

La reproducción en la adolescencia en América Latina:

viejas y nuevas vulnerabilidades

Jorge Rodríguez Vignoli

La vulnerabilidad atinente a la reproducción adolescente depende de la exposición al riesgo, la capacidad de prevención y las respuestas mitigadoras; en la sociedad actual, es un evento adverso. La exposición a ella está en función de variables intermedias, entre otras, la menarquia y la actividad sexual durante la adolescencia. El uso de anticonceptivos es el principal factor protector preventivo. Existen mecanismos de respuesta tendientes a mitigar el impacto de la reproducción adolescente una vez acontecida, lo que, como contracara, puede contribuir a perpetuarla. De forma histórica, la educación ha sido un determinante social clave de la vulnerabilidad relacionada con la reproducción adolescente porque tiende a reducir su probabilidad, pero su efecto protector ha estado disminuyendo. Se concluye que hay distintos grupos vulnerables en materia de reproducción en la adolescencia, lo que amerita políticas distintas para cada uno de ellos.

Palabras clave: fecundidad adolescente, variables intermedias, vulnerabilidad.

Vulnerability to adolescent reproduction depends on risk exposure, ability to avoid (prevention) and coping capacity (mitigation); in contemporary societies, is a deleterious event (risk). The exposure to this risk depends on intermediate variables, like age at first menstruation (menarche) and sexual activity. The use of contraception is the main protective factor. And there are responses aimed to cope with or to adapt to adolescent motherhood (or parenthood). Historically, education has been a key social determinant to the vulnerability to adolescent reproduction because the more education the lower probability of adolescent motherhood, even though its protective effect has been diminishing overtime. Different vulnerable groups to adolescent fertility are identified; each of them in need of specific approaches and interventions.

Key words: adolescent fertility, intermediate variables, vulnerability.

Nota: el autor agradece el apoyo de Javiera Rauld, estudiante en práctica de Sociología (Universidad de Chile), quien procesó microdatos censales, efectuó cálculos y preparó cuadros usados en este trabajo.

I. Presentación

Se usa el enfoque de vulnerabilidad sociodemográfica (CELADE, 2002) para examinar la reproducción en la adolescencia de América Latina. La Demografía, en casi todos los casos, presta más atención a la fecundidad adolescente, que corresponde a la frecuencia relativa de nacimientos de madres adolescentes respecto a la población adolescente femenina; normalmente se mide como tasa anual, siendo el numerador la cantidad de nacimientos de madres menores de 20 años y el denominador la población media del grupo 15 a 19 años de edad (se expresa por mil). En este trabajo, sin embargo, el foco estará puesto en la reproducción durante la adolescencia, que refiere en específico al evento *ser progenitor* (madre o padre) a esta edad. Por ello, el objeto indagado será la maternidad adolescente (y, cuando sea posible, la paternidad adolescente) y no

la fecundidad en esta etapa. La medición de la maternidad adolescente se basa en una proporción que capta la frecuencia relativa de este atributo (haber sido madre) entre las adolescentes en un momento dado. Su valor evidencia el riesgo relativo del evento *maternidad* para dicha población. Si se calcula para la edad exacta (20 años), indica la probabilidad de ser madre durante la adolescencia. Cuando se usan los censos como fuente, el numerador son las mujeres de 15 a 19 años que declaran haber tenido uno o más hijos nacidos vivos. Cuando se usan encuestas especializadas —Demographic and Health Surveys (DHS), International Reproductive Health Surveys (IRHS)— este numerador normalmente corresponde a las mujeres de 15 a 19 años que declaran haber tenido uno o más hijos nacidos vivos y las mujeres que están embarazadas por primera vez. En ambos casos, el denominador son todas las mujeres de 15 a 19 años de edad.



Hip.hop.girl@istockphoto.com

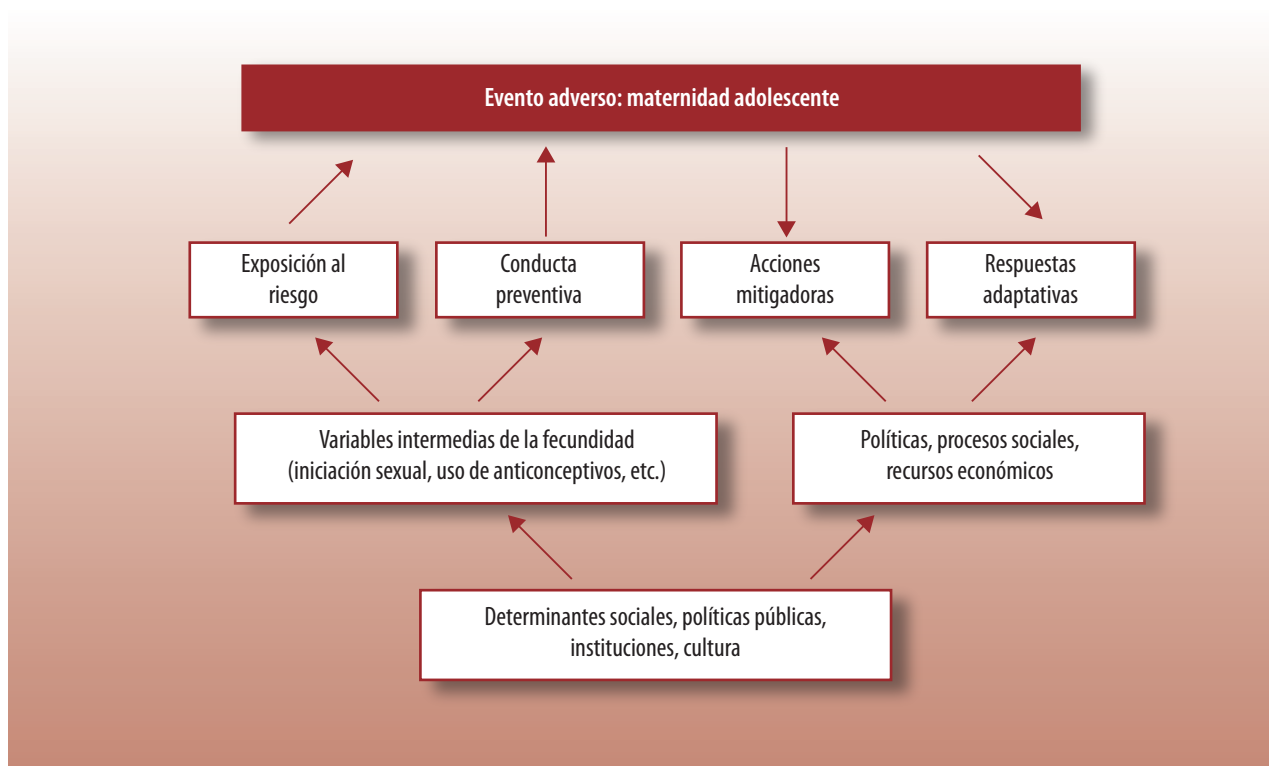
El enfoque teórico de la vulnerabilidad es apropiado para analizar *riesgos*, esto es, eventos que tienen la capacidad de producir adversidades para quienes lo experimentan (ver diagrama 1). Por ello, el enfoque de vulnerabilidad es idóneo para examinar las probabilidades de experimentar este riesgo (convertirse en madre o padre durante la adolescencia) y sus secuelas.¹

El primer paso del enfoque de vulnerabilidad usado en este trabajo consiste en precisar los requisitos que definen la condición de riesgo (en el sentido de adversidad) de la reproducción en la adolescencia. Esto se hace con base en evidencia acumulada a escala internacional y en alguna sistematización novedosa realizada de forma específica para este trabajo. También se consideran, en esta identificación de adversidades, las declaraciones y compromisos internacionales (United Nations, 1994) que revelan una visión compartida de esta fecundidad como problema de política pública. Luego, se procede a examinar la exposición al riesgo considerando que éste depende sólo de dos variables intermedias de la fecundidad: menarquia y actividad sexual. Después, se indaga en los factores protectores que, desde el punto de vista de las variables intermedias, son la postergación de la ac-

¹ Nótese que hay otras maneras de entender la aplicación de un enfoque de vulnerabilidad, por ejemplo, en Fischhoff, B., E. Nightingale y J. Iannota (eds.). *Adolescent Risk and Vulnerability: Concepts and Measurement*. Washington, DC, National Academy Press, 2001. <http://books.nap.edu/books/030907620X/html/index.html>, se presentan cuatro textos, cada uno de los cuales ofrece una perspectiva específica de la vulnerabilidad. Por su parte, Claudio Stern (2004) plantea que la fecundidad adolescente se asocia a un "... conjunto de elementos: a) permanencia en la escuela; b) acceso a información y educación sexuales; c) oportunidades y aspiraciones de vida; d) redes familiares y sociales de apoyo a los jóvenes (...). Vulnerabilidad es el 'conjunto de dichos elementos...' (p. 129), con lo cual define un estatus sustantivo para la vulnerabilidad y no un enfoque como se hace en este estudio.

Diagrama 1

Maternidad adolescente desde la perspectiva del enfoque de vulnerabilidad demográfica



Fuente: elaboración del autor.

tividad sexual y el uso de anticonceptivos. El aborto también entra en esta categoría, pero no como factor protector, sino como respuesta ante un embarazo no deseado. Por cierto, la escasez de información sobre este tema será una limitación severa para su consideración empírica en el presente trabajo. Por último, se examinan algunos mecanismos de respuesta, tanto individuales como sociales, tendientes a mitigar el impacto del evento; se reconoce que algunos de ellos pueden convertirse en adaptativos y constituir, a largo plazo, un facilitador de la reproducción en la adolescencia, por la aparente dilución de la adversidad que logran. En general, la distinción entre embarazo deseado y no deseado atravesará todo el análisis, aun cuando ello no significa que la maternidad adolescente deseada sea inocua o esté fuera del rango de acción de las políticas públicas.

II. Reproducción en la adolescencia como adversidad

Convertirse en madre o padre durante la adolescencia en América Latina es contraproducente por numerosas razones bien documentadas (Rodríguez, 2009; Grant y Furstenberg, 2007):

1. El embarazo, parto y puerperio antes de los 20 años (en particular antes de los 18 años) implican mayores riesgos de salud para madres y bebés.
2. La maternidad y paternidad tempranas es una desventaja genérica en sociedades modernas (urbanas, si se quiere), debido a que debilita la inserción y el logro escolar y se asocia a la incorporación precaria en el mercado de trabajo.
3. Las madres adolescentes tienen más probabilidades de sufrir sesgos y discriminación de género, experimentar estigma cultural o permanecer atadas a roles femeninos tradicionales.
4. Los adolescentes son, en principio, menos maduros(as) y cuentan con menor cantidad de recursos y capacidades para enfrentar los desafíos que implica la crianza.
5. Los adolescentes que han tenido hijos tienen más dificultades para consolidar una familia.
6. La probabilidad de tener hijos durante la adolescencia es mucho mayor entre los grupos pobres (la combinación de estas desventajas genéricas y el sesgo de género antes explicados hace que la fecundidad adolescente sea uno de los componentes del ciclo de reproducción intergeneracional de la pobreza).
7. Los adolescentes tienden a ser más vulnerables a la violencia, a la coerción o la influencia de otros (en particular, pares o íconos).
8. La tolerancia y aceptación familiar y comunitaria hacia la actividad sexual premarital es un asunto sensible; de hecho, en muchos países del mundo en desarrollo, las madres adolescentes solteras enfrentan desaprobación y estigmas, sin considerar casos de castigos formales o informales.
9. Las políticas exitosas de salud sexual y reproductiva para la población adulta y joven no han mostrado los mismos logros en el caso de las adolescentes, siendo ilustrativo al respecto el caso de numerosos países, en particular los de América Latina, donde la tasa global de fecundidad (TGF) ha caído de manera significativa en los últimos años y, en cambio, la tasa específica de fecundidad adolescente ha permanecido estable o ha presentado caídas menores en términos comparativos.

Por todas estas razones —algunas de las cuales son, en todo caso, objeto de debate, tanto conceptual como empírico (Oliveira y Vieira: 2010; Binstock y Pantelides, 2006; Guzmán y otros, 2001; Stern, 1997)²— hay, a escala mundial, un consenso político amplio en favor de políticas y programas dirigidos a reducir la reproducción temprana, en particular aquella que no es planificada o deseada. Sin embargo, para que este acuerdo se transforme en medidas atinadas en los países de la región, se requiere un conocimiento detallado de las especificidades de la fecundidad adolescente en América Latina.

² Por ejemplo, Oliveira y Vieira (2010) expresan que “La conclusión a la que podemos llegar al final de este estudio es que, como mínimo, las implicaciones del embarazo/maternidad adolescente en el debate social y político merecen revisarse, destacándose como cuestión preocupante sus posibles impactos sobre las trayectorias educacionales y posiblemente ocupacionales de las madres adolescentes” (p. 38, traducción libre).

III. Maternidad adolescente y el enfoque de vulnerabilidad: la exposición al riesgo

La exposición al riesgo de experimentar fecundidad adolescente puede sistematizarse usando factores tomados del reconocido esquema de las variables intermedias de Davis y Blacke (1956), que luego fue formalizado por Bongaarts (1978) y después sofisticado por Stover (1998). Se trata de aquellos hechos y conductas que hacen viable la fecundidad adolescente. En principio, corresponden a tres factores: a) la fertilidad biológica (o su contrapartida, la esterilidad permanente), b) la edad de la menarquia y c) la regularidad y circunstancias de la actividad sexual (susceptibilidad de embarazo).

En general, la primera no es relevante, porque sus niveles son bajos y no tiene grandes variaciones entre grupos de adolescentes (Stover, 1998).

La segunda sí es clave, pues una menarquia muy tardía (20 años, para todas las mujeres, por ejemplo) simplemente reduciría a cero la exposición al riesgo, mientras que una muy temprana (10 años, por ejemplo), implicaría que tiene un efecto reductor nulo sobre la exposición al riesgo.³ La evidencia comparada, fuertemente basada en la experiencia de los países ya desarrollados, sugiere que la modernización (la socioeconómica tradicional, no la reflexiva avanzada) tiende a adelantar la menarquia, hasta un piso de estabilidad relativa (en torno a los 11 años). Las causas de este efecto parecen estar asociadas a mejores condiciones de nutrición y salud que permiten una maduración biológica más temprana. Desde el punto de vista de la exposición al riesgo, esta tendencia implica que la modernización eleva la exposición al riesgo, sobre todo al del embarazo/maternidad precoz (antes de los 15 años) y no tanto de maternidad adolescente.

La tercera también es crucial y desde el punto de vista conceptual y de política es, lejos, la más relevante en conexión con la vulnerabilidad, pues

³ Esto no significa una exposición al riesgo de 100% tanto por el factor previo de la esterilidad permanente como por el factor subsecuente de la actividad sexual.

está directamente vinculada con determinantes sociales. En principio, puede descomponerse entre edad del debut sexual, por una parte, e intensidad, modalidad y oportunidad de la actividad sexual, por otra.

La edad de iniciación sexual es un evento preciso, identificable y relativamente fácil de medir mediante preguntas retrospectivas en encuestas especializadas.⁴ Las teorías sociales dominantes sobre la sexualidad humana plantean que esta iniciación: a) tenderá a adelantarse, b) ocurrirá de manera cada vez más frecuente antes de la unión (sea formal o consensual) y c) convergirán de forma paulatina las edades de iniciación sexual de hombres y mujeres y de los diferentes estratos socioeconómicos (Bozon, 2003).

Las bases culturales de estas tendencias son la desacralización de la sexualidad y la creciente autonomía decisional y de valores de los adolescentes que se verifica en los países occidentales desarrollados (Grant y Furstenberg, 2007), es decir, la modernidad reflexiva. Es cierto que América Latina —o al menos parte de ella, ya que las desigualdades sociales que la caracterizan generan grupos más o menos afines a esta modernización— puede avanzar en ese proceso muy rápido, habida cuenta de la gran influencia que tienen en la región las ideas y patrones de conducta provenientes de las naciones desarrolladas. Así lo plantean investigadores reconocidos a nivel internacional y cuyo trabajo será retomado más adelante en este texto: “En la medida que las actitudes de los jóvenes latinoamericanos están influenciadas por los medios de comunicación masivos de Estados Unidos de América y Europa Occidental, donde los niveles de actividad sexual premarital son mucho más altos, esta tendencia puede ser irreversible ...” (Ali y Cleland, 2005, p. 1183).

Las encuestas especializadas avalan las hipótesis previas. De hecho, el cuadro 1 muestra, con datos

⁴ Lo cual no significa que la medición sea perfecta. Hay problemas de recordación, de sesgo de género (hombres tienden a declarar edades más tempranas que las reales mientras que las mujeres hacen lo contrario, debido a la cultura machista imperante) y de sensibilidades culturales (que pueden provocar altas tasas de no respuesta).

de la década del 2000, este adelantamiento de la iniciación sexual —lo que no era tan claro con datos de la década de los 90 (Guzmán *et al.*, 2001)— y, en la mayor parte de los países, una creciente disociación entre debut sexual y primera unión. De esta manera, la modernización tardía vuelve a ser una fuerza que expande la exposición al riesgo de maternidad adolescente.

Ahora bien, la diversidad cultural propia de la variedad étnica y territorial dentro de la región y

la desigualdad socioeconómica que caracteriza a nuestros países definen patrones de conducta sexual específicos para diferentes subgrupos que se mezclan para crear un híbrido cultural en esta materia también. Todo esto se manifiesta de manera compleja en la iniciación sexual, pues coexiste el inicio temprano tradicional —vinculado a la unión temprana, pero también al abuso y a la coerción de género— con uno más moderno, en esencia desligado de la unión pero aún vinculado con relaciones románticas. De hecho, en casi todas las na-

Cuadro 1

Continúa

América Latina, mujeres de 20 a 24 años: porcentaje que se había unido a las edades exactas 15, 18 y 20, y porcentaje que se había iniciado sexualmente a las edades exactas 15, 18 y 20, encuestas de 1980-1990 y 2000, por países

Países, años y cambio en el periodo de referencia	Porcentaje de unidas a la edad exacta:			Porcentaje de iniciadas sexualmente a la edad exacta:		
	15	18	20	15	18	20
Bolivia, 2008	3.2	21.7	35.8	6.6	40.1	62.5
Bolivia, 1989	5.1	23.7	40.7	9.5	36.9	56.9
Cambio 1989-2008	-1.9	-2	-4.9	-2.9	3.2	5.6
Brasil, 2006	10.5	35.6	50.1	14.4	58.4	78.7
Brasil, 1986	3.7	21.8	39.5	6.1	29.8	48.1
Cambio 1986-2006	6.8	13.8	10.6	8.3	28.6	30.6
Colombia, 2010	5.6	23	37.2	13.8	60.3	82.2
Colombia, 1986	4.3	23.3	37.2	6.1	30.9	49
Cambio 1986-2010	1.3	-0.3	0	7.7	29.4	33.2
Ecuador, 2004	3.8	22.2	40.9	9.2	37.6	58.1
Ecuador, 1987	5.8	26	43.9	8.4	32.1	50.9
Cambio 1987-2004	-2	-3.8	-3	0.8	5.5	7.2
El Salvador, 2008	5	25.4	42.4	10.7	40.4	60.5

América Latina, mujeres de 20 a 24 años: porcentaje que se había unido a las edades exactas 15, 18 y 20, y porcentaje que se había iniciado sexualmente a las edades exactas 15, 18 y 20, encuestas de 1980-1990 y 2000, por países

Países, años y cambio en el periodo de referencia	Porcentaje de unidas a la edad exacta:			Porcentaje de iniciadas sexualmente a la edad exacta:		
	15	18	20	15	18	20
El Salvador, 1985	6.2	37.7	58.5	6.7	32.9	48.6
Cambio 1985-2008	-1.2	-12.3	-16.1	4	7.5	11.9
Guatemala, 2002	8.1	35	50.4	12.2	41.7	57.6
Guatemala, 1987	12.4	41.2	60	13.9	44.7	62.5
Cambio 1987-2002	-4.3	-6.2	-9.6	-1.7	-3	-4.9
Haití, 2005/06	5.6	29.9	47.9	13.5	53.4	72.9
Haití, 1994/95	4.8	23.8	44.8	9.2	40.8	61.8
Cambio 1994/1995-2005/2006	0.8	6.1	3.1	4.3	12.6	11.1
Honduras, 2005/2006	10.8	38.8	54.4	12.3	45.4	64
Honduras, 1996	7.9	36.8	55.8	10.4	44.1	63.1
Cambio 2005/2006-1996	2.9	2	-1.4	1.9	1.3	0.9
Paraguay, 2008	1.8	17	33.7	8.1	47.8	76.6
Paraguay, 1990	3.1	24.2	40.5	5.3	38.6	60.8
Cambio 1990-2008	-1.3	-7.2	-6.8	2.8	9.2	15.8
Perú, 2009	3.4	19.0	34.2	7.1	38.7	61.1
Perú, 1986	2.3	19.9	35.8	5.7	28.8	47.5
Cambio 1986-2009	1.1	-0.9	-1.6	1.4	9.9	13.6
República Dominicana, 2007	13.8	39.6	53.7	16.3	51	70.8
República Dominicana, 1996	10.8	37.6	53.4	12.5	42.1	59.3
Cambio 1996-2007	3	2	0.3	3.8	8.9	11.5

Fuentes: Macro International Inc. (2011). *MEASURE DHS STATcompiler*. www.measuredhs.com, 26 de mayo de 2011. // Brasil, 2006. *Primera unión PNDS 2006 Relatorio*. Tabela 2, p. 161; Primera relación sexual: procesamiento especial de la base de datos. // El Salvador, 2008. *Informe final FESAL 2008*. Tabla 4.8, p. 69. // Paraguay, 2008. *Informe ENDSSR 2008*. P. 115, cuadro 4.7. // Perú, 2009. *ENDES continua 2009*. Cuadro 5.5, p. 123 (primera unión) y cuadro 5.7, p. 126 (primera relación sexual).

ciones, los grupos pobres de la población son los que registran una iniciación más temprana y ello explica, en parte, sus mayores índices de fecundidad adolescente.

Si resulta complejo describir de manera estilizada la edad de iniciación sexual, no es raro que el análisis de un asunto más complejo (como la actividad sexual durante la adolescencia) sea, en potencia, intratable. La primera gran dificultad, casi insalvable, es su medición, ya que requiere de dispositivos metodológicos más sofisticados, exigentes y costosos que los existentes. El segundo gran problema es la sensibilidad cultural, ya que indagar con detalle en la vida sexual de los adolescentes tiene restricciones normativas, familiares y comunitarias. La tercera barrera está dada por prácticas emergentes que obligan a renovar la visión sobre la sexualidad adolescente, incluyendo los componentes no penetrativos y homosexuales de la misma, que no conducen a embarazos. Uno de los trabajos recientes que más ha avanzado en esta medición a través de la explotación intensiva de las encuestas especializadas del tipo DHS, concluye que: "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 y Cleland, 2005, p. 1177).⁵ En síntesis, aún sabemos poco sobre la exposición al riesgo por frecuencia de relaciones sexuales durante la adolescencia y es un gran desafío mejorar este conocimiento.

IV. Prevención: uso de anticonceptivos

Ya que la exposición al riesgo de maternidad adolescente está aumentando por una menarquia y una

⁵ Con todo, estos autores exploran procedimientos indirectos para acercarse a estimaciones más precisas de la intensidad de la actividad sexual; por ejemplo, a partir de la pregunta sobre actividad sexual durante un periodo de referencia cercano se desarrolla un procedimiento para convertir este dato en estimaciones de *annual coital frequency*, sin embargo, hay dudas sobre la calidad de éstas (Ali y Cleland, 2005). Además, al final lo que importa desde un enfoque de vulnerabilidad no es tanto la cuantificación de la actividad sexual sino la relación detallada como tiempo o veces de exposición al riesgo, que surge del coiteo entre cada coito y el uso eficiente de anticonceptivos durante el mismo.

iniciación más temprana de la actividad sexual vinculada con la modernización económica y cultural, ¿cómo puede ser que en otras latitudes este avance del progreso se haya asociado o se esté asociando con la postergación del primer hijo? En principio, hay varias respuestas posibles. Una de ellas es que detrás de los promedios haya una polarización con una minoría postergada o marginada donde este aplazamiento no se verifica; como en los países desarrollados la desigualdad es bastante inferior a la que se registra en América Latina, este grupo excluido sería también menor y su efecto sobre los promedios sería en realidad inferior al registrado en América Latina. Cabe mencionar que esta teoría de verdad existe y se usa para explicar la diferencia en materia de fecundidad adolescente entre las sociedades anglosajonas (más bien desiguales) y las nórdicas y centroeuropeas (más bien igualitarias).⁶ Otra posible respuesta podría ser que en algunas sociedades la modernización reflexiva no relaja el control social y familiar limitante de la actividad sexual de los adolescentes y, en cambio, sí modifica las reglas tradicionales de unión temprana; el resultado final de esta combinación es un retraso simultáneo de la iniciación sexual, la unión y el primer hijo, siendo, al parecer, lo que acontece en varios países asiáticos. Por último, la tercera respuesta, la más idónea para relevar la especificidad de América Latina, es que la modernización reflexiva trae aparejada la protección anticonceptiva desde el debut sexual.

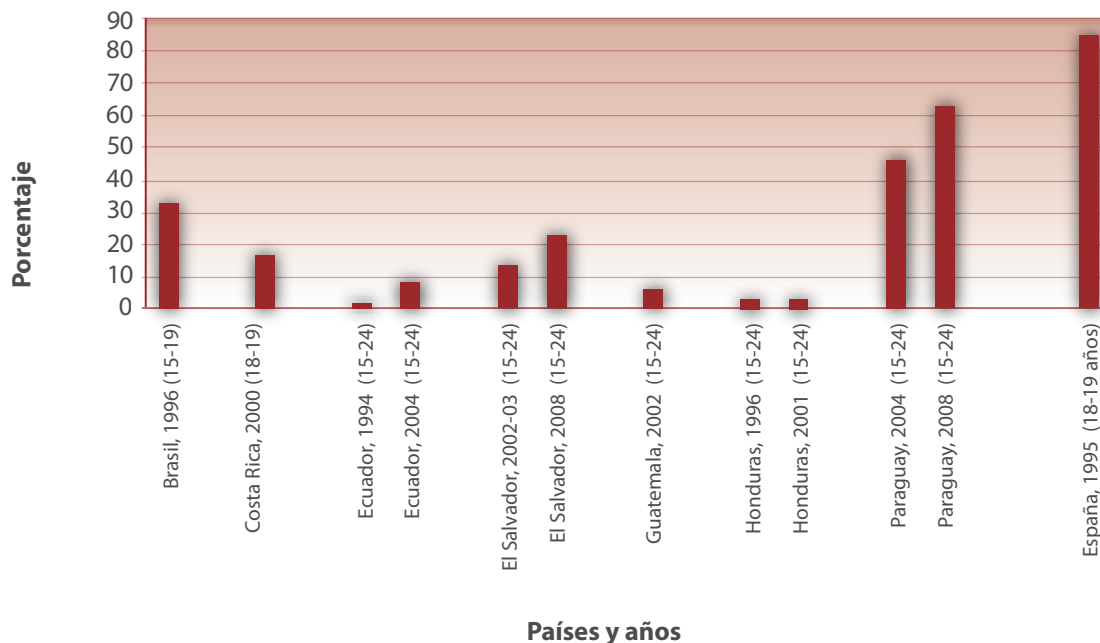
Desde un enfoque de vulnerabilidad, esta protección es justo la capacidad para enfrentar la exposición al riesgo y evitarla. De hecho, la única manera que las tendencias de las dos variables intermedias antes descritas no se traduzcan en un alza de la fecundidad adolescente es mediante un aumento significativo del uso eficiente de anticonceptivos modernos durante la adolescencia.

Ahora bien, los indicadores tradicionales de cobertura (uso actual de métodos anticonceptivos) muestran un aumento entre los adolescentes, que es relativamente importante en algunos casos. Sin embargo, el análisis detallado de este indicador

⁶ Rendall, M. et al. "Universal versus economically polarized change in age at first birth: a French-British comparison", en: *Population and Development Review*. 35(1): 89-115. New York, The Population Council, 2009.

Gráfica 1

Mujeres de 15 a 24 años que usaron anticonceptivos modernos en su primera relación sexual, países de América Latina y España (porcentajes)



Fuente: Rodríguez, 2011b.

advierte contra su utilización acrítica como aproximación a la prevención efectiva de la maternidad adolescente porque: a) parte del aumento del uso de anticonceptivos corresponde a muchachas que comienzan a utilizarlos después de haber tenido su primer hijo, lo que, es obvio, no sirve para evitar la maternidad adolescente (aunque sí puede evitar la repetición);⁷ b) el uso actual suele ser menos constante y eficiente entre los adolescentes, por lo cual su aumento tiene un efecto protector inferior que en otras edades y c) la iniciación sexual protegida (el indicador más relevante para pronosticar una adolescencia sin hijos) aún registra niveles ínfimos en buena parte de los países y

ninguno se acerca a los niveles que tenían naciones como España a mediados de la década de los 90 (gráfica 1). De hecho, esta protección desde el inicio es la clave para que este país, teniendo una edad de iniciación sexual similar a la de América Latina, tenga una tasa de fecundidad adolescente del orden de 10 por mil, es decir una séptima parte de la regional.

Ahora bien, el empleo de anticonceptivos en la primera relación sexual tiene, obvio, un gran problema: no se sabe qué pasó o qué pasará en los siguientes coitos. Por cierto, análisis de encuestas que consultan el uso de anticoncepción en la segunda o tercera relación sexual encuentran que el utilizarlo en la primera es un buen predictor de uso posterior. Asimismo, en los modelos multivariados sobre la probabilidad de ser madre adolescente (ver cuadro 2), se encuentra de forma sistemática que este uso reduce de manera

⁷ Este hecho explica que los modelos multivariados (regresiones logísticas) sobre la probabilidad de ser madre entre adolescentes iniciadas en la sexualidad arrojen coeficientes superiores a 1 para la variable *Uso actual de anticonceptivos* (Rodríguez, 2011b, Rodríguez, 2009). La interpretación correcta no es que el uso de anticoncepción aumente la probabilidad de ser madre (hay que insistir que en los modelos se incluyen sólo a las que han debutado sexualmente), sino que entre las usuarias hay una fracción importante que ya ha sido madre y de ahí la asociación entre ambas variables (Di Cesare y Rodríguez, 2006).

Cuadro 2

América Latina, mujeres de 15 a 19 años sexualmente iniciadas: coeficientes estandarizados de regresión logística binomial (razones de momios u *odds ratios*) y significación estadística de variables condicionantes seleccionadas en una regresión logística sobre la condición de maternidad (ser o no madre), 2005-2010, por países

Variables	Bolivia, 2008a/		Bolivia, 2008b/		Colombia, 2010		República Dominicana, 2007		Haití, 2005/06		Honduras, 2005	
			Sig.	Exp.(B)	Sig.	Exp.(B)	Sig.	Exp.(B)	Sig.	Exp.(B)	Sig.	Exp.(B)
Edad	0.000	1.367	0.000	1.382	0.000	1.614	0.000	1.792	.000	1.872	.000	1.743
Educación (ref.: superior)									Referencia: secundaria o más		Referencia: secundaria o más	
Sin educación	0.016	9.684	0.033	7.482	0.000	7.588	0.000	17.876	.093	1.812	.014	2.257
Primaria	0.000	8.6	0.000	7.691	0.000	5.842	0.000	8.534	.000	2.607	.000	1.953
Secundaria	0.005	4.461	0.008	4.140	0.000	2.541	0.000	4.120	NA		NA	

Quintil socioeconómico (ref.: más rico)

Más pobre	0.000	3.171	0.000	2.572	0.003	1.622	0.003	1.745	.018	2.033	.277	1.297
Pobre	0.000	2.395	0.003	2.074	0.000	1.998	0.000	2.259	.030	1.938	.903	.972
Medio	0.038	1.666	0.093	1.515	0.012	1.474	0.036	1.504	.144	1.497	.234	1.292
Medio-rico	0.341	1.264	0.555	1.156	0.189	1.232	0.001	1.894	.956	1.015	.987	1.003
Edad iniciación sexual	0.132	0.979	0.086	0.976	0.000	0.895	0.167	0.990	.000	.714	.126	.982
Usa actualmente anticonceptivos (ref.: sí)	0.001	0.549	no usado porque no sirve									
Usó condón en la primera relación sexual (ref.: sí)	no utilizado para evaluar <i>uso actual</i>		0.048	1.506	0.000	1.369	0.000	1.662	.003	2.067	.001	2.005
Alguna vez unida (ref.: sí)	0.000	0.241	0.000	0.229	0.000	0.133	0.000	0.155	.000	.091	.000	.254
Constante	0.000	0.002	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000	.000	.000	.000	.000

a/ Se refiere el uso actual de anticonceptivos como variable condicionante del riesgo de ser madre adolescente.

b/ Se utiliza el uso de condón en la primera relación sexual como variable condicionante de ser madre adolescente.

Fuente: procesamiento especial bases de datos de las encuestas respectivas.

significativa esta probabilidad,⁸ a diferencia de lo observado con el uso actual, por las razones ya explicadas relativas al inicio de la utilización con posterioridad al nacimiento del primer hijo.

Por ello, pese a sus limitaciones, este indicador sería, tal vez, el más útil para estimar la capacidad de prevención en un enfoque de vulnerabilidad.⁹

El último recurso para evitar un embarazo no deseado es el aborto y como tal debiera ser considerado en un enfoque de vulnerabilidad sobre la fecundidad adolescente. Sin embargo, la evidencia sobre éste en la región es escasa y fragmentaria debido a su condición de delito en la mayor parte de los países de América Latina. Sólo en fechas recientes las encuestas internacionales DHS e IRHS han incluido consultas sobre abortos inducidos, pero las validaciones técnicas de sus resultados aún están pendientes. Las estadísticas oficiales de Cuba (donde el aborto es legal), sugieren que tiene un efecto importante sobre el nivel de la fecundidad adolescente y que, pese a ello, la maternidad temprana es mayor de lo que cabría esperar a la luz de los bajos índices de fecundidad de la isla.¹⁰ En Chile, donde el aborto es ilegal, datos recientes revelan que 6% de las adolescentes que han tenido embarazos no planificados se ha practicado, al menos, un aborto (Rodríguez, 2011a, p. 105).¹¹ No

obstante su importancia, la escasez de información impide un tratamiento específico de esta variable.

En suma, considerando las tendencias antes descritas, un enfoque de vulnerabilidad arribaría a una conclusión similar a la que llegaron Ali y Cleland en el 2005: "Debido a la declinación generalizada del efecto protector de la virginidad, las tasas de embarazo entre mujeres solteras en América Latina están aumentando. El uso de anticonceptivos, en particular el preservativo, está aumentando pero no lo suficiente para compensar el declive de la virginidad..." (Ali y Cleland, 2005, p.1175, traducción libre).

V. Mitigación y adaptación

El enfoque de vulnerabilidad considera la acción de mecanismos de mitigación una vez acaecido el evento adverso. En el caso de la maternidad adolescente, éstos operan de hecho a varios niveles, dentro de los cuales destacan tres.

El primero atañe a la protección y la colaboración familiar (en particular de la madre adolescente), que puede expresarse como prestación de medios para la sobrevivencia, aporte monetario (residencia, alimentación, etcétera.), tiempo destinado a cuidado y a crianza sustituta, entre otros. Es cierto que este mecanismo no está garantizado en la región, pero la denominada cultura *familista* que predomina en América Latina (no obstante sus ambigüedades y contradicciones) se refleja en varios estudios y cifras que sugieren que, ante las adversidades derivadas de la reproducción temprana, la familia se levanta como primera instancia de apoyo. El hecho que en varios países de la región más de 50% de las madres adolescentes resida en el hogar de su familia de origen (o la de la pareja) es indicativo de este apoyo (Rodríguez, 2009). De acuerdo con un procesamiento especial de los tres censos del 2010 disponibles, la proporción de madres adolescentes que reside como hija, nuera o nieta u otro pariente del jefe de hogar pasó en Ecuador de 40.2 a 51.3% en el 2010 y en Panamá de 55.1 a

8 En el cuadro 2, las razones de momios son de 1.506, 1.369, 1.662, 2.067 y 2.005 para Bolivia (2008), Colombia (2010), República Dominicana (2007), Haití (2005/2006) y Honduras (2005), respectivamente. Como la variable dependiente es la chance de haber sido madre entre mujeres de 15 a 19 años y la categoría de referencia es *Sí uso anticonceptivos modernos en la primera relación sexual*, entonces el coeficiente superior a 1 (todos estadísticamente significativos) indica una mayor posibilidad de ser madre entre quienes no usaron anticoncepción en el debut sexual. Lo contrario muestra el coeficiente de 0.048 para Bolivia (2008) cuando se trata de uso actual, pues significa que las muchachas de 15 a 19 (sexualmente iniciadas) que no usan anticonceptivos hoy en día tienen una oportunidad mucho menor de haber sido madres que las que sí usan.

9 Por cierto, el mejor indicador sería *The percentage of sexually active time protected by contraception*, tal como lo plantean Ali y Cleland (2005). Con todo, se debe reiterar que el enorme aporte que significa hacer este cálculo usando las historias anticonceptivas completas de las *Demographic and Health Surveys* se debilita ante la escasa información de actividad sexual ya mencionada que impide vincular los periodos de uso de anticoncepción con aquéllos de actividad sexual.

10 En el 2000, la tasa de fecundidad adolescente era de 50 por mil, baja para el contexto latinoamericano, pero alta si se compara con la global de fecundidad de ese año del orden de 1.6. La tasa de embarazo adolescente en el 2000 se estimó en casi 200 por mil; casi toda la diferencia entre la tasa de embarazo y la de fecundidad se debe al aborto inducido, ver Grissel Rodríguez (2006). *La fecundidad cubana a partir de 1990. Las perspectivas sociales e individuales*. Tesis de Doctorado en Ciencias Económicas, Universidad de La Habana, Centro de Estudios Demográficos (CEDEM).

11 Cabe mencionar que el porcentaje es mucho más alto en la declaración masculina, pero las respuestas de los hombres en estos temas suelen ser menos confiables y consistentes (Rodríguez, 2011a).

61.5% entre 1990 y el 2010. En México, las cifras fueron 51.4% en el 2000 a 64.3% en el 2010.

El segundo refiere a la atención especial del sector salud a las madres adolescentes. Y esto es válido tanto para el embarazo, parto y posparto como para el acceso a anticonceptivos con el fin de evitar un segundo embarazo. Por cierto, este apoyo no está garantizado en los países de la región, aunque hay protocolos y evidencias que sugieren que opera, al menos de forma parcial, en algunos de ellos.

El tercero se vincula con el trato especial que el sector educativo puede brindar a las madres adolescentes para evitar su deserción escolar. En este caso sí está documentado que varios países de la región han implementado políticas específicas en esa línea (Rodríguez, 2011b; Rodríguez, 2009), lo que puede atenuar una de las adversidades más relevantes de la maternidad temprana (aunque difícilmente puede controlar el efecto sobre el desempeño escolar, complicado de mantener por los requerimientos emocionales y temporales que implica la crianza).

Dos reflexiones finales sobre las respuestas mitigadoras: la primera es que la principal reacción de este tipo corresponde a decisiones de los progenitores tendientes a obtener ingresos para enfrentar los costos de la crianza y de la formación de un nuevo hogar (en el caso de que esto último haya ocurrido), sin embargo, esto suele significar ingreso al mercado de trabajo en condiciones precarias, lo que a largo plazo tendrá secuelas negativas para los adolescentes (Varela y Fostik, 2011; Rodríguez, 2009; Buvinic, 1998); la segunda es que algunas respuestas mitigadoras (en particular las familiares) pueden tornarse adaptadoras y, con ello, instalarse de manera permanente, diluyendo los costos de la maternidad adolescente, lo cual alivia a las mujeres, pero complica a sus familias y, de manera adicional, puede favorecer la perpetuación de la maternidad adolescente, en desmedro de las conductas preventivas, porque la anticipación de su existencia atenúa el daño potencial asociado a la exposición al riesgo.

VI. Enfoque de vulnerabilidad y determinantes sociales: cerrando el relato y abriendo desafíos de política e investigación, con especial referencia a la educación

Las variables intermedias de la fecundidad dependen de determinantes sociales. La iniciación sexual y el uso de anticonceptivos, por ejemplo, no vienen en el ADN ni son el resultado de rasgos de personalidad (aunque la carga genética y la psique no sean irrelevantes), sino que son, en esencia, resultados de determinantes sociales, de las cuales hay una amplia gama. Este texto concluye con una breve disquisición sobre uno de ellos, que tiene la peculiaridad de ser, en particular, afín a un análisis basado en un enfoque de vulnerabilidad: la educación.

La estrecha vinculación entre educación y maternidad adolescente ha alentado expectativas de un descenso sostenido de la fecundidad adolescente en concomitancia con la previsible expansión de la cobertura de la educación secundaria y universitaria de la región.¹² De hecho, sólo por un efecto estadístico de composición, el aumento de la escolaridad tiende a reducir los niveles agregados de la fecundidad y maternidad adolescentes (Rodríguez, 2009). El cuadro 3 presenta los resultados de una tipificación de la proporción de madres por edad simple y años de escolaridad, usando los últimos censos disponibles, incluyendo los de Panamá y México del 2010. En casi todos los países, el porcentaje tipificado del último censo es muy superior al observado y esto obedece a que durante el periodo de referencia se elevó la escolaridad de la población adolescente, de manera tal que si eso no hubiese ocurrido, la maternidad adolescente hubiese sido mucho mayor que la registrada (más en concreto, habría sido la proporción tipificada).

12 "La escolaridad es, sin duda, decisiva para el curso de vida femenino, con fuertes implicaciones sobre las probabilidades de inicio temprano de la vida reproductiva. Es muy probable que el proceso de expansión de la enseñanza secundaria actualmente en curso en Brasil tenga efectos a mediano plazo sobre el embarazo y la maternidad temprana, y fomente una baja en la fecundidad adolescente corroborando tendencias ya descritas en la literatura. Como se vió, alcanzar la enseñanza secundaria reduce tres veces las chances de embarazo respecto a las adolescentes con menor escolaridad..." (Oliveira y Vieira, 2010, p. 37, traducción libre).

América Latina, varios países: porcentaje de madres entre las adolescentes observados en los dos últimos censos disponibles y porcentaje de madres tipificado según edad simple y años de escolaridad (último censo disponible)

País	Año censal	Intensidad total	Intensidad estructura
Argentina	1991	11.8	Intensidad 2001 Estructura 1991
	2001	12.4	18.3
Bolivia	1992	11.3	Intensidad 2001 Estructura 1992
	2001	13.5	16.6
Brasil	1991	11.6	Intensidad 2000 Estructura 1991
	2000	14.8	19.2
Chile	1992	11.8	Intensidad 2002 Estructura 1992
	2002	12.3	17.1
Costa Rica	1984	12.8	Intensidad 2011 Estructura 1984
	2000	13.2	17.2
	2011	11.1	Intensidad 2000 Estructura 1984
Ecuador	1990	13.5	Intensidad 2001 Estructura 1990
	2001	15.9	17.2
El Salvador	1992	13.8	Intensidad 2007 Estructura 1992
	2007	15.4	18.1
Guatemala	1994	16.2	Intensidad 2002 Estructura 1994
	2002	15.4	16.8
Honduras	1988	16.6	Intensidad 2001 Estructura 1988
	2001	18.3	21.2
México	2000	12.1	Intensidad 2010 Estructura 2000
	2010	12.5	16.0
Nicaragua	1995	23.7	Intensidad 2005 Estructura 1995
	2005	19.9	24.7

América Latina, varios países: porcentaje de madres entre las adolescentes observados en los dos últimos censos disponibles y porcentaje de madres tipificado según edad simple y años de escolaridad (último censo disponible)

País	Año censal	Intensidad total	Intensidad estructura
Panamá	1990	16.0	Intensidad 2010 Estructura 1990
	2000	17.4	19.6
	2010	15.4	Intensidad 2000 Estructura 1990
Paraguay	1992	14.4	Intensidad 2002 Estructura 1992
	2002	12.4	16.2
Uruguay	1985	8.5	Intensidad 1995 Estructura 1985
	1995	13.3	12.7
Venezuela	1990	14.2	Intensidad 2001 Estructura 1990
	2001	14.9	18.59

Fuente: cálculos del autor basados en procesamientos especiales de microdatos censales.

Estos resultados ratifican que la educación sigue siendo un factor protector frente a la maternidad adolescente. Pero el hecho de que en varios países la maternidad adolescente observada haya aumentado pese al avance educativo de los últimos años sugiere que la capacidad preventiva asociada a la educación se ha reducido o, al menos, el umbral educativo necesario para tener probabilidades bajas de maternidad adolescente se ha desplazado desde la secundaria a la universitaria. De hecho, ésta es una de las principales conclusiones de un estudio reciente en México: “La característica sociodemográfica que ha cambiado de manera más notoria entre las mujeres que iniciaron la procreación en la adolescencia es el nivel educati-

vo, pues pasaron de ser mujeres básicamente sin escolaridad o con niveles muy bajos de la misma, a tener secundaria o más...” (Colín y Villagómez, 2010, p. 52).

Esto es mucho más marcado en los países donde la educación secundaria está más extendida ya que las diferencias socioeconómicas en ellos se expresan como distinción entre las adolescentes que ingresan y las que no ingresan a educación superior. Por lo mismo, en las naciones en las que sólo una minoría accede a la educación secundaria, llegar a este nivel todavía genera una baja abrupta en la probabilidad de ser madre adolescente.

Ya que los avances hacia la universalización de la educación secundaria en América Latina han ocurrido sin un mejoramiento concomitante en el mercado de trabajo y bajo persistentes niveles de desigualdad social (ECLAC, 2010), una parte no menor de esta población adolescente escolarizada tiene bajas expectativas respecto a los retornos y oportunidades que les deparará esta mayor cantidad de años de estudios en el futuro. Por lo mismo, les resulta difícil proyectarse en buenos empleos, complicado o inviable económicamente entrar a la universidad y fuera de su alcance alternativas de realización personal basadas en la emancipación doméstica y económica.

Todo esto se conjuga para que las pérdidas y costos derivados de una maternidad temprana no sean tan vívidas para una parte de los adolescentes latinoamericanos. En tal sentido, avanzar hacia sociedades más igualitarias y con más oportunidades para adolescentes y jóvenes sería un cambio estructural que favorecería de forma clara la reducción de la alta fecundidad adolescente de la región. Lo anterior en modo alguno reemplaza a las políticas y programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes, ya que éstos atañen a derechos que deben ser garantizados de forma independiente de la evolución socioeconómica de sus países.

Por otro lado, la escuela, ahora universalizada, se ha convertido en el principal lugar de socialización (no sólo de formación) de los adolescentes. Allí tienen a sus pares y son influenciados por ellos, ahí aprenden a relacionarse con el sexo opuesto; en su marco, hacen sus primeras incursiones románticas y sexuales. Pero la sociedad y la misma escuela no se han adaptado a este nuevo escenario. Persiste, tanto en la familia como en el sector salud, la negación de la condición de sujetos sexuales de los adolescentes y, desde luego, las barreras de acceso a los anticonceptivos. Incluso, la educación sexual, que debiera estar en el centro de la formación brindada por una escuela actualizada, sigue anclada a visiones *biologicistas*, que poco aportan a las conductas preventivas de los muchachos. Así las cosas, grandes desafíos le

esperan a la escuela en América Latina, los cuales deben ser enfrentados teniendo como premisa que la mera impartición de conocimientos y normas a los estudiantes no bastan para que éstos se comporten de manera sana, segura, previsible y empoderada.

Por último, el análisis anterior —leído ahora desde la óptica de los grupos vulnerables— sugiere que hay, al menos, tres distinciones relevantes entre los grupos vulnerables a la maternidad temprana:

1. Los grupos tradicionales, entre los cuales la maternidad temprana es el resultado de una unión temprana enraizada en prácticas culturales y en condiciones y estilos de vida que no tienen contradicciones severas con este hecho; un segmento paradigmático de este grupo son los pueblos indígenas; por cierto, lo anterior no significa *condenar* a una alta probabilidad de reproducción a los adolescentes de estos grupos, pues ellos también tienen derechos sexuales y reproductivos que deben ser garantizados; con todo, es claro que las raíces culturales y materiales de la reproducción temprana en estos grupos exigen aproximaciones de políticas sensibles y pertinentes a esta realidad.
2. Los grupos subalternos dentro del sistema económico y social dominante (por lo común, los pobres de las ciudades) entre los cuales la alta fecundidad adolescente tiene como sustrato la falta de alternativas y proyectos biográficos, combinada con la ausencia de intervenciones públicas robustas destinadas a fomentar y brindar opciones preventivas en materia de reproducción adolescente.
3. Los segmentos relativamente integrados a la dinámica socioeconómica dominante, que reconocen de forma clara las adversidades de la maternidad temprana y que, sin embargo, no logran actuar de manera preventiva porque enfrentan diversas cortapisas institucionales (dentro de sus familias, escuelas, consultorios o farmacias) para acceder a conocimientos, formación y medios preventivos.

Fuentes

- Ali, Mohamed and John Cleland. "Sexual and reproductive behaviour among single women aged 15-24 in eight Latin American countries: a comparative analysis", en: *Social Science & Medicine*. Vol. 60, núm. 6, 2005, pp. 1175-1185.
- Binstock, Georgina and Edith Pantelides. La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico. Documento presentado en la Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe, organizado por la Comisión Económica de América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile, 14 y 15 de noviembre de 2006. Disponible en: www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/5/27255/Binstock.pdf.
- Bongaarts, John. "A framework for analyzing the proximate determinants of fertility", en: *Population and Development Review*. Vol. 4, núm. 1, 1978, pp. 105-132.
- Bozon, Michel. "A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaisons mondiales et évolutions récentes", en: *Population et Sociétés*. Núm. 391, París, Institut national d'études, 2003.
- Buvinic, M. (1998). "The Costs of Adolescent Childbearing: Evidence from Chile, Barbados, Guatemala, and Mexico", en: *Studies in Family Planning*. Vol. 29, núm. 2, pp. 201-209.
- CELADE. *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*. Santiago, CEPAL, 2002.
- Colín, Y. y P. Villagómez. "Evolución de la maternidad adolescente en México, 1974-2009", en: CONAPO. *La situación demográfica de México*. DF, 2010.
- Davis, Kingsley and Judith Blake. "Social structure and fertility: An analytic framework", en: *Economic and Cultural Change*. Vol. 4, No. 2, 1956, pp. 211-235.
- Di Cesare, Mariachiara and Jorge Rodríguez. "Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia", en: *Papeles de Población*. Núm. 48, Toluca, México, 2006, pp. 107-140.
- ECLAC. *Time for equality: closing gaps, opening trails*. Santiago, ECLAC, 2010.
- Grant, Monica and Frank Furstenberg Jr. "Changes in the Transition to Adulthood in Less Developed Countries", en: *European Journal of Population*. Vol. 23, 2007, pp. 415-428.
- Guzmán, Jose, et al. *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*. México, UNFPA, 2001.
- Oliveira, Maria Coleta y Joice Melo. "Gravidez na adolescência e bem-estar infantil: evidências para o Brasil em 2006", en: *Revista Latinoamericana de Población (RELAP) Asociación Latinoamericana de Población (ALAP)*. Vol. 3, núm. 6, 2010, pp. 12-39.
- Rodríguez, Jorge. *Reproducción adolescente y desigualdades: VI Encuesta Nacional de Juventud, Chile, RELAP*. Año 5, núm. 8. Río de Janeiro/Montevidéo, 2011a, pp. 87-113.
- _____. *Latin america: high adolescent fertility amid declining overall fertility*. Documento presentado a Expert Group Meeting on Adolescents, Youth and Development, Population Division Department of Economic and Social Affairs United Nations Secretariat. New York, 21-22 July 2011b. Disponible en: www.un.org/esa/population/meetings/egm-adolescents/p01_rodriguez.pdf
- _____. *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción*. Madrid, OIJ-ECLAC, 2009.
- Stern, Claudio. "Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México", en: *Papeles de Población*. Núm. 39. Toluca, México, Universidad Autónoma del Estado de México, 2004, pp. 129-158.
- _____. "El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica", en: *Salud Pública de México*. Vol. 39, núm. 2, 1997, pp. 137-143.
- Stover, John. "Revising the Proximate Determinants of Fertility Framework", en: *Studies in Family Planning*. Vol. 29, núm. 3. Septiembre, 1998, pp. 255-267.
- United Nations. *Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development*. El Cairo, 5-13 september, 1994.
- Varela, C. y A. Fostik (2011). *Maternidad adolescente en el Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez?* Año 5, número 8. Buenos Aires, RELAP, pp. 115-140.