en cinco de los seis países

²⁹ *For much of human history, first births were to teenage mothers and occurred in the context of extended families and under circumstances where maternal work and childcare were easily combined and shared among family and kin* (Kramer y Lancaster, 2009. p. 624).

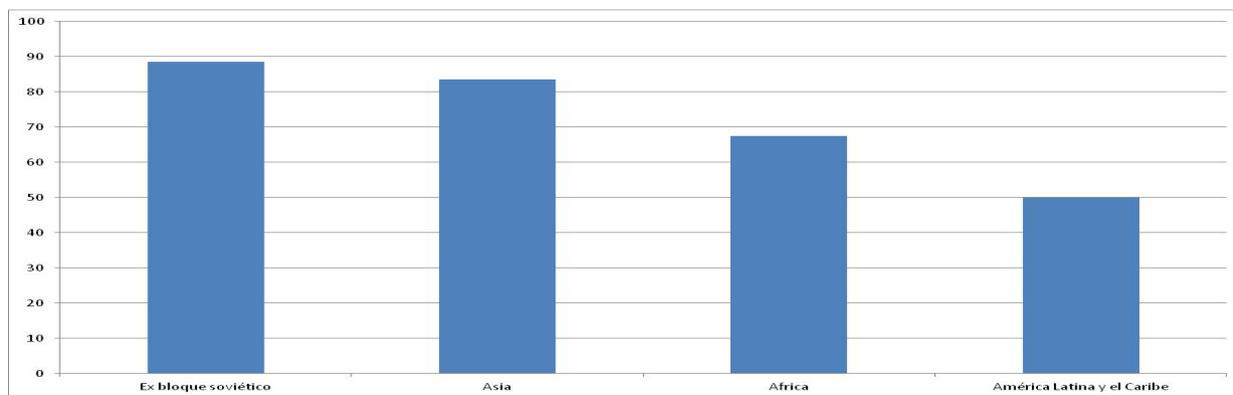
³⁰ *In his research in a favela in northeastern Brazil, Neuhausser (1998) concluded that becoming a mother was a way for an adolescent to gain respect and autonomy, observing that regardless of age, an adolescent girl would become a woman with first sexual intercourse.... Postulating one reason for the growth in teen motherhood rates, Neuhausser observed that “mother” was the only positive identity available to most women and girls in urban slums. Anderson also found that his young female respondents derived a large part of their identities from the babies under their care and guidance. He points out that unlike middle-class teenagers, who take a strong interest in their future and know what a pregnancy can do to derail it, many inner-city adolescents see themselves as having few perceivable options in life, and thus little to lose by having a child out of wedlock. In fact, rather than seeing childbearing as a problem, Ferndandez-Kelly’s respondents expressed pride in the contributions they could make to their communities by becoming mothers* (Steele, 2011, p.8).

expuestos el quintil más pobres registra índices de no planificación/deseabilidad del primogénito³¹ superiores al 50%; ii) el gradiente socioeconómico de la deseabilidad del primogénito es mucho menor que el gradiente social de la maternidad propiamente tal; iii) en tres de los seis países (Bolivia, Honduras y República Dominicana) el gradiente social virtualmente no existe.

En suma, los datos presentados cuestionan la noción de que los nacimientos en esta edad se estarían teniendo como opción frente a la falta de oportunidades o como una suerte de validación social o práctica cultural cuasi inevitable. En cambio, abonan a la idea de que tras esos nacimientos hay un incumplimiento del derecho reproductivo fundamental a decidir cuántos y cuándo tener los hijos. Que esto ocurra en la adolescencia se vincula principalmente a diferentes barreras de acceso a la anticoncepción y a los servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar, que son específicos de los y las adolescentes (o al menos tienen más gravitación en la adolescencia que en otras edades), por las peculiaridades de este grupo de edad, que se expusieron en la introducción de este texto.

Gráfico 7

Grandes regiones del mundo: porcentaje de nacimientos de madres menores de 20 años que declaran ser deseados “en ese momento”, nacimiento tenidos los 5 años previos a la encuesta, encuestas de 2005 en adelante, promedio simples



Fuente: Statcompiler

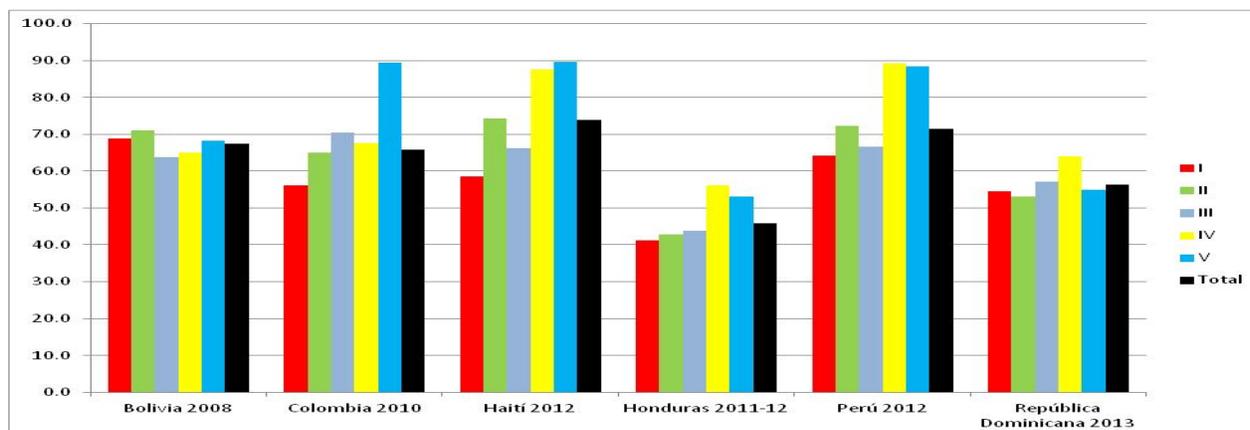
Países incluidos

Ex bloque soviético: Kyrgyzia, Armenia, Tajikistan, Albania, Azerbaijan, Moldovia, Ucrania; Asia: Pakistán, Indonesia, Camboya; Jordania; India; Yemen; Bangladesh, Turquía, Nepal, Filipinas; África: Egipto, Niger, Burkina Faso, Nigeria, Timor-Leste, Mali, Gambia, Madagascar, Senegal, Burundi, Guinea, Mozambique, Sierra Leona, Benin, Etiopía, Tanzania, Comoros, Maldivas, Cameroon, Costa de Marfil, Zimbabue, Liberia, República Democrática del Congo, Ruanda, Togo, Uganda, Zambia, Kenía, Sao Tome y Principe, Gabón, Lesotho, Ghana, Namibia, Swazilandia; América Latina y el Caribe: Guyana, Honduras, República Dominicana, Bolivia, Colombia, Haití, Perú, Guatemala, Nicaragua, Paraguay y El Salvador.

³¹ Se calculó la deseabilidad solo para el primer hijo, porque este suele ser el más deseado. Así los resultados no son afectados por los casos de hijos de orden superior a 1 de muchachas adolescentes al momento de la encuesta, casi con seguridad mucho menos planificados/deseados que el hijo de orden 1.

Gráfico 8

América Latina, países seleccionados: porcentaje de hijos de orden 1 que NO fueron planificados, por nivel socioeconómico, madres de 15 a 19 años de edad, circa 2010



Fuente: procesamiento especial bases DHS

4.5 Las desigualdades sociales y las transiciones de las variables intermedias de la maternidad adolescente: examen multivariado

Los cuadros 1a-1c del Anexo se concentran en la transición de los tres hitos reproductivos durante la adolescencia según nivel socioeconómico. En este caso, la variable de respuesta asume tres categorías: i) iniciación temprana, es decir antes de los 18 años; ii) iniciación tardía, es decir entre los 18 y los 19 años cumplidos; y iii) no transición, es decir no se produjo la iniciación en la adolescencia. Por lo anterior, se usa el grupo 20-24 años y se utilizan regresiones logísticas multinomiales. Los resultados (Anexos 1ª, 1b y 1c) revelan una gran desigualdad de las transiciones nupciales y reproductivas y una menor desigualdad de la transición sexual. Las chances de no tener hijos ni de unirse durante la adolescencia son mucho mayores entre los quintiles aventajados. Como contrapartida, las transiciones reproductivas y nupciales tempranas tienen muchas más chances de ocurrir en los grupos más pobres. En cambio, en el caso de las transiciones sexuales, las diferencias son bastante menores y en algunos casos no significativas, aunque, en general, la iniciación sexual temprana fue más frecuente entre la muchachas del quintil inferior.

Justamente por lo anterior, el cuadro 2 del Anexo presenta la modelación del gradiente socioeconómico sobre cuatro condiciones de uso de anticonceptivos, que van desde la más “protectora” (usó en el primer coito y usa actualmente), hasta la menos (no usó ni en primera relación sexual ni usa actualmente). El cálculo se basa en las muchachas de 20 a 24 años al momento de la encuestas que se iniciaron

sexualmente durante la adolescencia³² y ratifica plenamente que el acceso a la protección anticonceptiva oportuna (es decir, desde el inicio de la actividad sexual) es marcadamente desigual —en Perú y Bolivia, por ejemplo, tomando como base la chance de estar en la categoría más protegida, las muchachas del quintil inferior tienen chances 15 veces mayores que el quintil superior de estar en la categoría de mayor desprotección y entre 6 y 9 veces la de estar en la categoría que sigue de desprotección³³— y es un eslabón clave de las desigualdades reproductivas en los países incluidos en el cuadro y probablemente en todos los países de la región.

5. Discusión y conclusiones

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

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

³² Dado que se trata de una variable que en sí aporta información sobre la protección anticonceptiva, en el cuadro que sigue se muestra la distribución relativa de las cuatro categorías, quedando en evidencia la escasa protección anticonceptiva de adolescentes y jóvenes en países como Bolivia, y la potencialmente inoportuna protección (por uso actual pero no inicial) en el resto, salvo Colombia donde la iniciación protegida bordea el 50%.

VARIABLES	Bolivia 2008	Colombia 2010	Honduras 2011-12	Perú 2012	República Dominicana 2007
Uso actual y uso 1RS	5.2%	32.1%	8.4%	14.4%	11.0%
Uso actual y no uso 1RS	24.7%	30.2%	41.2%	33.8%	37.8%
No uso actual y uso 1RS	8.4%	16.4%	10.2%	13.7%	11.9%
No uso actual y no uso 1RS	61.7%	21.3%	40.1%	38.1%	39.3%

³³ Interesantemente, no hay gradiente social respecto de la tercera categoría, es decir iniciación sexual protegida y uso actual de anticoncepción. Esto revela que el factor que marca la diferencia se la iniciación protegida, tal como se comentó anteriormente, porque el uso actual puede deberse tanto a una protección sistemática bajo nuliparidad, como a una protección luego de haber sido madre

Esta peculiar transición tiene como **primer componente** al adelantamiento significativo de la iniciación sexual y a la masificación del debut sexual durante la adolescencia. En efecto, entre 1990 y 2010 el debut sexual antes de los 20 años pasó del 50% al 70%, para los países con encuestas especializadas y usando como grupo informante a las mujeres de 20 a 24 años. En el resto del mundo en desarrollo, la tendencia fue más bien a postergar la iniciación sexual en directa concomitancia con el atraso de la primera unión. Y en el mundo desarrollado la tendencia fue errática, con grandes variaciones entre países y mostrando, por primera vez desde que hay registros sobre la materia, inflexiones del calendario de la iniciación sexual por postergación, normalmente tímida, luego de décadas de adelantamiento (Cherry y Dillon, 2014).

La relación entre la iniciación sexual y la unión constituye un **segundo componente**, con una **doble cara**, de esta peculiar transición de los determinantes próximos de la reproducción en la adolescencia. Por una parte, el adelantamiento de la iniciación sexual no fue concomitante con una unión más temprana; de hecho, esta última se retrasó en el período antes mencionado, por lo cual lo que aumentó en las últimas décadas fue la actividad sexual antes o sin necesidad de unión, la que normalmente no tiene propósitos reproductivos. Se trata de un componente completamente alineado con la experiencia de los países desarrollados y con un rasgo clave de la modernidad sexual y reproductiva: la disociación entre actividad sexual y unión y entre actividad sexual y propósito reproductivo. Como contrapartida, la postergación de la primera unión fue tenue, algunos investigadores hablan más bien de “estabilidad”, lo que claramente se distancia de la experiencia de los países desarrollados, donde la unión durante la adolescencia es marginal (Di Cesare, 2015; Cherry y Dillon, 2014). Lo anterior genera una paradoja, pues en principio la unión debiera estar perdiendo importancia como variable intermedia al expandirse la actividad sexual antes o sin necesidad de unión. Pero por esta mantención de un “núcleo” duro de unión temprana y la fuerte asociación que los datos muestra entre unión y reproducción entre las adolescentes, entonces la unión está lejos de perder importancia y necesariamente debe ser un objeto de política. Por ello, la antes mencionada “doble cara” de este componentes genera, por una parte, que las políticas deben dar especial atención —más concretamente, garantizar información y acceso oportuno a todos los medios anticonceptivos respetando los principios de autodeterminación, privacidad y confidencialidad— a las/los adolescentes sexualmente activos y no unidos, que se pasan a ser mayoría y que, generalmente, no desean tener hijos; y por otra parte hace que las políticas aún deban destinar esfuerzos y recursos para promover la postergación de la unión —por las adversidades que entraña, pero reconociendo que no hay espacio para limitar las decisiones libres e informadas de las muchachas, más allá de las consideraciones legales, que, por lo demás, no aplican en el caso de las uniones de hecho, ampliamente mayoritarias entre las y los

adolescentes—, y para brindar planificación familiar a las y los adolescentes unidos, que suelen ser más proclives a desear la reproducción.

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

Un cuarto componente, es la etapificación de las iniciaciones, que presenta pendientes sobresalientes entre los 15 y los 17 años cumplidos. En el caso de la iniciación sexual, pese a su adelantamiento, que también se expresó en un incremento en el debut sexual antes de los 15 años, la proporción de iniciadas precozmente (antes de los 15 años) sigue siendo inferior a África, Asia y los países desarrollados que cubre la HBSC. En cambio, las iniciadas antes de los 18 años superan largamente a Asia, se equiparan a África y probablemente se acercan a los países desarrollados. En el caso de la iniciación nupcial, esta es muy infrecuente antes de los 15 años, a diferencia de África y Asia, pero al cumplir los 20 años el porcentaje es similar al observado en Asia (aunque bastante inferior al de África) y ciertamente es mucho mayor que el registrado en los países desarrollados aún; de cualquier manera el rasgo distintivo de la unión en la adolescencia en la región no es tanto su nivel como su resistencia a la baja y su estrecha relación con pobreza y reproducción adolescente. Y en el caso de la iniciación reproductiva, el contraste es muy claro entre África y América Latina y el Caribe, que tiene una pendiente fuerte y sistemática, y Asia y los ex países soviéticos, con una pendiente más suave e irregular (gráfico 9).

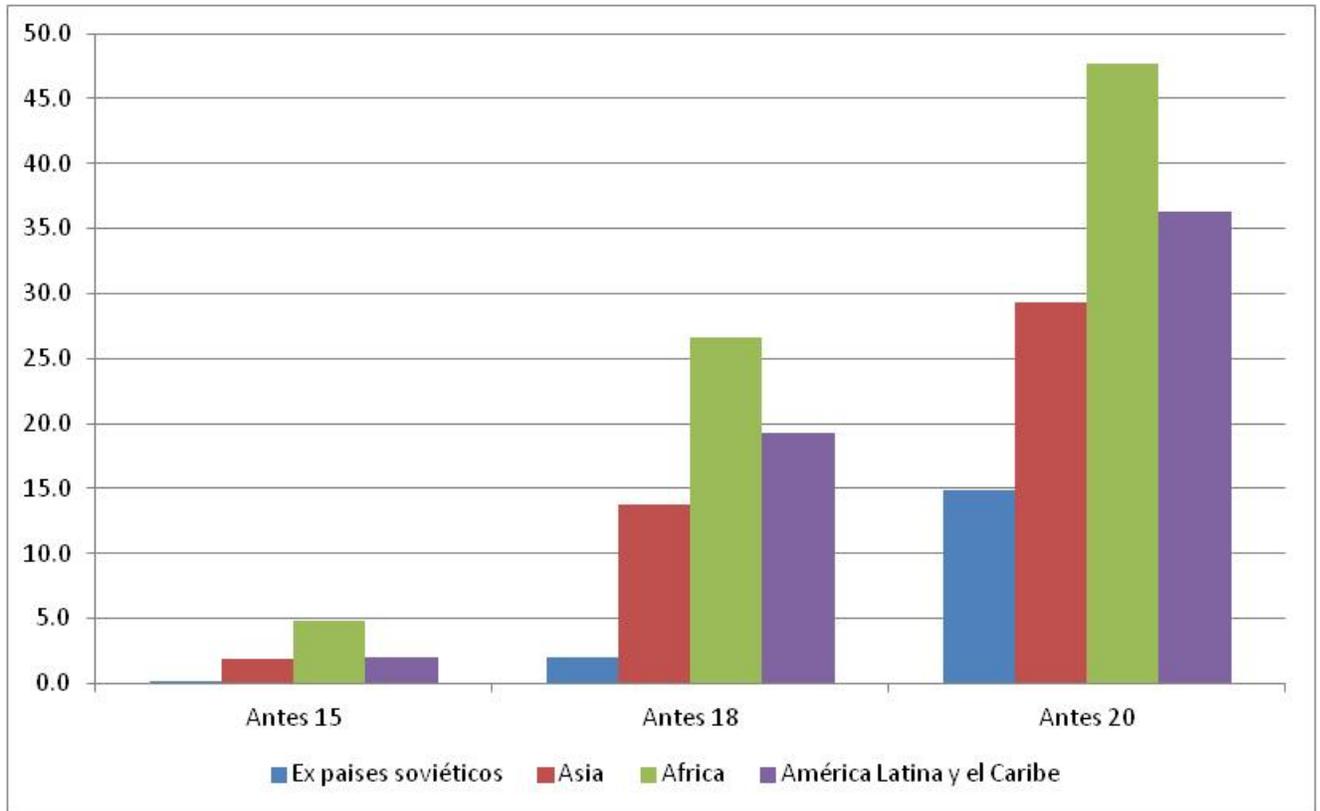
Un quinto componente es la desigualdad, que se expresa como síndrome por cuanto las tres iniciaciones son más tempranas entre los pobres, lo que se conjuga con una protección anticonceptiva mucho menor. El resultado es una fecundidad adolescente mucho mayor entre las pobres. Cualquiera sea el caso, dado el

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

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

Gráfico 9:

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



Fuente: Statcompiler

BIBLIOGRAFÍA

- Ali, M. M., & Cleland, J. (2005). Sexual and reproductive behaviour among single women aged 15–24 in eight Latin American countries: a comparative analysis. *Social Science & Medicine*, 60(6), 1175–1185. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.07.002>
- Anderson, T. R., & Slotkin, T. A. (1975). Maturation of the adrenal medulla--IV. Effects of morphine. *Biochemical Pharmacology*, 24(16), 1469–1474.
- Baumle, A. K. (Ed.). (2013). *International handbook on the demography of sexuality*. Dordrecht: Springer.
- Bearinger, L. H., Sieving, R. E., Ferguson, J., & Sharma, V. (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *The Lancet*, 369(9568), 1220–1231. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60367-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60367-5)
- Billari, F. y A. Liefbroer (2009), Towards a new pattern of transition to adulthood?, *Advances in Life Course Research* 15 (2010) 59–75
- Bongaarts, J. (1982). The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables. *Studies in Family Planning*, 13(6–7), 179–189.
- 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, juin, Paris, Institut national d'études démographiques, [en línea] http://www.ined.fr/fichier/t_publication/542/publi_pdf1_pop_et_soc_francais_391.pdf, p.2)
- Bozon, M., & Leridon, H. (1993). *Sexualité et sciences sociales: les apports d'une enquête ...* Paris: Institut national d'études démographiques.
- Caro Luján, N. (2014). *La decisión sexual: comportamiento sexual y reproductivo de mujeres jóvenes en la ciudad de México* (Primera edición). Zinacantepec, México: El Colegio Mexiquense, A.C.
- Céspedes, C., & Robles, C. (2016.). *Niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe. Deudas de igualdad*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Cherry, A. L., & Dillon, M. E. (2014). *International handbook of adolescent pregnancy: medical, psychosocial, and public health responses*. Recuperado a partir de <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=1636445>
- Currie C. et al., eds (2012). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6). www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf
- Di Cesare M. (2015) Fecundidad adolescente en los países desarrollados: niveles, tendencias y políticas, CEPAL, CELADE-División de Población, Santiago, Serie Documentos de Proyectos, LC/W.660, http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38770/1/S1500642_es.pdf 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, CEPAL, Serie Población y Desarrollo, No. 72, LC/L.2652-P.
- Esteve Albert, & Florez-Paredes, E. (2014). Edad a la primera unión y al primer hijo en América Latina: estabilidad en cohortes más educadas. *Notas de Población*, 99, 36–65.
- Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad*. Madrid: Siglo XXI.
- Grant, M. J., & Furstenberg, F. F. (2007). Changes in the Transition to Adulthood in Less Developed Countries (Changements dans le passage à l'âge adulte dans les pays en développement). *European Journal of Population / Revue Européenne de Démographie*, 23(3/4), 415–428.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press
- INE, (Instituto Nacional de Estadísticas). (2015). *Estadísticas Vitales*. Anuario 2013.
- Juárez, F. y C. Gayet (2005), Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas, *Papeles de Población*, vol. 11, núm. 45, julio-septiembre, pp. 177-219 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México.
- Kirby, D. (2001), Understanding What Works and What Doesn't in Reducing Adolescent Sexual Risk-Taking, *Family Planning Perspectives*, Vol. 33, No. 6 (Nov. - Dec., 2001), pp. 276-281 (Kramer, K.L., and J.B. Lancaster. “Teen Motherhood in Cross-cultural Perspective.” *Annals of Human Biology* 37, no. 5 (2010): 613–628, p. 613-614.
- Kramer, K.L., and J.B. Lancaster. “Teen Motherhood in Cross-cultural Perspective.” *Annals of Human Biology* 37, no. 5 (2010): 613–628.
- Katchadourian, H. A. (1983). *Sexualidad humana: un estudio comparativo de su evolución*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

- Lechner, N. (1990), ¿Son compatibles modernidad y modernización? El desafío de la democracia latinoamericana. Documento de Trabajo FLACSO –CHILE, n°440.
- Macintyre, A., A. Montero y M. Sagbakken (2015), "Sexuality? A million things come to mind": reflections on gender and sexuality by Chilean adolescents, *Reproductive Health Matters*; 23(46): 85–95.
- Quilodrán J., C. Cortina y R. Prakash (2012), International Seminar on First Union Patterns around the World Madrid, Spain, 20-22 June 2012. Report, IUSSP Scientific Panel on Nuptiality, http://iussp.org/sites/default/files/Seminar_Report_Nuptiality_Madrid_2012.pdf
- Pearson, J. y L. Wilkinson (2014), Adolescent Sexual Experiences, en Baumle (ed.), *International Handbook on the Demography of Sexuality*, Springer.
- Rendall, M. y otros (2009), "Universal versus economically polarized change in age at first birth: a French-British comparison", in *Population and Development Review* 35(1), New York, The Population Council, pp. 89-115.
- Robledo, P. (2014), "Apuntes de clase, Lección 1: Adolescencia y Juventud", Postítulo en plataforma virtual en la Universidad de Santiago de Chile "Salud sexual y reproductiva de adolescentes, con énfasis en consejería", segunda edición 2013-2014, Santiago, mimeo.
- Rodríguez Vignoli, J. (2008). *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción*. Organización Iberoamericana de Juventud.
- _____, (2011). *High adolescent fertility in the context of declining fertility in Latin America* (United Nations expert group meeting on adolescents, youth and development).
- _____, (2013). *Reproducción temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- _____, (2014). La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda 2010. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- _____, (2016). Adolescent fertility in Latin America and the Caribbean/La fécondité des adolescentes en Amérique latine et dans les Antilles; N-IUSSP, May 9, 2016, <http://www.niussp.org/2016/05/09/adolescent-fertility-in-latin-america-and-the-caribbean-la-fecondite-des-adolescentes-en-amerique-latine-et-dans-les-antilles/?print=pdf>
- Santelli, J., Rochat, R., Hatfield-Timajchy, K., Gilbert, B. C., Curtis, K., Cabral, R., Schieve, L. (2003). The Measurement and Meaning of Unintended Pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(2), 94–101. <http://doi.org/10.1363/3509403>
- Rutstein, S. and G. Rojas, 2006, GUIDE TO DHS STATISTICS, Demographic and Health Surveys, ORC Macro, Maryland, <http://dhsprogram.com/publications/publication-dhsg1-dhs-questionnaires-and-manuals.cfm>
- Shepard B. (2000), The "double discourse" on sexual and reproductive rights in Latin America: The chasm between public policy and private actions. *Health and Human Rights*, 2000;4(2):110–143.
- Steele, Liza (2011), "A Gift from God": Adolescent Motherhood and Religion in Brazilian Favelas, *Sociology of Religion* 2011, 72:1 4-27, p.8).
- Szasz, I., S. Lerner y A. Amuchástegui (1996), Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad, El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano,
- Trucco, D. y H. Ullman (2016), Realities and challenges for achieving development with equality, ECLAC, Serie: Libros de la CEPAL, Desarrollo Social, No.137, LC/G.2647-P
- United Nations. (2015). "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables", *Working Paper*, N° 241 (ESA/P/WP.241), Nueva York, División de Población, 2015 [en línea] <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.
- _____, (2014). World Fertility Report 2013: Fertility at the Extremes (United Nations publication).
- _____, (2011a), Population Facts. World Marriage Patterns, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, December 2011 No. 2011/1, http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2011-1.pdf
- _____, (2011b) United Nations Expert Group Meeting on Adolescents, Youth and Development 21-22 July 2011 New York, Expert Group Meeting, www.un.org/en/development/desa/population/events/expert-group/17/index.shtml
- _____, (1987), Fertility behaviour in the context of development: evidence from the World Fertility Survey, United Nations. Department of International Economic and Social Affairs. Population Division Source, New York, Population Studies No. 100; ST/ESA/SER.A/100
- UNFPA United Nations Population Fund (2013), State of World Population 2013. Motherhood in Childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy, UNFPA, New York.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Helfand, M. (2008). Ten years of longitudinal research on U.S. adolescent sexual behavior: Developmental correlates of sexual intercourse, and the importance of age, gender and ethnic background. *Developmental Review*, 28(2), 153–224. <http://doi.org/10.1016/j.dr.2007.06.001>.

ANEXO

Cuadro 1a

Razones de momios (*odds ratios*) de regresión logística multinomial DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO sobre la chance de tres condiciones de maternidad (no iniciadas, iniciadas antes de los 18 años, iniciadas entre 18 y 19 años, mujeres de 20 a 24 años), países seleccionados de América Latina con encuestas especializadas en torno a 2010

Iniciación (referencia: NO iniciadas en la adolescencia)	Quintil Socio- económico	Bolivia 2008	Colombia 2010	Haiti 2012	Honduras 2011-12	Perú, 2012	República Dominicana 2013
		Razón de momios (Odds ratios)					
Iniciadas antes de los 18 años	I	47.0	15.6	9.2	8.4	38.7	8.6
	II	15.4	6.4	6.4	5.2	15.1	8.1
	III	10.9	3.6	5.0	2.8	4.6	4.1
	IV	5.4	2.1	4.1	1.6	3.1	1.8
	V	Referencia					
Iniciadas entre los 18 y los 19 años	I	21.7	10.4	7.5	5.1	17.6	4.5
	II	8.9	5.7	7.7	3.4	8.4	4.3
	III	5.9	3.1	4.1	2.0	3.6	2.4
	IV	3.1	2.3	2.7	1.4	3.1	1.4
	V	Referencia					

Fuente: procesamiento propios bases de datos encuestas DHS

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

Cuadro 1b

Razones de momios (*odds ratios*) de regresión logística multinomial DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO sobre la chance de tres condiciones de unión (no iniciadas, iniciadas antes de los 18 años, iniciadas entre 18 y 19 años, mujeres de 20 a 24 años), países seleccionados de América Latina con encuestas especializadas en torno a 2010

Iniciación (referencia: NO iniciadas en la adolescencia)	Quintil Socio- económico	Bolivia 2008	Colombia 2010	Haiti 2012	Honduras 2011-12	Perú, 2012	República Dominicana 2013
		Razón de momios (Odds ratios)	Razón de momios (Odds ratios)				
Iniciadas antes de los 18 años	I	19.5	16.5	4.3	8.4	18.8	22.0
	II	16.3	10.3	4.5	5.0	13.5	10.9
	III	12.2	5.6	3.4	3.7	3.8	4.9
	IV	6.1	2.3	3.1	2.5	2.9	2.4
	V	Referencia					
Iniciadas entre los 18 y los 19 años	I	8.0	5.9	4.1	4.2	5.7	7.6
	II	6.4	5.3	4.3	3.0	5.9	4.8
	III	3.2	4.2	3.2	2.3	4.0	2.7
	IV	3.2	2.1	2.3	1.8	2.6	1.8
	V	Referencia					

Fuente: procesamiento propios bases de datos encuestas DHS

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

Cuadro 1c

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

Iniciación (referencia: NO iniciadas en la adolescencia)	Quintil Socio- económico	Bolivia 2008	Colombia 2010	Haiti 2012	Honduras 2011-12	Perú, 2012	República Dominicana 2013
		Razón de momios (Odss ratios)	Razón de momios (Odss ratios)				
Iniciadas antes de los 18 años	I	12.067	2.315	1.359	5.976	3.162	10.678
	II	8.074	2.832	1.462	3.938	3.066	3.861
	III	5.198	2.517	1.810	2.639	1.452	2.308
	IV	2.371	1.451	1.645	2.351	.974	1.462
	V	Referencia					
Iniciadas entre los 18 y los 19 años	I	4.239	1.130	.739	2.732	1.692	3.004
	II	3.651	1.372	.933	2.074	1.827	1.433
	III	2.088	1.657	1.199	1.375	1.620	.912
	IV	1.565	1.101	.930	1.626	1.134	.779
	V	Referencia					

Fuente: procesamiento propios bases de datos encuestas DHS

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

Cuadro 2

Razones de momios (*odds ratios*) de regresión logística multinomial DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO sobre la chance de cuatro condiciones de protección anticonceptiva (1. Usó en primer coito y usa actualmente, referencia; 2 Usa actualmente pero no usó en el primer coito; 3. No usa actualmente pero sí uso en el primer coito; 4. No usó en el primer coito ni usa actualmente), entre mujeres de 20 a 24 años iniciadas sexualmente en la adolescencia, países seleccionados de América Latina con encuestas especializadas en torno a 2010

VARIABLES		Bolivia 2008	Colombia 2010	Honduras 2011-12	Perú 2012	República Dominicana 2007
		Razón de momios (Odss ratios)				
Uso actual y no uso 1RS	Quintil V (grupo de referencia)	1.00				
	I	6.587	4.701	8.241	9.354	5.982
	II	7.118	2.403	3.048	4.436	4.468
	III	2.982	1.720	3.417	1.697	2.498
	IV	1.399	1.794	1.378	1.171	1.681
No uso actual y uso 1RS	Quintil V (grupo de referencia)	1.00				
	I	.603	1.740	.773	1.462	1.431
	II	.845	1.197	.611	1.201	1.579
	III	.989	1.081	1.491	.961	1.297
	IV	.779	1.228	1.191	1.078	1.522
No uso actual y no uso 1RS	Quintil V (grupo de referencia)	1.00				
	I	16.637	6.517	9.876	17.771	3.643
	II	14.309	2.697	3.815	5.392	2.944
	III	4.917	1.718	4.197	2.362	1.831
	IV	1.497	1.337	1.480	1.397	1.279

Fuente: procesamiento propios bases de datos encuestas DHS

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