

Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de **ADOLESCENTES** en América Latina y el Caribe



José Miguel Guzmán
Ralph Hakkert
Juan Manuel Contreras
Martha Falconier de Moyano

**Fondo de Población de las
Naciones Unidas**

**Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA
para América Latina y el Caribe**



UNFPA



FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe

DIAGNÓSTICO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE
ADOLESCENTES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

José Miguel Guzmán
RaLph Hakkert
Juan Manuel Contreras
Martha Falconier de Moyano

MÉXICO D.F, MÉXICO
ENERO 2001

INDICE

Introducción

I. La adolescencia y la salud reproductiva

Martha Falconier de Moyano, José Miguel Guzmán y Juan Manuel Contreras

1. El concepto de la adolescencia
2. Salud sexual y reproductiva en adolescentes

II. La situación actual del embarazo adolescente y del aborto

José Miguel Guzmán, Juan Manuel Contreras y Ralph Hakkert

1. Incidencia del embarazo adolescente
2. Indidencia del aborto inducido
3. Conclusiones

III. Preferencias reproductivas en adolescentes

Ralph Hakkert

1. Son deseados los hijos de madres adolescentes?
2. Resultados prospectivos y actuales
3. Las preferencias reproductivas en los hombres
4. Abortos
5. Conclusiones

IV. La sexualidad y la formación de uniones

Juan Manuel Contreras y Ralph Hakkert

1. La iniciación sexual
2. La unión
3. El comportamiento sexual premarital
4. Conclusiones

V. El conocimiento en salud sexual y reproductiva y la educación sexual

José Miguel Guzmán, Juan Manuel Contreras y Martha Falconier de Moyano

1. Conocimiento sobre la anticoncepción
2. Conocimiento del período fértil
3. Conocimiento de las y los adolescentes sobre ITS y SIDA
4. Conocimiento del condón
5. Creencias no fundamentadas
6. Educación sexual en América Latina
7. Conclusiones

VI. Uso de anticonceptivos en adolescentes

Juan Manuel Contreras, José Miguel Guzmán y Ralph Hakkert

1. Uso actual
2. Razones declaradas para no usar métodos anticonceptivos en adolescentes
3. Actitudes de los jóvenes hacia el uso de anticonceptivos
4. Demanda de métodos
5. Los determinantes del uso de anticonceptivos
6. Conclusiones

VII. Consecuencias del embarazo adolescente

Ralph Hakkert

1. Riesgos del embarazo en adolescentes para la salud de madres e hijos
2. El embarazo como causa de abandono escolar
3. Efectos negativos sobre empleos y pobreza
4. Aumento de la fecundidad global
5. Otros efectos sociales del embarazo adolescente
6. Conclusiones

VIII. ITS y VIH-SIDA en Adolescentes

Juan Manuel Contreras, José Miguel Guzmán y Ralph Hakkert

1. La incidencia del SIDA en adolescentes en América Latina y el Caribe.
2. Incidencia de las ITS
3. Actitud de los adolescentes frente a ITS y VIH/SIDA
4. Conclusiones

IX. Violencia doméstica y sexual

Juan Manuel Contreras y José Miguel Guzmán

1. Violencia doméstica en adolescentes
2. Violencia sexual en adolescentes
3. Conclusiones

X. Conclusiones finales

José Miguel Guzmán, Ralph Hakkert y Juan Manuel Contreras

ANEXOS

Anexo I Notas Metodológicas

Anexo II Cuadros complementarios

Anexo III Gráficos

BIBLIOGRAFIA

RECONOCIMIENTOS

A la División de América Latina y el Caribe del UNFPA, en especial a Marisela Padrón, su Directora, por el apoyo brindado para la realización de este estudio.

A los Representantes del UNFPA y Oficiales de Programa en los países de América Latina y el Caribe, quienes han posibilitado esta publicación con su interés y entusiasmo.

A los colegas del EAT y miembros del Grupo de Trabajo sobre Adolescentes, Mario Acha, Nieves Andino, Pedro Garzón, Patricia Guzmán, Belkys Mones y Rodrigo Vera, que con sus aportes enriquecieron el trabajo desde sus inicios. Especial mención merecen Nieves Andino y Belkys Mones, por sus valiosos comentarios a los Capítulos VIII y IX.

Al Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, por el estímulo brindado a esta actividad y por el apoyo financiero brindado para el desarrollo de parte de los trabajos.

A Martín Vaessen y Shea Rutstein, Director y Director Técnico respectivamente de las Encuestas Demográficas y de Salud de Macro Internacional, por habernos facilitado las bases de datos y proporcionarnos tabulados especiales para el Capítulo II.

Al programa de Encuestas apoyadas por el CDC y en particular al Programa Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica, cuya base de datos de estas encuestas pudimos aprovechar

A Susheela Singh, del Alan Guttmacher Institute, por habernos proporcionados tabulados específicos sobre fecundidad adolescente

Al Proyecto Regional "Educación Sexual y Salud Reproductiva en programas de capacitación laboral y empleo" (UNFPA/OIJ), y en particular a nuestro colega Pedro Garzón, por habernos facilitado el acceso y uso de las encuestas realizadas en ciudades capitales de países andinos en 1999

A Víctor Umpiérrez, por el soporte informático permanente que como funcionario del EAT nos ha brindado

A Mónica Medina, por su paciente apoyo secretarial en todo el proceso de preparación y revisión del documento final.

Los autores

PRESENTACION

El tema de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes ha asumido una gran importancia en la literatura y en los programas de la región durante los últimos años. Sin embargo, se observa que su abordaje, en especial para la formulación de políticas y programas, se hace desde una perspectiva tendiente a exagerar la magnitud de los problemas asociados con ella, y que esta exageración deriva de prejuicios en torno al tema. El tema de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes es altamente complejo y requiere un acercamiento integral para su análisis. Un enfoque centrado únicamente en la prevención de riesgos, independiente del contexto socioeconómico y cultural en que viven los adolescentes, puede llevar a conclusiones erradas y a políticas no siempre adecuadas a sus necesidades reales.

Algunos aspectos de la complejidad de este tema se observan con relación al embarazo adolescente, considerado tradicionalmente como el principal problema de salud reproductiva de este grupo. En este trabajo se documenta cómo en importantes sectores de los países latinoamericanos se vive una realidad sociocultural en la cual el embarazo adolescente no se percibe necesariamente como un problema, sino que es parte de las prácticas culturales vigentes en el marco de la constitución de las uniones y de la formación de las familias. Por ello, se sugiere que la conceptualización del embarazo adolescente se entienda en un contexto en que estas prácticas se contraponen con los requerimientos de las sociedades modernas, en las que se considera que las mejores opciones de vida de los adolescentes no están en la maternidad y la paternidad, sino en el desarrollo de sus potencialidades educativas y formativas en preparación para la vida adulta.

En el caso de la sexualidad, el documento identifica las dualidades que enfrentan cada día las y los adolescentes. Por una parte, socialmente se crean condiciones que incentivan su actividad sexual mientras que en la práctica educativa y familiar se establecen límites para que esta actividad se produzca. Por otra parte, se da un tratamiento opuesto a mujeres y a hombres adolescentes, negando a las primeras la sexualidad y, al mismo tiempo, incentivando a estos últimos a una experiencia sexual temprana sin la debida preparación para una sexualidad sana y segura.

Los autores de este documento, miembros o investigadores asociados al EAT, han hecho un esfuerzo particular por poner a disposición de los lectores el análisis de la mayor cantidad de información actualizada disponible en cada uno de los temas. En muchos casos, desmitifican algunas creencias y conclusiones erradas que circulan y que afectan negativamente la efectividad de los programas. Obviamente, la información es frecuentemente incompleta y no ha permitido avanzar suficientemente en aquellos temas que, por novedosos, aún no se plasman en los sistemas estadísticos nacionales. La generación de informaciones más adecuadas en ese campo queda como un reto en este proceso de avanzar hacia un conocimiento más acabado de la realidad adolescente latinoamericana.

Deseamos que este trabajo, que ponemos a disposición de los profesionales del área, permita mejorar el conocimiento de los temas de la salud sexual y reproductiva y, de ese modo, enriquezca las estrategias orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida de los 103 millones de adolescentes de la región de América Latina y el Caribe, en este componente central de su vida: su salud sexual y reproductiva.

George Martine
Director EAT

INTRODUCCION

El estudio de la salud reproductiva representa una aproximación integral a los problemas relacionados con la reproducción y con la sexualidad de mujeres y hombres, considerada esta última como una dimensión del comportamiento, no necesariamente ligada exclusivamente a la procreación. La Conferencia de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en el Cairo, Egipto, en 1994 sustentó la necesidad de situar la salud reproductiva como un componente central de la salud en general y de la vida de las personas en todo su ciclo vital. Desde esta perspectiva, los y las adolescentes emergen como sujetos importantes de políticas, por sus necesidades específicas en materia de salud reproductiva, por sus condiciones de grupo de riesgo y porque indudablemente en esta etapa se definen muchos de los aspectos que influyen en la conducta sexual y reproductiva de los individuos en el curso de su vida.

Tanto en esta Conferencia como en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, realizada en Beijing (1995), se trató de manera destacada el tema de adolescentes y se planteó claramente la necesidad de promover y proteger los derechos de atención e información de los y las adolescentes.

La CIPD exhortó a que las diversas organizaciones atendieran las necesidades específicas de la adolescencia y es en este sentido que el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha venido desarrollando actividades enfocadas a este grupo. El presente documento se orienta a apoyar este esfuerzo, así como el de otras instituciones y profesionales dedicados al tema, por medio de un diagnóstico de la situación de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en América Latina y el Caribe, en cuanto a los aspectos más importantes.

Pese a la reconocida preocupación por responder a las crecientes necesidades de la salud reproductiva de los y las adolescentes, en América Latina existen insuficiencias en la capacidad de los países para poner en práctica programas efectivos. Este déficit obedece, entre otras razones, a la escasez de información y análisis que identifiquen de forma precisa el contexto social, cultural, económico y demográfico en el que se desenvuelve la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, así como de estudios sobre los factores más importantes que la determinan. Agréguese a lo anterior que en diversos trabajos referentes a la salud reproductiva se ignoran los condicionantes estructurales del comportamiento reproductivo, y muchas de las investigaciones se reducen a un simple análisis de algunos de sus aspectos específicos tales como la planificación familiar.

En este contexto, el presente trabajo se propone brindar una caracterización descriptiva y analítica amplia de la salud reproductiva de los y las adolescentes en la región que apoye las iniciativas tendientes a mejorarla. La parte central de este estudio es la descripción de la situación y tendencias recientes, así como el tratamiento de algunos de los factores determinantes del comportamiento de los y las adolescentes en los asuntos más significativos de la salud

reproductiva, en particular, fecundidad, aborto, aspectos sexuales y características matrimoniales, conocimiento y uso de anticonceptivos, efectos biológicos y psicosociales del embarazo, preferencias reproductivas, infecciones de transmisión sexual (ITS), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y la violencia intrafamiliar y sexual.

Un tema de interés especial será el embarazo en adolescentes. Aunque existe evidencia sobre una disminución general de la fecundidad adolescente en el mundo, la atención y la preocupación por este fenómeno ha ido en aumento. Más aun, en los últimos años se ha incrementado la percepción de que la fecundidad adolescente es un problema, lo que se confirma en el Programa de Acción de la CIPD, que pone énfasis en que la maternidad muy temprana produce efectos negativos en las adolescentes y, por lo tanto, se establece como objetivo la reducción sustancial de estos los embarazos.

El documento se basa principalmente en encuestas aplicadas dentro del proyecto de las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS, por sus siglas en inglés) y las Encuestas de Salud Reproductiva apoyadas por el *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), así como en encuestas específicas de cada país (ver listado en el Anexo I). La naturaleza de estas fuentes permite contar con información cuantitativa sobre el tema en gran escala. Sin embargo, dados los objetivos del estudio, no se abordan todas las cuestiones de interés, sino sólo aquellas consideradas más relevantes, sobre las que se dispone de información actualizada. Desafortunadamente, no todos los países cuentan con información sobre cada uno de los aspectos estudiados, lo cual significa un obstáculo para brindar un panorama completo y homogéneo.

Con los resultados de este trabajo, se espera contribuir a obtener una visión amplia y diversa de lo que está ocurriendo en la región, que refleje adecuadamente la complejidad de los fenómenos estudiados y que sirva para el desarrollo y ejecución de acciones tendientes a mejorar las condiciones de vida de los adolescentes por medio de un mayor bienestar en su salud sexual y reproductiva.

I. LA ADOLESCENCIA Y LA SALUD REPRODUCTIVA

Martha Falconier de Moyano

José Miguel Guzmán

Juan Manuel Contreras

1. El concepto de adolescencia

El concepto de adolescencia es relativamente reciente en términos históricos. Surgió a fines del siglo XIX e inicios del XX en los países occidentales y sirvió para designar a un grupo específico de la población joven perteneciente, por lo general, a un nivel socioeconómico elevado, quienes llevaban a cabo una preparación prolongada antes de asumir los papeles adultos. Con el paso del tiempo, y a medida en que se fueron desarrollando los procesos de industrialización y urbanización, esta fase de preparación entre la niñez y la adultez se fue extendiendo en duración, a la vez que se conformaba la adolescencia como una edad particular de la vida, con identidad propia y necesidades específicas.

Sin embargo, al igual que sucedía en la antigüedad, en muchas sociedades, en especial de áreas rurales de América Latina, el ingreso a la edad adulta se inicia muy temprano, con fuertes responsabilidades económicas y familiares –que en ocasiones incluye el matrimonio- lo que hace de la adolescencia una etapa inadvertida. En cambio, en muchas otras áreas y sectores de la región, y como consecuencia del proceso de modernización, el período de la adolescencia se ha ampliado e incluso continúa creciendo.

En los países desarrollados, la extensión de la escolarización y el consiguiente retraso de la entrada al mercado laboral marcan una tendencia a la prolongación de la adolescencia. En los países en desarrollo se presentan situaciones que oscilan desde aquéllas en que se da un rápido tránsito de la niñez a la condición de adulto, hasta las que experimentan la adolescencia "tardía", en los sectores de la población de ingresos y escolaridad más altos. Ahora bien, la creciente escolarización y los profundos cambios culturales y tecnológicos, que facilitan una mayor exposición a los medios de comunicación y el acceso a la información, son factores que difunden modelos de comportamientos que influyen en las conductas de los jóvenes de toda la sociedad, incluyendo a las zonas rurales y comunidades indígenas, lo que incide en que el período de la adolescencia se amplíe, al tiempo en que se van transformando las visiones y percepciones de los y las adolescentes acerca de sus papeles y alternativas futuras.

En suma, la dificultad de definir de manera universal el concepto de adolescencia estriba en que por sí mismo el fenómeno representa una construcción cultural sujeta a la variación de ambientes y contextos (Villarreal, 1998). Se reconoce que las características y duración de esta etapa dependen de la clase social, el entorno sociocultural, el género, la etnia, etc. Aún así, se admite la necesidad práctica de establecer una convención que permita identificar y analizar la especificidad del comportamiento de los individuos que se encuentren transitando de la niñez a la edad adulta.

El criterio operacional más utilizado y ampliamente aceptado es el de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS considera que la adolescencia se inicia con los cambios biofisiológicos que experimentan los individuos luego de la niñez y finaliza con la madurez sexual y reproductiva, que abarca entre los 10 y los 19 años. En diferentes estudios se observa un cierto consenso en torno a que un rasgo distintivo de la adolescencia se relaciona con el desarrollo de las funciones sexuales y reproductivas, lo cual trae consigo un impacto tanto fisiológico como psicosocial en los individuos. En cuanto al límite superior no hay tanto acuerdo, dado el carácter difuso entre las fronteras del mundo adolescente y el adulto según el contexto sociocultural; con todo, por lo general no se lo sitúa más allá de los 20 años. La información disponible suele tomar como universo de estudio a los adolescentes de 15-19 años, restringiendo así la posibilidad de un análisis de mayor profundidad de los menores de 15 años.

2. Salud sexual y reproductiva en adolescentes

La adolescencia, a la vez que presenta un crecimiento notable en ideales y en la capacidad de iniciar planes de vida, sufre un cierto asincronismo entre su desarrollo biológico y su desarrollo psicosocial. Esto genera problemas de ajuste emocional y social en una etapa en que los y las adolescentes deben afirmar su identidad sexual, aceptando sus cambios corporales y avanzando en su independencia psicológica hacia la adopción de estilos de vida adulta y de su propia identidad. Desde el punto de vista psicosocial, las relaciones con los adultos entran en una etapa de cuestionamiento y estos últimos dejan de ser sus referentes próximos. Los y las adolescentes se inclinan más hacia sus pares y entran en conflicto con los valores e ideas que sustentan los mayores. Las respuestas a sus inquietudes se procuran en las fuentes más cercanas a sus actividades grupales. Los conflictos con la autoridad, derivados de sus necesidades de independencia y de tener sus propias experiencias, provocan en ocasiones su involucramiento en conductas de riesgo.

En este contexto deben considerarse las dificultades que enfrentan los y las adolescentes para comunicarse con sus padres y las de éstos para dialogar con ellos. Uno de los aspectos en que se obstaculiza el diálogo es el tema de la sexualidad, entre otras razones, a raíz de la renuencia de los adultos para aceptar como legítima la actividad sexual adolescente, en especial cuando ésta se produce fuera del contexto del matrimonio o unión. El diálogo padres-hijos así como la relación docente-alumno suele estar más imbuido de connotaciones morales y de "deber ser" que de informaciones que aclaren las dudas y satisfagan las necesidades de los y las adolescentes.

El desarrollo del y de la adolescente comporta una alteración de su equilibrio emocional, con sentimientos de confusión, actitudes rebeldes y nuevos intereses, cambios que pueden representar factores de riesgo en cuanto a convertirlos en un grupo vulnerable respecto de su salud física y emocional. Así, la salud reproductiva adolescente representa una prioridad en atención. Ésta se entiende como "el estado de completo bienestar físico, mental y social de los y las jóvenes de 10-19 años, con ausencia de enfermedades o afecciones relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Es un estado dentro del cual los y las adolescentes pueden cumplir su sexualidad y sus funciones reproductivas libres de riesgo, escogiendo de manera libre, orientada y oportuna el inicio de sus relaciones sexuales, la forma de relacionarse con la pareja, el número y espaciamiento de hijos." (Toro Ocampo, 1996).

En la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo, el tema de los adolescentes ocupó un lugar central en las discusiones sobre salud reproductiva, lo que quedó reflejado en el Programa de Acción adoptado (United Nations, 1994), en el que se propuso que los gobiernos emprendieran acciones para promover y proteger los derechos de los y las adolescentes a la asistencia en materia de salud reproductiva por medio de programas apropiados. Estas recomendaciones se enfatizan en la evaluación de la CIPD hecha cinco años más tarde (CIPD+5) y en particular en lo referente a la necesidad de fomentar el "... disfrute de los más altos niveles asequibles de salud, proporcionar servicios adecuados, concretos, comprensibles y de fácil acceso, para atender eficazmente sus necesidades de salud genésica y sexual, inclusive educación, información y asesoramiento sobre salud genésica y estrategias de fomento de la salud. Estos servicios deben proteger los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad y el consentimiento fundamentado, respetando los valores culturales y las creencias religiosas y de conformidad con los acuerdos y convenciones internacionales vigentes pertinentes" (United Nations, 1999).

En los últimos años ha habido un auge en el estudio de la salud reproductiva de los y las adolescentes, centrado principalmente en el análisis del embarazo a edades tempranas en determinados subgrupos de la población. Caracterizar la situación de salud reproductiva de jóvenes y adolescentes en América Latina y el Caribe es complejo, por la dificultad para obtener información debidamente actualizada sobre todos los países, por la diversidad de pautas en el interior de éstos y por la complejidad de factores asociados a las conductas sexuales y reproductivas en la adolescencia. Al respecto, es necesario que se tomen en cuenta las condiciones socioeconómicas, el origen étnico, los patrones culturales y, sobre todo, los papeles de género, ya que estos elementos determinan en cada sexo el significado y la vivencia adolescente en los diversos grupos sociales y comunidades .

Con respecto a los papeles de género, hay que tener presente en todo momento que éstos se expresan de forma determinante en la adolescencia. Scott (1996) subraya que el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos, a la vez que se constituye en una forma primaria de relaciones significativas de poder. El género influye permanentemente en la sexualidad de los y las adolescentes, en su acceso a la información, así como a los servicios de salud y en la capacidad de protegerse ellos mismos de embarazos no deseados o de las ITS y el VIH-SIDA (Barnett, 1997). En América Latina y el Caribe se aprecia una estrecha relación entre las identidades de género y las actitudes, percepciones y comportamientos que asumen los y las adolescentes hacia la sexualidad y la reproducción. Si bien es cierto que las identidades de género en la región son diversas y maleables, y presentan múltiples matices, en términos generales se reconoce entre algunos de los efectos de estas identidades los siguientes: a) la vivencia de la sexualidad de las y los adolescentes de manera diferenciada con significados y expectativas diferentes, que la mayoría de las veces repercute en incomunicación entre varones y mujeres; b) relaciones sexuales mediadas por la noción de supremacía y autoridad masculina, lo cual tiende a generar ambigüedad en la respuesta y en el potencial asertivo para la negociación de las adolescentes; c) dificultad de las adolescentes para separar el ejercicio de la sexualidad de la procreación y tensión sobre la decisión de uso de anticonceptivos; d) la percepción de los varones sobre el cuidado de la salud y de la anticoncepción como un ámbito exclusivo de las mujeres; e)

percepciones diferentes por sexo sobre los riesgos de las prácticas sexuales no protegidas y sobre sus consecuencias; f) la "compulsión" al embarazo en jóvenes provenientes de grupos sociales pobres y de ambientes familiares poco afectivos y contenedores emocionalmente; y g) las expectativas diferenciales sobre la sexualidad de las y los adolescentes que inciden en las actitudes hacia la protección.

En este estudio se parte de la premisa de que la salud reproductiva en adolescentes sólo puede entenderse con referencia al contexto social y cultural en que viven los y las adolescentes. El embarazo adolescente forma parte de un contexto valorativo construido socialmente, y su significado varía entre las diferentes culturas (Villarreal, 1998). En este sentido, sería limitada la visión que estima al embarazo adolescente como un problema universal. Así, el embarazo precoz no siempre se comprende como un problema desde el punto de vista de los jóvenes. En efecto, existen contextos en los que el embarazo no sólo no es un problema adicional sino que se constituye en la base de la construcción del único proyecto de vida disponible, basado en la procreación y el matrimonio, porque los adolescentes no encuentran otras alternativas de vida futura atractivas y viables. Las consecuencias de tener un hijo en la adolescencia, como señala Stern (1995), más que como un problema en sí mismo, deben entenderse en función de los múltiples procesos a los que está asociado y a las significaciones que adquiere en cada cultura y grupo social.

Según Stern (1997), las razones que explican la consideración del embarazo adolescente como un problema social serían "...el aumento y la mayor visibilidad de la población adolescente; la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres..., los cambios sociales y culturales que han llevado a modificar el contexto normativo bajo el cual se sancionan los embarazos tempranos y, por último, las condiciones adversas a las que se enfrenta un número creciente de jóvenes que difícilmente pueden hacerse cargo de una familia, a pesar de que en muchas ocasiones estarían dispuestos y aun deseosos de hacerlo". Precisamente, Stern distingue cuatro argumentos que se esgrimen con mayor frecuencia para definir el embarazo adolescente como problema:

- El supuesto aumento del embarazo entre adolescentes en varios países de América Latina;
- Los efectos adversos de un embarazo a edad temprana para la salud de madre e hijo;
- Las consecuencias de este fenómeno para el crecimiento de la población;
- La contribución del fenómeno a la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Aunque se trata de un tema cuya valoración ha variado entre diferentes épocas y contextos socioculturales, la maternidad temprana de alguna forma choca con las expectativas de la sociedad moderna, la cual reserva a la adolescencia una función de preparación para la vida adulta, no compatible con el ejercicio precoz de papeles típicamente adultos como la responsabilidad por la crianza de un hijo. Una interpretación posible y ampliamente aceptada es que, dentro del contexto de la sociedad moderna, el embarazo en la adolescencia constituye un síntoma del fracaso de este proceso de preparación, que ocasiona la transición prematura a la vida adulta.

En cualquier caso, parte de los embarazos adolescentes no son deseados y resultan de relaciones sexuales no protegidas, a consecuencia, entre muchos otros factores, de la falta de

acceso oportuno a información y servicios anticonceptivos. Tanto en estos casos como en aquellos en que las oportunidades que se ofrecen a los jóvenes les niegan opciones de vida más allá de la construcción temprana de una familia, la persistencia de tasas de embarazo adolescente elevadas puede ser interpretada como una de las dimensiones de la desigualdad social, como una expresión más de la marginación de grandes grupos de jóvenes de los beneficios sociales, culturales y económicos. Un embarazo precoz puede tener efectivamente repercusiones negativas en la posibilidad de la adolescente de alcanzar ciertas metas en su desarrollo psicológico y social, pero la relación inversa puede también ser cierta. Hay evidencias, por ejemplo, de que en muchos casos el embarazo es más el resultado que la causa de un conjunto complejo de problemas que incluyen el fracaso escolar y la mala relación con los padres. El desglose de las relaciones causales es uno de los principales desafíos para el estudio del tema.

II. LA SITUACION ACTUAL DEL EMBARAZO ADOLESCENTE Y DEL ABORTO

José Miguel Guzmán
Juan Manuel Contreras
Ralph Hakkert

1. Incidencia del embarazo adolescente

La situación del embarazo en la adolescencia se determina básicamente por la fecundidad adolescente, lo cual puede ser incorrecto cuando, como es el caso de muchos países de la región, existe una alta incidencia del aborto inducido. Por este motivo, en este capítulo se analizan no sólo la fecundidad sino también el aborto en adolescentes.

La incidencia de la fecundidad temprana se evaluará principalmente mediante el indicador de las tasas de fecundidad por edades. Otro indicador utilizado a menudo es la proporción de nacimientos de madres adolescentes. Su mayor uso se explica por sus implicaciones en el nivel programático, porque muestra el peso que supone para los servicios de salud el atender a mujeres que por su temprana edad podrían estar eventualmente en situación de mayor riesgo en cuanto a su salud, sobre todo si éstas son menores de 17 años y pertenecen a estratos pobres. Sin embargo, la proporción de nacimientos en adolescentes depende no sólo de la tasa de fecundidad adolescente sino también del número de mujeres en estas edades (y por lo tanto, de la estructura etaria de la población), y del nivel de la fecundidad en otras edades. Así, su cambio en el tiempo no expresa con fidelidad la incidencia de la fecundidad en estas edades y puede conducir a conclusiones erróneas.

La salud sexual y reproductiva adquiere dimensiones claramente diferenciadas en cada sexo. Precisamente, la fecundidad adolescente tiene mayor incidencia en mujeres que en varones, aun cuando éstos inician su vida sexual más temprano. En Perú, la maternidad adolescente está presente en una de cada diez mujeres, en tanto que la paternidad adolescente apenas en uno de cada cincuenta hombres (véase el cuadro II.1). En los casos de Honduras y Nicaragua, más de un 20 % de las adolescentes ya son madres, mientras que menos del 4% de los varones son padres. En consecuencia, los indicadores de fecundidad adolescente se calcularán principalmente para las mujeres; de hecho, la gran mayoría de los padres de los hijos de madres adolescentes no son adolescentes. Entonces, los indicadores de fecundidad adolescente masculina no son necesariamente los que mejor representan la situación de salud reproductiva de los hombres.

Por lo general, la mayoría de los hijos de madres adolescentes tienen como padre a un adulto y es muy frecuente observar marcadas diferencias de edad entre ambos progenitores. Esta heterogamia, que según algunas investigaciones aumenta a menor edad de la mujer (véase el capítulo V), se asocia con inequidades de género vinculadas a un contexto sociocultural que asigna comportamientos de nupcialidad, sexualidad y reproducción distintos en hombres y mujeres. Por una parte, los adolescentes hombres eligen con ventajas evidentes dentro de un más amplio mercado matrimonial; y por otro, las jóvenes, en un contexto que niega su capacidad de independencia, podrían verse motivadas a buscar una mayor estabilidad, estableciendo uniones con parejas de mayor edad.

Cuadro II. 1
Porcentaje de adolescentes (15-19) que han tenido hijos nacidos vivos,
según sexo: América Latina y el Caribe, 1995-1998

País	Porcentaje de adolescentes que han tenido hijos nacidos vivos	
	Mujeres	Hombres
Bolivia (1998)	11.5	3.0
Brasil (1996)	14.3	3.1
Haití (1995)	10.8	0.3
Honduras (1996)	22.3	3.7
Nicaragua (1998)	22.1	2.9
Perú (1996)	10.9	2.0
República Dominicana (1996)	18.3	1.2

Fuente: Encuestas DHS

Estas amplias diferencias entre las edades de las mujeres y sus compañeros crean en muchas ocasiones una gran vulnerabilidad femenina en su interacción con un hombre mayor, ya que las relaciones de poder tienden a ser más desiguales; por lo mismo, se observa un empoderamiento (*empowerment*) menor; incluso, esto puede constituir un factor de riesgo en la salud reproductiva de las adolescentes.

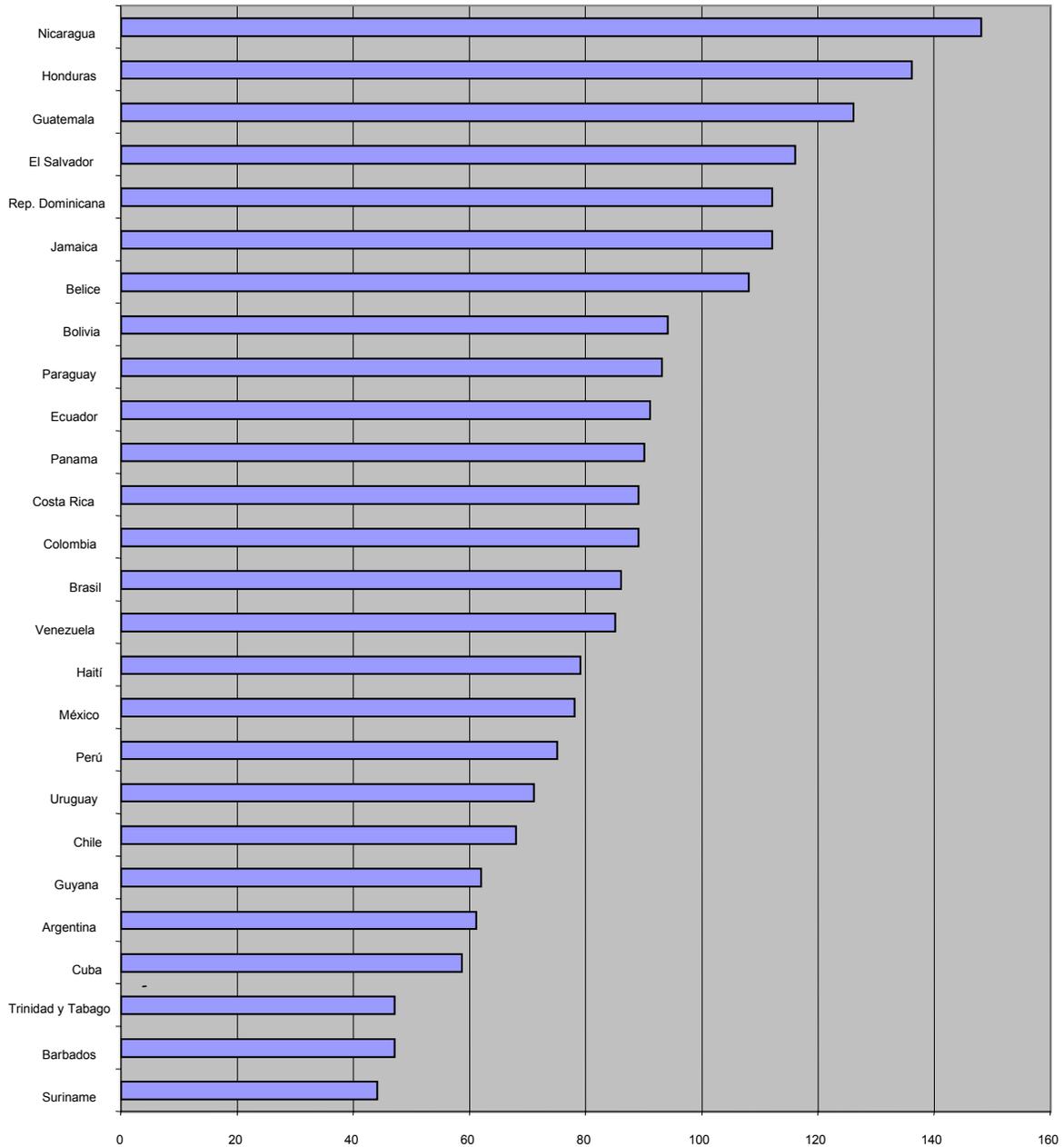
a) Situación actual de la fecundidad adolescente

El análisis que sigue se ha elaborado a partir de una revisión exhaustiva de todas las fuentes disponibles, incluyendo entre éstas las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS), Encuestas de Salud Reproductiva apoyadas por el Centro de Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) y otras encuestas (véase la bibliografía), las proyecciones del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y las Estadísticas vitales. A partir de esta revisión, se describen en seguida la situación actual y las tendencias recientes de la fecundidad adolescente casi en la totalidad de los países de América Latina y el Caribe.

Sobresale en primer lugar que en América Latina y el Caribe no existe un patrón único de fecundidad; al contrario, se presenta una gran heterogeneidad tanto entre países como en el interior de éstos (véase el gráfico II.1 y los cuadros II.2 y II.3). Si se utiliza la tasa de fecundidad adolescente como indicador de los embarazos tempranos, se observa un primer grupo de países en los que sus valores son sustancialmente elevados (por encima de 100 nacimientos por cada mil mujeres entre 15-19 años), entre los que se cuentan las naciones centroamericanas (excepto Costa Rica), República Dominicana, Jamaica y Belice. La elevada frecuencia de embarazos tempranos en estos países es parte de un patrón tradicional de uniones y relaciones sexuales iniciadas a temprana edad. De hecho, como se verá más adelante, en estos países, entre un 3% y un 6% de las mujeres tienen sus hijos antes de los 15 años, cifra que alcanza cerca de un 10% en mujeres sin escolaridad, lo que las expone a riesgos de muerte mucho más altos tanto para ellas como para sus hijos (véase el cuadro II.7). Un segundo grupo ostenta tasas entre 75 y 100 por mil: Bolivia, Paraguay, Ecuador, Panamá, Colombia, Costa Rica, Brasil, Venezuela, Haití, México y Perú. Finalmente, los países con tasas por debajo de 75 por mil son Cuba, Trinidad y

Tabago, Barbados, Guyana y Suriname, y aquellos del Cono Sur cuya transición de una fecundidad alta a una baja se inició muy tempranamente, en el siglo pasado.

Gráfico II. 1
Tasas de fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe



Fuente: Cuadro II.3

Tasas (por mil)

Con respecto a países del Caribe de menor población, no se dispone de datos muy actualizados. No obstante, se cuenta con estimaciones realizadas para una fecha cercana a 1990 (entre 1987 y 1989) que muestran tasas de fecundidad adolescente bajas para Bahamas (45 por

mil) y altas o medianas en Granada (99 por mil), San Vicente y las Granadinas (92 por mil), St. Kitts y Nevis (89 por mil) y Santa Lucía (86 por mil) (CEPAL, 1997). Con la excepción de Granada, los demás son países avanzados en su transición demográfica, con tasas globales de fecundidad cercanas o inferiores a 3 hijos por mujer, por lo cual las tasas de fecundidad adolescente registradas son altas en términos relativos.

b) La tendencia de la fecundidad adolescente: ¿está aumentando o disminuyendo la fecundidad adolescente en América Latina?

A partir de los años setenta, los países de la región, salvo Argentina y Uruguay, cuyo proceso de transición demográfica es anterior, inician una disminución de su fecundidad (Chackiel & Schkolnik, 1996) expresada por bajas sustanciales en el número de hijos por mujer acumulados al final de la vida reproductiva. No obstante, el cambio de la fecundidad adolescente tiene características particulares, que la distingue de lo que sucede en otras edades (véase el cuadro II.2).

Cuadro II.2
Tasas de fecundidad adolescente (15-19 años):
América Latina y el Caribe, 1970-1975 y 1990-1995

País	Tasas de fecundidad 15-19 (por mil)		
	1970-75	1990-95	% de cambio
Argentina	68.3	69.7	2.0
Barbados	87.4	50.5	-42.2
Belice	146.9	117.0	-20.4
Bolivia	94.7	94.0	-0.7
Brasil	68.3	82.4	20.6
Chile	84.1	67.3	-20.0
Colombia	89.9	92.0	2.3
Costa Rica	105.8	89.0	-15.9
Cuba	140.7	67.2	-52.2
Ecuador	120.0	79.4	-33.8
El Salvador	150.6	123.0	-18.3
Guatemala	143.0	126.4	-11.6
Guyana	98.0	65.9	-32.8
Haití	65.7	76.0	15.7
Honduras	150.8	126.5	-16.1
Jamaica	140.0	100.3	-28.4
México	116.3	76.6	-34.1
Nicaragua	157.9	157.2	-0.4
Panamá	134.6	90.7	-32.6
Paraguay	95.8	95.0	-0.8
Perú	86.3	74.5	-13.7
República Dominicana	116.7	91.2	-21.9
Suriname	110.0	52.0	-52.7
Trinidad y Tabago	87.5	54.6	-37.6
Uruguay	65.4	70.5	7.8
Venezuela	102.6	101.4	-1.2

Fuente: Estimaciones realizadas sobre la base de proyecciones nacionales de la población de los países del CELADE; encuestas DHS y otras fuentes.

En primer lugar, se aprecia que el descenso de la fecundidad total, expresado éste por la tasa global, es mayor que el observado en la fecundidad adolescente. Precisamente, este factor ha sido considerado como indicativo de las características específicas de la fecundidad adolescente, vinculada principalmente al inicio de la maternidad; a diferencia de la fecundidad en otras edades, cuyos determinantes están más relacionados con el tamaño de la descendencia. En segundo lugar, aunque en la mayoría de los países se registra una disminución de la fecundidad adolescente, como lo muestra el cuadro II.2, ésta no es generalizada. Varios países no muestran un cambio significativo (Nicaragua, Venezuela, Paraguay, Bolivia, Colombia y Argentina) o incluso reportan cierto aumento (Uruguay, Haití y Brasil).

A partir de 1990 (véase el cuadro II.3), las estimaciones realizadas revelan que algunos de los países que mantenían tasas relativamente estables o con cierto incremento antes del 1990,

empiezan a denotar signos de disminución. Al mismo tiempo, en varios países cuya fecundidad venía descendiendo, la fecundidad adolescente se estanca o sube. La estabilización, o incluso la elevación que acusan en fechas más recientes las tasas de países cuya transición de la fecundidad se supone avanzada y cuyas estadísticas vitales son confiables (Chile, Panamá, Argentina y Uruguay), constituye una señal de que en determinadas naciones en estas edades existen factores socioculturales específicos que influyen en la incidencia de embarazos tempranos.

A fin de ofrecer un panorama resumido de estas tendencias, a partir de los datos de los cuadros II.2 y II.3 se han definido cuatro grupos de países, según el comportamiento de la fecundidad adolescente antes de 1990 y después de esta fecha (véase el cuadro II.4).

Grupo I: Países que bajaron su fecundidad adolescente antes de 1990 y siguen esta tendencia a partir de esta fecha.

En este grupo se sitúa México, cuya política de población se considera exitosa, y Cuba, donde el aborto está legalizado y constituye el principal mecanismo de control de la fecundidad en la población adolescente. También cabe incluir países del Caribe anglófono, con tasas originalmente altas a inicio del período, pero con descensos muy fuertes. Se trata de países cuya fecundidad total es baja e incluso inferior al nivel de reemplazo de 2.1 hijos por mujer (en los casos de Barbados y Trinidad y Tabago). En este grupo también se cuentan Costa Rica, Belice, El Salvador y Guatemala. En los tres últimos, la incidencia del embarazo adolescente todavía es muy alta, su descenso anterior a 1990 fue limitado, y por consiguiente tienen aún un largo camino por recorrer en sus metas de abatir el embarazo temprano.

Grupo II: Países que bajan su fecundidad a partir de 1990, pero que tuvieron tasas en ascenso o estables antes de esta fecha.

Un segundo grupo lo constituyen Venezuela, Bolivia, Paraguay, Nicaragua y Haití. En el caso de Paraguay, y especialmente de Bolivia, el descenso de las tasas sería un fenómeno más reciente, arrojado por datos de encuestas realizadas en 1998. Por su parte, Venezuela y Nicaragua no muestran aparentemente ningún cambio entre los años 1970 y 1990. El último país se caracteriza por tener la tasa de fecundidad adolescente más elevada de la región. El caso de Haití es particular, ya que diferentes encuestas revelan un ascenso de la fecundidad general a inicios de la década del ochenta. El descenso aparente ocurrido en fechas recientes se debe justamente al alza observada en la década de los ochenta, y en la actualidad las tasas de Haití son incluso mayores que las estimadas sobre 1970.

Cuadro II.3
Tasas de fecundidad adolescente por país: América Latina y el Caribe, 1990-1997

País	Tasas de fecundidad (por mil)			Años de referencia	Fuentes
	1990	1995	1997		
Argentina	67	61	67	90,95,97	Estadísticas vitales
Barbados	61	47	..	90,95	CDCC-ECLAC,Proyecciones
Belice	122	108	..	90,95	Proyecciones
Bolivia	94	94	84	87,92,97	DHS-89; DHS94; DHS98
Brasil	84	86	..	90,94	DHS86; DHS96
Chile	69	68	70	90,95,97	Estadísticas Vitales
Colombia	85	89	85	90,93,98	Proyecciones, DHS-95,DHS-00
Costa Rica	95	89	86	90,95,97	Estadísticas Vitales
Cuba	76	59	56	90,95,99	Estadísticas Vitales
Ecuador	89	91	91	90,92,97	ENDEMAIN I, II y 99
El Salvador	124	116	..	90,95	CDC-93 y CDC-98
Guatemala	130	126	117	90,94, 97	DHS-87, DHS-95, DHS-99
Guyana	69	62	..	90,95	Proyecciones
Haití	92	79	80	88,93,97-98	DHS-94/95, DHS-1999
Honduras	132	136	..	90,94	ENESF-96, ENESF-91-92
Jamaica	108	112	..	90,96	CPS-93, RHS-97
México	81	78	74	90,95,96	ENADID-92, ENADID-97
Nicaragua	158	148	..	90,95	CDC-92-93; DHS-98
Panamá	98	90	94	90,95,96-97	Estadísticas vitales, Proyecciones
Paraguay	97	94	87	89,95,97	DHS-90, CDC-95 y CDC-98
Perú	74	75	..	90,95	DHS-91-92, DHS-96
República Dominicana	88	112	..	90,95	DHS-91, DHS-96
Suriname	60	44	..	90,95	CPS-92, Proyecciones
Trinidad y Tabago	60	47	..	90,95	CDCC-ECLAC, proyecciones
Uruguay	64	71	..	90,96	Estadísticas vitales
Venezuela	105	85	..	90,95	ENPOFAM-98

Cuadro II.4
Caracterización de los países de América Latina y el Caribe, según patrón de cambio de la fecundidad adolescente antes y después de 1990

Situación antes y después de 1990		Después de 1990	
		Bajan	Estables o suben
Entre 1970 y 1990	Bajan	<i>Grupo I</i> Cuba, Trinidad & Tabago, Suriname, Guyana, Barbados, México, Belice. El Salvador, Costa Rica, Guatemala	<i>Grupo III</i> Ecuador, Panamá, Jamaica, Rep. Dominicana, Chile, Honduras y Perú
	Estables o suben	<i>Grupo II</i> Venezuela, Bolivia, Nicaragua, Paraguay y Haití	<i>Grupo IV</i> Argentina, Uruguay, Brasil y Colombia

Fuente: Cuadros II.2 y II.3

Grupo III: Países cuya fecundidad venía descendiendo entre 1970-1975 y 1990-1995, pero que a partir de 1990 se mantiene estable o sube.

En estos países la fecundidad descendió antes de 1990, pero se estabiliza o sube a partir de esta fecha, interrumpiéndose así la tendencia previa. Cabe subrayar el caso de la República Dominicana, que ostenta el mayor ascenso de la fecundidad adolescente a partir de 1990, pese al fuerte descenso anterior a esta fecha. Como se verá más adelante, el fenómeno quizás se explique como resultado del aumento espectacular que se dio en la edad de entrada en la unión. Este incremento, sin embargo, podría estar exagerado por una subestimación de las tasas de fecundidad adolescente en la DHS-91 y una probable sobreestimación en la DHS-96.

Hasta que se disponga de mayor información para toda la década de los noventa, en los demás países sólo puede hablarse de estancamiento más que de un aumento efectivo de la fecundidad adolescente. El caso de Chile merece algunos comentarios adicionales (ver Recuadro II.1).

Grupo IV: Países cuya fecundidad estuvo relativamente estable o en aumento antes de 1990 y también después de esta fecha

Entre estos países se observan tasas relativamente estables o en crecimiento antes de 1990 y también después de esta fecha. En este grupo hay dos casos de transición temprana de la fecundidad (Argentina y Uruguay). Estos países tampoco muestran un cambio significativo de la fecundidad en otras edades. En Argentina, las tasas en realidad vienen descendiendo lentamente

RECUADRO II.1

EL ALZA DE LA FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES MÁS JÓVENES: EL CASO DE CHILE A PARTIR DE 1980

Tal como se ha mostrado en Chile, la fecundidad adolescente (15-19 años) se mantiene prácticamente constante en los últimos años, incluso mostrando un ligero aumento. Un análisis detallado por edades simples muestra sin embargo un panorama bien distinto (INE, 2000). Esta aparente estabilidad de la fecundidad adolescente oculta un fenómeno de gran relevancia. Por una parte, si bien la fecundidad de mujeres de 19 años baja a partir de 1980 y la de mujeres de 18 años se mantiene relativamente constante, la fecundidad de aquellas mujeres menores de esta edad experimenta un crecimiento sin precedentes. Entre 1985 y 1998 la tasa de fecundidad de mujeres de 17 años sube de 57 por mil a 71 por mil (25 %), la de mujeres de 16 años sube de 32 a 50 por mil (57 %) y la de mujeres de 15 años sube de 13 a 23 por mil (73 %). Este aumento de la fecundidad se produce al tiempo que aumenta solteras, especialmente en las adolescentes más jóvenes, la proporción de nacimientos de mujeres solteras. En el grupo de mujeres de 15 años, el porcentaje de nacimientos tenidos por las mujeres en condición de soltería pasó de 67% en 1980 a 95% en 1998. En el total de nacimientos de madres de menos de 21 años, esta cifra pasó de 43% a 77%.

Del mismo modo, aumenta entre las adolescentes el peso de los nacimientos provenientes de mujeres de mayor nivel de escolaridad. En mujeres de 15 años, el porcentaje de nacimientos de madres de 7 años de estudios aprobados o más pasa de 58% en 1985 a 77 % en 1998, lo que podría estar indicando que cada vez más el embarazo se produce cercano al momento de abandonar la escuela, incluso que éste se estaría produciendo en momentos en que la niña aún está en la escuela.

La situación aquí descrita podría ser también similar a la de otros países del Cono Sur, que mantienen tasas de fecundidad relativamente elevadas y en aumento en la última década. De ser así, estos países podrían estar iniciando con un desfase temporal, de al menos una década, un proceso que ya está en vías de reversión en los Estados Unidos.

La magnitud de este problema para Chile ha sido subrayado por Taucher (2000), quien sostiene que *“Aunque los niños de estas madres hayan sido concebidos en actos de amor, es posible que muchas veces haya habido también despreocupación o ignorancia. Nada sabemos de cuántos obedecen a incesto o violación. Nada nos dicen las cifras de la relación de la niña al sentirse embarazada, del miedo a decírselo a sus padres, de cómo ocultarlo en el Colegio, de cuántas, al ser rechazadas, deben abandonar su estudios, de la dificultad de enfrentar la crianza de su hijo sin una pareja estable...Sin dudas, esta creciente fecundidad infantil y juvenil podría vincularse con la globalización que hace partícipe de mensajes y patrones culturales de países más desarrollados; con la publicidad que difunden los medios de comunicación con su bombardeo de erotismo en el que pareciera necesario que todo encuentro afectivo termine en la cama; con la falta de una educación sexual más sana más allá de la anatomía de los órganos reproductivos, o con la falta de comunicación entre padres e hijos”*

partir de aproximadamente 1993. En Uruguay, en cambio, hay un cierto descenso hasta mediados de los ochenta, seguido por una ligera alza hasta mediados de la década de los noventa. En ambos países la fecundidad adolescente se sitúa en valores que relativamente no son tan bajos como debería de esperarse si se los compara con la poca fecundidad registrada en otras edades. Los casos de Brasil y Colombia son distintos. Brasil revela un claro ascenso de su fecundidad adolescente a partir de 1970 (antes de 1970 la fecundidad adolescente acompañó el

fuerte descenso de la fecundidad general), pero se estanca a partir de entonces de forma bastante generalizada a lo largo del país y por estratos de educación. En Colombia, a su vez, la fecundidad adolescente ha tenido algunas oscilaciones alrededor de una tasa de 85-90 por mil, y no puede discernirse una tendencia clara hacia el aumento o la disminución de su incidencia.

En suma, si bien no es válido afirmar que existe una tendencia generalizada hacia un incremento desmesurado de embarazos adolescentes, en algunos países se observa en la década de los noventa un aumento moderado (Brasil, República Dominicana, Argentina, Uruguay) o una cierta estabilización (Ecuador, Panamá, Colombia, Jamaica, Chile, Honduras y Perú). En general, el comportamiento de la fecundidad adolescente en todo el período no se relaciona en forma directa ni con la etapa de la transición demográfica de los países, ni con los cambios registrados en la fecundidad en otras edades. Como ya se señaló, tampoco cabe de esperar que la reducción de la fecundidad en otras edades necesariamente se traduzca en una merma de la fecundidad adolescente, pues los mecanismos responsables difieren en ambos procesos. Como muestra el cuadro II.5, el descenso de la fecundidad en las edades mayores obedece principalmente a la fuerte caída del porcentaje de mujeres que tienen hijos adicionales, después del segundo.

En algunos países (Colombia, Perú y República Dominicana) se reporta un leve ascenso en la proporción de mujeres sin hijos, mientras que en varios países también se incrementó la proporción de mujeres con un solo hijo. La reducción de la fecundidad adolescente, en cambio, es consecuencia de la postergación del primero o segundo nacimiento, independientemente de la descendencia final, y en este sentido los cambios han sido mucho menos significativos. Salvo en Colombia y República Dominicana, prácticamente no hubo aumentos en las edades típicas de las madres con ocasión del nacimiento de su primero, segundo, tercero y cuarto hijo, y en el caso de Guatemala las edades incluso bajaron. Esta rigidez también se relaciona con las edades típicas de la entrada a la unión. Como lo ha demostrado Rosero-Bixby (1990), el papel de la postergación de las uniones en la transición demográfica de América Latina ha sido marginal. Salvo Guatemala, Panamá, República Dominicana y Venezuela, donde ocurrieron ascensos significativos, de 2-3 años, las edades típicas de la entrada a la primera unión de mujeres en América Latina en los años ochenta son prácticamente las mismas que en 1950.

c) La diferenciación social de la fecundidad adolescente

Las diferencias antes observadas entre países son aun mayores cuando se analiza la realidad que prevalece en su interior. En un mismo país parecen convivir patrones marcadamente distintos de inicio de la maternidad, debido a la heterogeneidad sociocultural y a la inequidad económica que domina en la mayoría de ellos (ver la importancia relativa de cada grupo en los cuadros A.1 y A.2 del Anexo II). Como se aprecia en los cuadros que siguen (cuadro II.6, II.7 y gráficos II.2 y II.3), variables como el área de residencia, la educación, la condición de pobreza y el grupo étnico, configuran pautas reproductivas en adolescentes claramente distanciadas.

Cuadro II.5
Proporción de mujeres de dos cohortes distintas que tuvieron hijos de órdenes 1-4
antes de los 35 años y edad promedio del alumbramiento:
Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País	Cohorte ^{1/}	Primer hijo		Segundo hijo		Tercer hijo		Cuarto hijo	
		%	Edad	%	Edad	%	Edad	%	Edad
Bolivia	1939-1944	92.5	21.6	85.4	23.9	74.9	25.9	60.7	27.4
	1958-1963	93.4	21.5	86.5	24.1	71.0	25.9	52.0	27.4
Brasil	1941-1946	89.4	22.2	80.7	24.1	65.5	25.3	50.5	26.5
	1956-1961	89.4	22.2	77.5	24.7	51.2	26.1	27.0	26.7
Colombia	1936-1941	93.4	21.1	87.5	23.0	78.0	24.5	65.1	25.8
	1955-1960	89.0	21.9	76.5	24.3	53.4	26.2	31.5	27.5
Guatemala	1937-1942	93.7	20.9	89.4	23.4	79.4	25.4	69.4	27.5
	1955-1960	93.9	20.2	87.9	22.7	77.7	24.8	62.8	26.5
Perú	1936-1941	95.5	21.2	89.1	23.3	80.1	25.2	69.2	26.7
	1956-1961	91.6	21.8	81.1	24.0	63.2	25.7	45.4	27.2
República Dominicana	1936-1941	96.1	20.0	90.5	22.3	84.3	24.3	77.6	26.1
	1956-1961	92.2	21.3	82.2	23.5	63.3	25.3	36.7	26.0

^{1/} Año de nacimiento de la madre.

Fuente: Calculado a partir de datos de DHS I y DHS III.

En primer lugar, las adolescentes residentes en áreas rurales presentan tasas de fecundidad más elevadas que sus contrapartes urbanas. Digno de mencionar es que en algunos países la heterogeneidad por zonas es mayor. Los casos extremos se dan en Paraguay, Perú, Bolivia y Colombia, países en los que la fecundidad adolescente rural es dos o más veces superior a la urbana. Esta marcada heterogeneidad revela la necesidad de diferenciar los contextos a la hora de definir políticas y acciones dirigidas a bajar la fecundidad adolescente. Sin embargo, los estudios multivariados, que analizan el peso de cada variable tomada en su conjunto, muestran que el efecto de la zona de residencia desaparece cuando se controla por otras variables, en especial por la educación (Gupta y da Costa Leite, 1999).

Los datos confirman que, en forma generalizada, la incidencia de la fecundidad en la adolescencia es bastante diferente según el nivel de escolaridad alcanzado. En mujeres sin escolaridad y en las de educación baja, ésta es claramente mucho más elevada, y disminuye significativamente en todos los países cuando la adolescente alcanza un nivel de escolaridad mayor.

Cuadro II.6

Tasas de fecundidad adolescente por lugar de residencia y nivel de escolaridad alcanzado:
Países seleccionados de América Latina y el Caribe.

País y año de la encuesta	Total	Área de residencia		Nivel de escolaridad			
		Urbana	Rural	Sin escolaridad	Primaria	Secundaria	Superior
Belice,1991	137	117	174	..	193	74	..
Bolivia ,1998	84	68	135	203	163	66	11
Brasil ,1996	86	78	122	299	143	67	..
Colombia ,1995	89	74	137	176	166	62	13
Costa Rica ,1993	82	69	113	156	127	46	..
Ecuador ,1999	91	79	111	203	135	80	12
El Salvador ,1998	116	87	150	231	174	105	32
Guatemala ,1999	117	86	139	210	141	43	..
Haití ,1994-1995	76	58	92	145	83	32	..
Honduras ,1996	136	113	161	205	170	66	..
Jamaica ,1996	112	96	133	..	..	..	..
México ,1997	74	62	95	214	136	88	27
Nicaragua ,1998	130	109	167	253	181	75	23
Paraguay ,1995	107	48	135	214	139	41	29
Perú ,1996	75	55	139	185	164	63	15
Rep. Dominicana , 1996	112	87	160	274	172	47	16
Trinidad y Tabago,1987	82	82	83	304	134	70	56
Venezuela ,1998	80	77	93	..	144	66	53
..	..	80	131	220	150	68	26

Fuente: Encuesta DHS, CDC y otros (ver Anexo I)

En efecto, un nivel de escolaridad bajo, debido quizás a la no asistencia escolar, al retiro temprano de ésta o simplemente a un rezago escolar significativo, forma parte de un conjunto de factores que agravan la vulnerabilidad de jóvenes de sectores sociales pobres. Definitivamente, existe un grupo de altísimo riesgo de embarazo en la adolescencia, que son las mujeres sin escolaridad, cuyas tasas en promedio superan a 200 por mil, y en ningún país son inferiores a 150 por mil. Por lo general, se trata de un grupo que tiende a ser minoritario (en "pobreza extrema"), por tanto, tiene un impacto cuantitativo poco significativo en el total de nacimientos de adolescentes.

Justamente, una de las variables para las que se ha calculado la fecundidad adolescente es una variable *proxy* de la pobreza, denominada quintiles de pobreza, construida a partir de la información de la situación del hogar en cuanto a servicios y bienes disponibles (véase la definición en el Anexo I, véase cuadro II.7 y el gráfico II.3).

Cuadro II.7

Tasas de fecundidad, según quintiles de pobreza en países seleccionados de América Latina y el Caribe

País/Año	Quintiles					Total
	1	2	3	4	5	
Bolivia, 1998	168	126	100	68	27	84
Brasil, 1996	176	109	70	57	28	86
Colombia, 1995	180	126	93	65	24	89
República Dominicana, 1996	234	153	130	65	30	112
Guatemala, 1995	203	173	141	108	54	126
Haití, 1994/95	105	99	92	93	25	76
Nicaragua, 1997/98	213	176	147	90	58	130
Perú, 1996	170	124	75	46	19	75
Paraguay, 1990	181	130	95	70	34	97

Fuente: Cálculos propios basados en datos de los DHS.

Con excepción de Haití, en todos los países la mejora de la situación del hogar, medida por la ubicación del hogar en quintiles de pobreza, redundó en una fuerte disminución de la fecundidad adolescente. La pobreza es, por consiguiente, un factor de riesgo importante, lo que subraya la influencia del contexto socioeconómico en que vive la familia tanto para una fecundidad adolescente temprana como posiblemente para una educación más baja.

En la región existen países con una concentración considerable de población indígena¹. En Bolivia, Guatemala y Perú, donde las poblaciones indígenas son numéricamente importantes, se encontró que las tasas de fecundidad adolescente en dichos grupos son elevadas, muy por encima del promedio nacional (131, 157 y 139 por mil, respectivamente). Los grupos indígenas en estos países son de alta vulnerabilidad ya que, por lo general, se hallan en un contexto socioeconómico desfavorable, y poseen características y prácticas culturales muy distintas al resto de la población.

d) La fecundidad antes de los 15 años

Es habitual que haya escasez de información y de análisis sobre la fecundidad antes de los 15 años. Una explicación de la insuficiencia señalada es que los investigadores y hacedores de políticas subestiman el problema por su baja incidencia. Aún así, su importancia es incuestionable, principalmente por los riesgos y las repercusiones físicas, psicológicas y sociales que puede tener una adolescente menor de 15 años al quedar embarazada.

¹ Los tres países en los que se consiguió esta información gracias a las encuestas DHS son Bolivia, Guatemala y Perú. La representación de los grupos indígenas se obtiene a través de la lengua natal de la entrevistada. En Bolivia y Perú el grupo indígena está conformado por las mujeres cuya lengua materna es quechua, aymara o guaraní; entre las adolescentes, representan un 15% en Bolivia y un 7% en Perú. En el caso de Guatemala, el grupo está conformado por mujeres de lengua maya y representan al 26%.

Gráfico II.2: Tasas de fecundidad adolescente, según nivel de escolaridad. Países de América Latina.

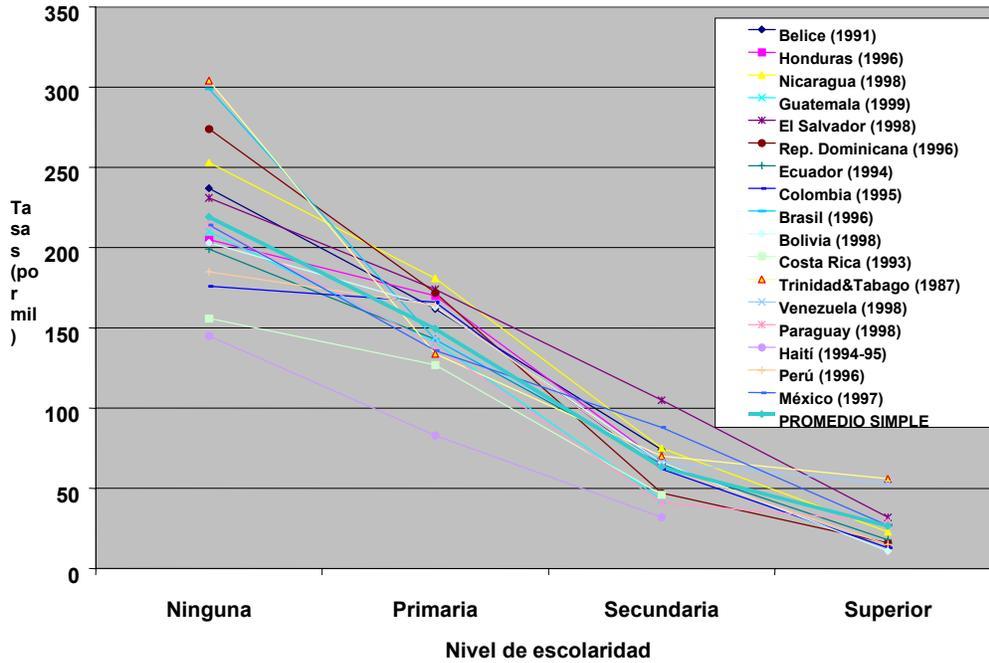
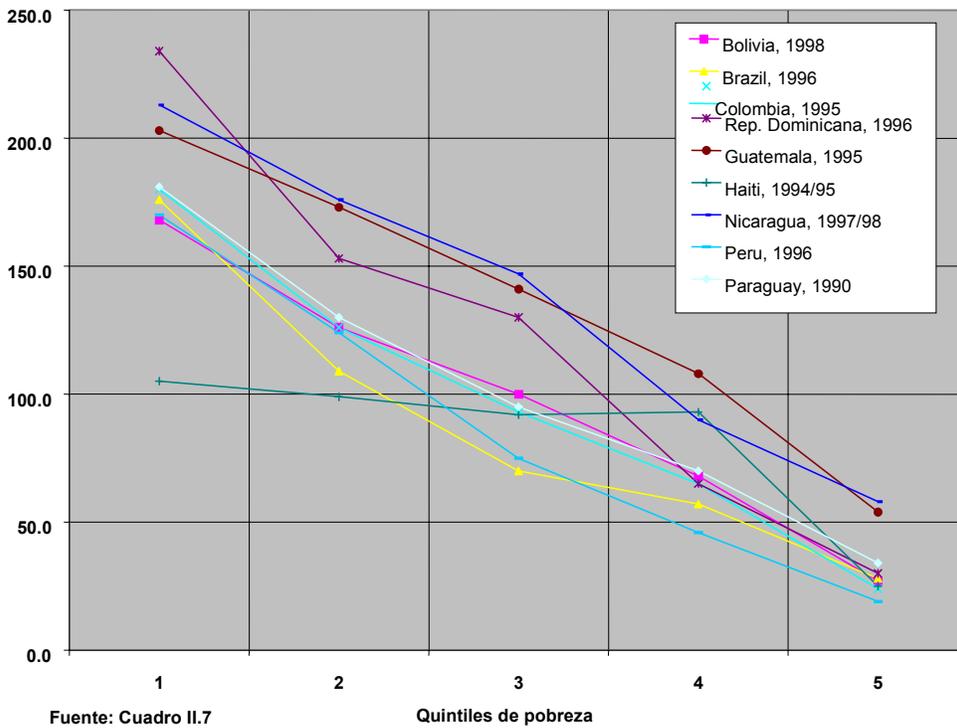


Gráfico II. 3

Tasas de fecundidad adolescente según quintiles de Pobreza. Países de América Latina



Fuente: Cuadro II.7

Quintiles de pobreza

En el cuadro II.8 se presenta, en 15 países de la región, el porcentaje del total de mujeres de 20-49 años de edad que tuvo un hijo antes de los 15. Se aprecia que los valores más altos varían alrededor del 4% y 5%, y se observan en países de Centroamérica, donde aproximadamente una de cada veinte mujeres tuvo un hijo antes de los 15 años. Como era de esperarse, prácticamente en todos los casos este índice aumenta considerablemente con la menor escolaridad, el área rural de residencia y la pertenencia a un estrato de mayor pobreza.

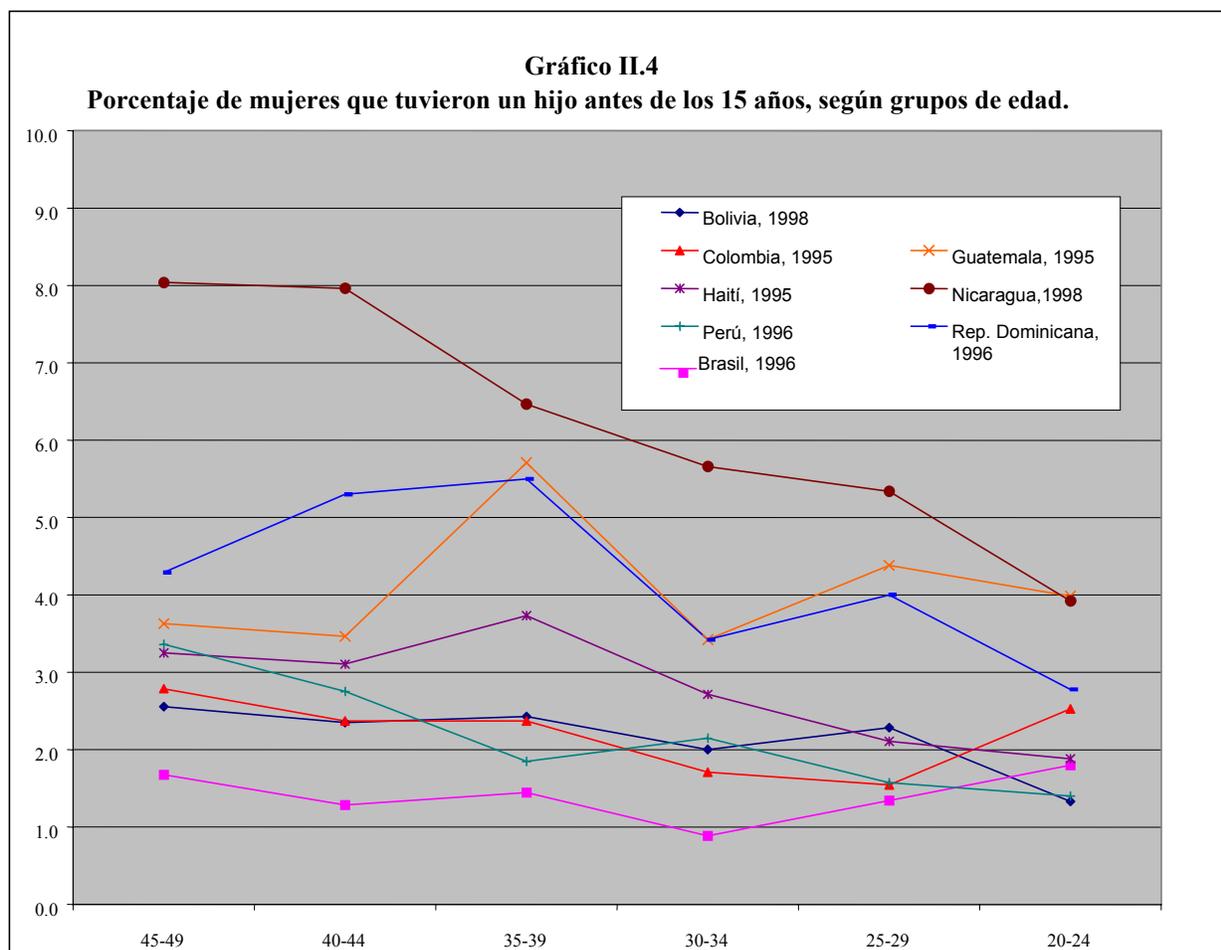
Cuadro II.8

Porcentaje de mujeres de 20-49 años que tuvieron un hijo antes de los 15 años, por lugar de residencia, nivel de escolaridad y nivel de pobreza: América Latina y el Caribe, 1995-1998

País	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Quintiles de Pobreza				
		Urbano	Rural	Sin instrucción	Primaria	Secundaria.	Medio y más	1°	2°	3°	4°	5°
Bolivia ,1998	2.1	1.4	3.8	4.6	3.3	1.1	0.2	4.5	3.4	1.7	1.1	0.8
Brasil ,1996	1.4	1.2	2.1	5.8	1.8	0.8	0.1	3.1	1.7	1.4	0.6	0.5
Colombia ,1995	2.6	1.7	3.4	7.4	3.6	1.0	0.1	5.2	2.8	2.0	1.2	1.0
Costa Rica ,1993	1.2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Ecuador ,1994	2.3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
El Salvador ,1993	3.2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Guatemala ,1995	4.1	2.3	5.5	8.2	3.1	0.3	0.0	7.0	7.4	4.1	3.0	0.8
Haití ,1995	2.6	2.4	2.9	4.1	2.3	0.4	0.0	2.9	3.7	3.1	2.8	1.1
Honduras ,1996	3.7	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Jamaica ,1997	3.8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Nicaragua ,1998	5.8	4.6	8.2	13.6	7.1	1.5	0.0	11.3	7.8	5.6	3.8	3.0
Paraguay ,1996	2.1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Perú ,1996	2.0	1.3	3.9	6.9	3.4	1.0	0.3	4.9	2.8	1.4	1.5	0.5
Rep. Dominicana 1996	4.0	3.0	5.9	12.9	5.7	.5	.5	8.6	4.6	5.0	2.8	1.0
Trinidad y Tabago, 1987	1.4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS y CDC.

Ahora bien, ¿ha aumentado o disminuido la fecundidad en este grupo? En el gráfico II.4 se observa el mismo porcentaje calculado para distintas cohortes. Se aprecia que en la mayoría de los países el indicador tiende a disminuir o al menos a mantenerse estable. Sin embargo, en Brasil y Colombia se registra un ligero incremento, similar al observado con la fecundidad en las edades 15-19 años.



Fuente: Cuadro II.8

Analizando a las madres de entre 15 y 19 años en ocho países de la región, se calculó cuántas de ellas habían tenido su primer hijo antes de los 15 (véase el cuadro II.9), y se concluyó que aproximadamente nueve de cada cien mujeres adolescentes que han tenido hijos, lo hicieron antes de los 15 años. El país con el mayor porcentaje es Nicaragua, y los menores, Perú y Brasil. En general, en alrededor del 70% de las mujeres con hijo nacido antes de los 15 años, el alumbramiento ocurrió a los 14; en el resto fue entre 12 y 13. Cabe recordar que, por la naturaleza de la información, el análisis se refiere a la fecundidad y no al embarazo, lo cual en cierta medida subestima el número real de adolescentes que ha vivido la experiencia de un embarazo.

Sobre otros países también se manejó información acerca del tema. En Uruguay, según estimaciones de Varela (1999), con base en estadísticas vitales, la tasa de fecundidad, en 1996, del grupo de 10 a 14 era de 1.8 por cada mil, lo que revela una tendencia ascendente, ya que en los setenta y ochenta era de 1.2. En Argentina, de acuerdo con las estadísticas vitales, tanto en los ochenta como en los noventa la tasa se ha mantenido alrededor de 2 por cada 1000 para este grupo; por edades simples se observa que el grupo de 10 a 12 años tiene una tasa de 0.3 por mil, las adolescentes de 13 años presentan una tasa de 1.8 por mil y las de 14, 8.1 por mil, lo cual confirma que en esta cohorte la gran mayoría tiene sus hijos a los 14. En un estudio realizado

por Valenzuela, Herald y Morris (1990) en Santiago de Chile, basándose en la Encuesta de Salud de la Reproducción en Adultos Jóvenes del Gran Santiago, se constató que del total de mujeres de 20-24 años con al menos un hijo, el 1.4% lo tuvo antes de los 15 años, lo cual es bastante bajo comparado con lo que se registró para los países presentados en el cuadro II.9. Esto se explica porque el dato se refiere a la principal ciudad de uno de los países de la región más avanzadas en su transición demográfica.

Cuadro II.9

Porcentaje de mujeres adolescentes de 15-19 años con hijos nacidos vivos que tuvieron su primer hijo antes de los 15 años. América Latina y el Caribe

País y año de la encuesta	Porcentaje
Bolivia , 998	9.4
Brasil ,1996	8.0
Colombia ,1995	9.6
Guatemala ,1995	9.5
Haití, 1995	8.6
Nicaragua ,1998	12.1
Perú ,1996	7.9
República Dominicana ,1996	9.7

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS.

Algunos estudios del Caribe presentan datos sobre embarazo en este grupo de edad. Por ejemplo, en un informe de Jamaica realizado por el UNFPA (1997) se encontró que el 2.2% de las mujeres de 10-14 años ha estado alguna vez embarazada. Sin embargo, tomando en cuenta únicamente a las mujeres de esta edad que han tenido relaciones sexuales, se tiene que el 13.5% de ellas han quedado embarazadas. En un trabajo similar realizado en San Vicente y Las Granadinas, el 32% del total de madres adolescentes tuvo su embarazo antes de los 15 años; el mismo porcentaje para Granada fue de 12% (ECLAC/UNFPA, 1998).

Por último, ¿quiénes son los padres de los hijos de estas adolescentes? De acuerdo con el Programa Nacional de Estadísticas de Salud (1985) de Argentina, los padres de los hijos de las madres de 13 y 14 años son en promedio alrededor de 10 años mayores que ellas, lo cual representa una diferencia bastante considerable, que se eleva en con las niñas menores de 12 años, ya que los padres de sus hijos tienen en promedio 28 años. Según el estudio de Varela (1999), en Uruguay sólo el 18% de estos padres son adolescentes, además de que ninguno era menor de 15 años. Estas diferencias obedecen a patrones socioculturales caracterizados por la inequidades de género imperantes en estas sociedades. Las mujeres, y en este caso las adolescentes, son ubicadas en una posición de vulnerabilidad en su interacción con la pareja, y en general con la sociedad.

2. La incidencia del aborto inducido

El aborto inducido es una respuesta a un embarazo no deseado. Los riesgos de éste para las adolescentes son considerables, principalmente cuando se lleva a cabo en forma ilegal y en condiciones médicas insatisfactorias. Las complicaciones comunes de abortos de adolescentes incluyen hemorragias, septicemia, anemia, laceraciones vaginales, abscesos pélvicos, perforaciones del útero y esterilidad secundaria. Alrededor de 20 millones de mujeres recurren cada año a abortos inseguros. Se desconoce el número de embarazos adolescentes que terminan en aborto en los países en desarrollo. Se estima que en América Latina y el Caribe, entre uno de cada tres y uno de cada cuatro embarazos culminan en aborto; en el conjunto de los países en desarrollo esta cifra sería de alrededor de un millón anual (Mohamud, 1997).

En la CIPD se resaltó que el aborto no debería promoverse en ningún caso como método de planificación familiar, y se exhortó a disminuir el recurso al aborto ampliando y mejorando los servicios de planificación familiar. Se ha señalado, además, que en los casos en que el aborto no este prohibido por la ley, éste tiene que practicarse en condiciones óptimas (Lassonde, 1997). Sin embargo, en la mayor parte de los países en desarrollo el aborto es ilegal, y ello incrementa los riesgos en la salud de las adolescentes que recurren a éste.

En América Latina, la medición de la incidencia del aborto, en especial en adolescentes, se dificulta debido a que, en la mayoría de los países, su práctica es ilegal, y en las encuestas demográficas la declaración del aborto inducido es poco confiable, dada su condición de clandestinidad. Una estimación disponible y considerada confiable es la producida por Alan Guttmacher Institute (Singh, 1998) sobre cinco países de América Latina (Brasil, Colombia, México, Perú y República Dominicana). Se trata de estimaciones indirectas basadas en datos ajustados de hospitalizaciones por aborto. Estas estimaciones (véase el cuadro II.10) indican que en cuatro países de la región (Brasil, Colombia, Perú y República Dominicana), de cada 10 embarazos en mujeres adolescentes, alrededor de tres o cuatro de éstos finalizan en aborto; en Cuba, cerca de dos tercios de los embarazos de adolescentes terminan de esta manera. Los valores más bajos se reportaron para México, en donde un 13 % de los embarazos adolescentes termina en aborto. Respecto de Colombia, se dispone de datos más detallados a partir de una encuesta realizada en 1992 en áreas urbanas del país (Zamudio, *et al.*, 1999); en ella se reportaron porcentajes de aborto algo superiores a los obtenidos en el total del país.

En el caso de Cuba y Guyana, donde el aborto es legal, los servicios de salud brindan la información respectiva. De acuerdo con diversos estudios, las adolescentes recurren principalmente al procedimiento de regulación menstrual². Digno de notar es que Cuba, aun cuando presenta la más baja tasa de fecundidad adolescente en América Latina, es uno de los países donde la incidencia del embarazo en la adolescencia es mayor, lo que pone de relieve las limitaciones de la tasa de fecundidad como indicador de embarazo en la adolescencia cuando la incidencia del aborto es elevada. En Guyana, a pesar de estar despenalizado, la tasa de aborto

² Se ha estimado que entre 1989 y 1996 el descenso de la fecundidad adolescente fue mayor que el observado en la tasa de embarazos. Esto significa que si bien las mujeres adolescentes se están embarazando menos, al mismo tiempo tienden a interrumpir sus embarazos en mayor proporción, especialmente por el método de "regulación menstrual". En consecuencia, la recurrencia al aborto ha apoyado la baja espectacular de la fecundidad observada en este país. (Cálculos propios basados en datos oficiales recopilados por la Oficina del UNFPA en Cuba: "Cifras e Indicadores sociodemográficos y de salud reproductiva sobre adolescentes en Cuba". La Habana, abril de 1999 (mimeo)).

por mil mujeres es inferior a la de Cuba, quizás por un mayor uso de anticonceptivos y por las restricciones sociales e institucionales al aborto, en especial al aborto en adolescentes.

En los países desarrollados es más frecuente que un embarazo adolescente termine en aborto (Singh & Darroch, 2000). De cada cien embarazos en mujeres adolescentes, 54 lo interrumpen en Australia, 53 en Finlandia, 51 en Francia, 62 en Japón y 70 en Suecia. Sin embargo, en estos países la incidencia del embarazo es baja, y en ningún caso supera el valor de 20 por mil.

Cuadro II. 10
Estimaciones de aborto en mujeres adolescentes en países seleccionados de América Latina
(circa 1995)

País	Número estimado de abortos en adolescentes	Tasa de abortos (por mil mujeres de 15-19 años)	Tasa de embarazos (por mil mujeres de 15-19 años)	Razón de abortos (abortos por cada 100 embarazos en mujeres de 15-19 años)	Razón de abortos (abortos por cada 100 embarazos en el total de mujeres de 15-49 años)*
Rep. Dominicana	14 075	36	124	29	28
Brasil	255 069	32	106	30	30
Perú	30047	23	97	24	30
Colombia	46754	26	115	23	26
Colombia Urbano	32350	23	85	27	24
México	61522	13	99	13	17
Cuba	34119	101	157	64	59
Guyana	1007	26	88	29	..

Fuentes:

Cuba: Mujeres 12-19 años. Cálculos propios con base en datos de 1998 presentados en FNUAP (Cuba) en donde se toma en cuenta la cantidad de abortos que pudo tener una mujer bajo el método de regulación menstrual. Cifras e indicadores sociodemográficos y de salud reproductiva sobre adolescentes en Cuba. La Habana, abril de 1999 (mimeo).

Guyana: Cálculos propios basados en información sobre 1996 del Ministerio de Salud de Guyana y presentados en UNFPA, Jamaica, 1998.

Colombia: Tasas para el período 1987-1992, basado en la Encuesta Nacional Urbana de Aborto Inducido, 1992 (Zamudio *et al.*, 1999).

Resto de los países: Singh (1998). En el caso de Perú las tasas de embarazos y de abortos estimadas por Singh (1998) fueron corregidas considerando las nuevas estimaciones de la tasa de fecundidad dadas en la Encuesta DHS-96.

Tomado de Henshaw *et al.* (1999). Las fechas por países son las siguientes: Brasil, 1991; Perú, 1989; República Dominicana, 1990; Colombia, 1989; México, 1990.

Sin embargo, en estos dos países de la región donde el aborto es legal, los riesgos a la salud de quienes lo practican se reducen. Se trata de una situación en la que la interrupción de los embarazos goza, desde el punto de vista médico, de un alto grado de seguridad. En la mayoría de los países de la región en donde el aborto es ilegal o fuertemente condenado por la sociedad, las adolescentes sin acceso a personal calificado tienden a practicarse abortos en condiciones poco seguras. Esto se produce en un contexto de escasez de conocimientos, una necesidad insatisfecha de confiar en alguien, un alto nivel de estrés, sentimientos de culpabilidad y vergüenza, y condiciones económicas, en la mayoría de los casos, desfavorables (WHO, 1983).

¿En qué medida el aborto incide más en las adolescentes que en el resto de las mujeres? El patrón de alta incidencia de abortos en adolescentes o mujeres no unidas es más característico de los países más desarrollados. Respecto de América Latina y el Caribe, los datos del cuadro II.10 no apuntan, con la excepción de las zonas urbanas de Colombia y de Cuba, a una mayor incidencia de abortos en adolescentes. Los datos recientes de la Encuesta Nacional de Población y Familia (ENPOFAM) de Venezuela, de 1998, tampoco reflejan una mayor incidencia de abortos en adolescentes, aunque la baja incidencia encontrada en todas las edades obliga a cierta cautela en la interpretación de los resultados: 5.8 abortos por 100 embarazos en mujeres de 15-19, frente a 17.8 en todas las mujeres de 15-49 años (Freitez, Di Brienza & Zúñiga, 2000: 78). Resultados de este tipo no son sorprendentes, porque tradicionalmente en América Latina la mayoría de los abortos son de mujeres mayores, casadas o en unión, que quieren postergar el próximo parto o dejar de tener más hijos. En la región, un embarazo premarital más comúnmente conduce a un matrimonio forzado o a una unión, que al aborto. No obstante, las cifras de Cuba y de Colombia sí apuntan a una mayor incidencia del aborto en adolescentes que en el resto de las mujeres. En las zonas urbanas de Colombia, el riesgo de que un embarazo adolescente termine en aborto es 1.3 veces superior al que se observa en las edades 20-29 años (Zamudio et al., 1992).

Las cifras anteriores se ratifican con datos de otros países, como Panamá. Con datos de morbilidad hospitalaria, se ha determinado que entre 1990-1995, el riesgo de abortos (incluyendo tanto los espontáneos como los provocados) en los grupos de adolescentes de 10-14 años y 15-19 años fue 1.5 veces mayor que el de mujeres de 20-29 años; sin embargo, en las mujeres de más de 30 años el riesgo era al menos 2 veces superior (UNFPA- Panamá, 1999). En un estudio realizado en dos hospitales de Fortaleza, nordeste de Brasil, se constató que si bien sólo un 20 % de las mujeres admitidas por complicaciones de aborto eran adolescentes, más de la mitad del total eran solteras (Misago & Fonseca, 1999). En otro estudio sobre México, se reporta que cerca de la mitad de las mujeres que buscaron abortar eran solteras y más del 60% nulíparas (David y Pick de Weiss, 1992).

Los resultados anteriores podrían indicar una posible tendencia hacia un cambio en la región que señalaría una mayor propensión de las adolescentes a abortar. Si bien los datos no son concluyentes, la posibilidad de que esta tendencia se intensifique en el futuro próximo convierte a las adolescentes en un grupo de riesgo aun más importante.

Aun cuando la incidencia del aborto no sea mayor en mujeres adolescentes que en mujeres de otras edades, las condiciones en que se da un aborto en adolescentes pueden ser más adversas y ejercer un impacto de más largo plazo en su vida. Singh y Wulf (1994) notan que las

adolescentes constituyen una proporción elevada de las mujeres hospitalizadas por complicaciones del aborto. Un estudio en Nicaragua (Porrás Borje, 1992) estimó que 60 % de las adolescentes que abortan sufren alguna complicación. Este dato adquiere un relieve especial cuando se considera que el tratamiento de estas complicaciones es costoso; en Brasil, por ejemplo, el conjunto de casos (de mujeres de todas las edades) absorbe aproximadamente la mitad del presupuesto obstétrico público, a pesar de constituir sólo el 12 % de las admisiones obstétricas a los hospitales (Jacobson, 1990). Hirsch y Barker (1992) concluyeron, con base en datos de 27 países en desarrollo, que las adolescentes constituían 60 % de las pacientes admitidas a hospitales por complicaciones del aborto

El aborto en adolescentes supone además un riesgo creciente, ya que este grupo presenta un grado mayor de vulnerabilidad por el miedo, la ignorancia, la falta de recursos y la dificultad de acceso a una atención especializada. Comparadas con las mujeres adultas, las adolescentes tienden a ser atendidas más tardíamente por médicos y en condiciones menos favorables. A esto hay que agregar el costo que implica la realización de un aborto en condiciones relativamente seguras. Senderowitz (1995) cita un estudio realizado en México en las ciudades de Acapulco, Oaxaca y Distrito Federal, en donde se evidencia que la atención médica a un aborto cuesta alrededor de tres veces más que los abortos atendidos por no médicos. Las condiciones socioeconómicas desfavorables son un elemento fundamental en el mayor riesgo que trae consigo un aborto. En consecuencia, aunque éste sea ilegal su práctica no conlleva los mismos riesgos para todas las adolescentes intervenidas.

A la inequidad socioeconómica se agrega la inequidad de género, y ello acrecienta las desventajas en las que se hallan un gran número de adolescentes. Las consecuencias negativas del aborto suelen recaer en las mujeres: “Son ellas las únicas sancionadas y juzgadas de un hecho que es la expresión de la situación de desprotección en que la identidad de género tradicional las coloca en su relación con los hombres” (UNFPA, 1998).

En la región, el aborto nunca es visto como una situación positiva; de hecho, la mayoría de los adolescentes está en contra de efectuar esta práctica. De acuerdo con una investigación realizada en Panamá por la Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (Martínez de Jaime, 1999) con población escolar adolescente de segundo ciclo de secundaria de la Provincia de Panamá, se encontró que alrededor del 75% de los entrevistados consideraba que no era preferible el aborto a un hijo no deseado. En un estudio realizado en Chile con jóvenes rurales, Rojo (1992) reportó que el 39% de los entrevistados aceptaba el aborto si la salud de la madre corría peligro, el 31% si la mujer había sido violada y el 25% si el niño presentaba malformaciones; el resto no lo admitía en ningún caso. En Guyana, un estudio realizado por el UNFPA (1998) concluye que los y las adolescentes entre 15-19 años consideran que las jóvenes adolescentes embarazadas que no desean el hijo deben tenerlo y darlo en adopción.

La mayor parte de estas sociedades, incluyendo a los y las adolescentes, relacionan al aborto con el pecado, por lo que las adolescentes que se someten a éste se sienten avergonzadas, culpables y con miedo al reproche de la sociedad. Esto agrega un efecto psicológico en las mujeres jóvenes que puede tener repercusiones de diferente índole en su vida futura.

3. Conclusiones

La incidencia del embarazo adolescente varía notablemente entre los países de la región. Ni esta incidencia ni las tendencias más recientes en la fecundidad adolescente se relacionan en forma directa con la etapa de la transición demográfica de los países ni con los cambios observados en la fecundidad en otras edades. Si bien es válido afirmar que no se avecina una "epidemia" de embarazos adolescentes como muchos insinúan, es cierto que en algunos países, especialmente en Brasil, Colombia y República Dominicana, la tasa de fecundidad entre 15-19 años ha aumentado; no obstante, en la mayor parte de la región ésta se mantiene estable e incluso disminuye. En general, en mujeres sin escolaridad y con escolaridad baja y pertenecientes a estratos de mayor pobreza, la fecundidad es claramente mucho más elevada, mientras que baja significativamente en todos los países cuando la adolescente alcanza un nivel de escolaridad mayor y pertenece a un estrato no pobre.

Un problema que causa gran preocupación es el aborto inseguro en la adolescencia. En cuatro de los cinco países analizados, entre un 25% y un 30% de los embarazos de adolescentes terminan en aborto. Aunque esta incidencia no es diferente en el resto de las mujeres de otras edades, las condiciones en que se da un aborto en las adolescentes pueden ser más adversas y generar un impacto de más largo plazo. Si bien las evidencias siempre han apuntado a identificar el aborto como un problema que afecta a mujeres casadas y con hijos y mucho menos a mujeres solteras jóvenes, se ha descubierto que, al menos en dos países, el riesgo de aborto tiende a ser mayor en adolescentes, lo que estaría indicando una nueva tendencia en la región hacia mayores riesgos de abortos en adolescentes.

En suma, los datos analizados muestran que la preocupación por la alta incidencia del embarazo y el aborto en la adolescencia tiene fundamentos. La persistencia de tasas de fecundidad adolescente elevadas en algunos países (y en algunos casos, de aumento reciente), sobre todo en sectores de mayor pobreza y limitada escolaridad, guarda intrincadas relaciones con las opciones de vida de las jóvenes. Especial preocupación merece el embarazo en adolescentes más jóvenes (menos de 16 años), en quienes los riesgos fisiológicos y psicológicos pueden ser más importantes, además de que la información estadística disponible para ellas suele ser más dispersa y menos fiable.

III. PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS EN ADOLESCENTES

Ralph Hakkert

Introducción

Cuando se hace referencia al embarazo de adolescentes y se proponen políticas tendientes a reducirlo, se asume con frecuencia que la totalidad o la gran mayoría de éstos fueron embarazos no deseados o no planeados. En lo que sigue se analiza en qué medida este supuesto es válido. En virtud de que los alumbramientos de adolescentes en una gran proporción son primeros nacimientos, y dado el alto valor atribuido casi en todas las sociedades a los niños y a la maternidad, es de esperarse que la mayoría de las mujeres declaren que deseaban este hijo o hija (Singh, 1998: 131). La hipótesis de una mayor proporción de nacimientos no deseados o no planeados en el grupo de edades de 15-19 años que en las demás generalmente no encuentra apoyo en los datos de las encuestas de fecundidad. Sin embargo, es preciso enfatizar que los porcentajes declarados de hijos deseados en todas las edades, incluso en el grupo de 15-19, pueden no reflejar la verdadera incidencia de embarazos no deseados, por dos motivos:

1. Los datos de las encuestas se refieren a hijos nacidos vivos, no a embarazos. En países donde la incidencia del aborto es alta, el porcentaje de embarazos deseados o planeados seguramente es menor que el porcentaje de nacimientos así clasificados. Hasta donde la disponibilidad de datos lo permita, en el cuarto apartado de este capítulo se investigará este tema.
2. Como la pregunta sobre la planificación de los hijos se refiere a hijos ya nacidos, hay una tendencia a la racionalización de los acontecimientos, por lo cual algunas mujeres que no desearon embarazarse en aquel entonces posteriormente afirman que el hijo fue deseado o incluso planeado. A fin de evaluar esta tendencia, se investigará también el deseo prospectivo de embarazarse en el futuro próximo y la actitud ante los embarazos en curso.

1. ¿ Son deseados los hijos de madres adolescentes ?

La problematización del embarazo en la adolescencia no admite generalizaciones fáciles. Gran parte de las afirmaciones que comúnmente se hacen sobre el tema se inspiran en la situación en los Estados Unidos, que presenta diferencias sociales y culturales importantes con el contexto de América Latina y el Caribe. Así, a menudo se asume que la totalidad o la gran mayoría de los embarazos en la adolescencia no fueron deseados ni planeados. Precisamente, en los Estados Unidos, 78% de los alumbramientos y 88% de los embarazos en adolescentes no son deseados por las futuras madres (Singh & Wulf, 1990), pero en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, más de 50% de los hijos nacidos vivos de adolescentes son deseados y considerados oportunos, mientras que menos de 15% son rechazados por las madres. Esta tendencia se acentúa en los países de mayor fecundidad y entre los estratos de menor nivel educativo. Como observa un estudio sociocultural sobre el embarazo adolescente en Nicaragua: “En contra de la sabiduría convencional, la investigación revela que un número significativo de los embarazos de las adolescentes sí son deseados, especialmente por las futuras madres. Aunque nos resistamos a aceptarlo, por múltiples y plausibles razones, la realidad nos obliga a reconocer que, en este momento, en Nicaragua, una parte de los embarazos precoces son deseados más frecuentemente

de lo que se suele pensar. También es preciso tener en cuenta que queda mucho por hacer para cambiar esta realidad. La prevención del embarazo de las adolescentes pasa por la vía del cambio sociocultural y de mentalidades” (UNFPA/INIM, 1999: 9).

Furstenberg (1998: 249) enfatiza también la base sociocultural de la percepción del embarazo en adolescentes: “... muchas adolescentes se embarazan y llevan a término el embarazo porque perciben pocas oportunidades en su vida futura. El costo de un nacimiento en edad temprana no es tan alto, ni los beneficios de una postergación son tan grandes. Si no se considera plenamente el ‘reclutamiento selectivo’ para la maternidad adolescente, los efectos parecen mucho mayores que lo que son, en realidad..... Cuanto mayores sean las desventajas dentro de una población, menor es la diferencia resultante del embarazo en la adolescencia para efectos de determinar el éxito a largo plazo.....De esta forma, el embarazo en adolescentes puede ser fomentado por la desigualdad y al mismo tiempo puede ayudar a perpetuar la desigualdad dentro de los países.”

En este contexto, Jagdeo (1989) también menciona los reducidos costos sociales o psicológicos de un embarazo precoz como uno de los factores que explican la alta incidencia de los embarazos adolescentes en el Caribe, mientras que Bledsoe y Cohen (1993: 144), al referirse a la situación africana, subrayan aun más el fenómeno: “...para mujeres casadas muy jóvenes que viven en áreas rurales, donde la sociedad puede definir el embarazo temprano como normal e incluso deseable, los riesgos sociales y económicos de *no* tener hijos probablemente son mayores que los riesgos físicos de tener hijos”. Estos riesgos de no tener hijos se relacionan fuertemente con la dependencia de la mujer en las sociedades tradicionales de su papel de procreadora (Zeidenstein, 1989). En algunos países de África Subsahariana, como en el Camerún, cuya tasa de fecundidad adolescente es de 165 por mil, el embarazo en la adolescencia constituye un prerrequisito para el matrimonio, y las jóvenes que no conciban a un hijo no tienen pareja (Locoh, 1994). Del mismo modo, en áreas islámicas de África, se favorece el matrimonio temprano con la finalidad de prevenir los embarazos prematrimoniales. En muchos países en desarrollo se acepta el embarazo adolescente e incluso se lo fomenta; en ocasiones se convierte en el elemento más importante de desarrollo de las mujeres, otorgándoles estatus y reafirmando su entrada a la edad adulta. Inclusive en Argentina, un estudio realizado en los sectores urbano-marginales de la Provincia de Buenos Aires (Franco, Klass & Pittman, 1998) ha averiguado que la mayor parte de las adolescentes embarazadas ven su estado como algo positivo, agradable, y perciben un gran cuidado y protección del medio en que se desenvuelven.

Las cifras de las DHS y las encuestas apoyadas por CDC, presentadas en los cuadros III.1 y III.2, respectivamente, demuestran que, con pocas excepciones, el grupo etario de madres de 15-19 años tiene el mayor porcentaje de hijos deseados, e incluso planificados. La última encuesta realizada en Paraguay (1998), que no fue incluida en los cuadros, también arroja un alto porcentaje (81.1%) de hijos deseados nacidos de mujeres de menos de 20 años en los tres años previos a la encuesta, aunque en este caso el porcentaje no es diferente del encontrado en los grupos de 20-29 (82.9%) y 30-44 años (80.7%). Este perfil etario contrasta fuertemente con el registrado en los Estados Unidos, donde 80.1% de los nacimientos ocurridos a mujeres de 30-44 años son deseados, mientras que las cifras anteriormente citadas revelan una muy baja aceptación en el grupo de 15-19. Sin embargo, aun en los Estados Unidos, el porcentaje de hijos planeados de mujeres hispanicas menores de 20 años es sustancialmente mayor (53.8%) que entre las mujeres blancas (33.3%) o negras (23.4%) no hispanicas (Abma *et al.*, 1997: Table 14). Esta

percepción más positiva no se limita a las mujeres. Así, el 40.3% de las parejas hispánicas integradas con mujeres menores de 20 años declararon que ambos habían deseado los hijos nacidos durante los últimos 5 años, frente al 23.4% de las parejas con mujeres blancas y 20.3% de las parejas con mujeres negras no hispánicas (Abma *et al.*, 1997: Table 17). Estos datos evidencian las fuertes diferencias culturales en la valoración del embarazo adolescente en distintos contextos.

Cuadro III.1
Porcentajes de nacidos vivos deseados y no deseados de los últimos 5 años, por edad de la madre, según las DHS: América Latina y el Caribe

Edades	Bolivia, 1998			Colombia, 1995			Guatemala, 1998/1999		
	Deseado oportuno	Deseado después	No deseado	Deseado oportuno	Deseado después	No deseado	Deseado oportuno	Deseado después	No deseado
<20	58.2	30.9	10.6	58.6	35.1	6.2	77.8	18.4	3.7
20-24	53.0	27.9	18.8	55.6	29.7	14.6	73.3	19.1	7.3
25-29	47.6	19.0	32.6	54.8	21.7	23.3	65.6	21.5	12.2
30-34	44.1	13.5	41.9	53.2	17.6	29.0	63.9	17.1	18.7
35-39	35.1	9.2	55.3	49.1	6.1	44.8	64.8	13.1	22.1
40-44	30.1	4.5	63.8	29.4	2.5	68.1	62.9	4.1	27.7
45-49	32.2	0.6	62.8	18.0	-	82.0			
Edades	Nicaragua, 1998			Paraguay, 1990			Perú, 1996		
	Deseado oportuno	Deseado después	No deseado	Deseado oportuno	Deseado después	No deseado	Deseado oportuno	Deseado después	No deseado
<20	71.0	19.1	8.5	80.6	15.0	4.3	49.0	36.6	14.1
20-24	65.8	20.1	13.3	77.4	18.9	3.5	46.9	31.5	21.5
25-29	64.7	14.9	19.5	76.4	18.6	4.7	42.1	22.1	35.6
30-34	63.6	8.9	26.0	73.8	18.1	7.6	37.2	15.2	47.5
35-39	53.7	9.8	35.5	72.7	13.0	13.9	33.8	8.5	57.3
40-44	64.2	2.4	32.2	73.5	7.5	19.0	22.2	3.8	73.3
45-49	44.9	7.2	36.1	68.9	-	31.1	15.1	2.5	80.9
Edades	República Dominicana, 1996			Brasil, 1996			Haití, 1994/1995		
	Deseado oportuno	Deseado después	No deseado	Deseado oportuno	Deseado después	No deseado	Deseado oportuno	Deseado después	No deseado
<20	68.7	29.6	1.5	49.8	36.9	12.2	42.0	43.6	14.4
20-24	63.0	30.9	6.0	53.1	31.1	14.7	53.1	26.3	19.9
25-29	61.7	28.1	10.2	55.2	22.9	20.9	53.0	18.8	28.2
30-34	61.9	20.5	17.7	49.0	18.1	32.7	43.2	14.9	41.7
35-39	54.3	12.2	32.5	37.5	9.7	50.0	31.8	7.9	60.3
40-44	35.5	13.2	51.3	27.9	7.4	64.2	25.9	1.2	72.9
45-49	52.6	-	30.0	36.2	-	63.8	32.2	3.7	64.1

Fuentes: Informes de país de las Encuestas DHS.

A pesar de las valoraciones positivas entre las adolescentes, los cuadros III.1 y III.2 también contienen fuertes variaciones entre los países; en tres de ellos (Brasil, Haití y Jamaica), el porcentaje de nacimientos deseados y oportunos o planeados en el grupo de 15-19 años es más

bajo que en el grupo de 20-29 años. El caso de Jamaica merece un comentario especial, porque en todas las edades el porcentaje de hijos nacidos antes del tiempo oportuno es muy alto. La incidencia se eleva marcadamente en el grupo de 15-19 años, pero aun entre los 20-29 años la mitad de los hijos nacen antes del tiempo planificado. La mayor presencia de hijos planeados se da en el grupo de 30-39 años, lo que caracteriza un patrón etario completamente distinto de los demás países.

Cuadro III.2

Porcentajes de nacidos vivos planeados y no planeados de los últimos 5 años, por edad de la madre, según las encuestas del CDC: América Latina y el Caribe

Edades	Belice, 1992			Ecuador, 1994			El Salvador, 1993		
	Planeado	No planeado	No deseado	Planeado	No planeado	No deseado	Planeado	No planeado	No deseado
<20	74.5	22.1	0.7	78.6	15.1	6.3	89.8	9.3	0.8
20-24	62.6	27.6	5.5	69.3	20.6	10.1	86.0	11.6	2.0
25-29	64.3	19.3	12.8	63.2	20.4	16.4	85.4	10.7	3.8
30-34	67.8	15.2	13.1	62.6	15.7	21.7	86.6	7.8	4.9
35-39	61.6	10.3	26.0	60.4	10.4	29.2	79.3	9.8	9.8
40-44	52.9	4.9	40.2	53.8	5.6	40.6	71.6	7.4	19.1
45-49				54.1	2.5	43.3			
Edades	Honduras, 1996			Jamaica, 1997					
	Planeado	No planeado	No deseado	Planeado	No planeado	No deseado			
<20	72.9	24.5	2.4	13.2	79.4	3.8			
20-24	69.0	26.4	4.2	27.7	59.1	7.9			
25-29	66.8	25.7	7.4	37.9	42.0	16.5			
30-34	59.7	21.3	17.5	43.7	25.9	26.1			
35-39	57.8	17.0	24.6	45.2	17.3	32.6			
40-44	48.1	17.9	33.6	34.9	11.2	49.4			
45-49	50.1	11.4	38.5						

Fuentes: Informes de país de las encuestas apoyadas por CDC.

Venezuela, que no fue incluido aquí, aparentemente constituye un caso singular. La Encuesta Nacional de Población y Familia (ENPOFAM), de 1998, reportó 65.9% de primeros nacimientos planeados de mujeres de 15-19 años durante los cinco años anteriores a la encuesta, mientras que 16.0% eran no planeados y 17.8% incluso no deseados. El porcentaje de nacimientos planeados era ligeramente más bajo que en el grupo de 20-24 años (68.7%) y sustancialmente más bajo que en los grupos de 25-29 (78.0%) y 30-34 (80.3%). Sin embargo, en parte este resultado se debe al hecho de estar referido a *primeros* nacimientos, los cuales son más deseados en la medida en que avanza la edad de la mujer. Cambiando el criterio, para incluir a *todos* los hijos nacidos durante los últimos cinco años, el porcentaje de hijos planeados de mujeres de 15-19 años acaba siendo igual al del grupo de 20-34, mientras que el porcentaje no deseado (18.8%) es un poco más bajo que en los grupos de 20-24 (20.1%), 25-29 (23.6%) y 30-34 años (22.7%). Entre los primeros nacimientos, el porcentaje de no deseados es más alto (20.2%) entre las madres de 15-19 años con 10 y más años de instrucción, y más bajo entre las

con 0-6 años de instrucción. Entre los estratos de mayor nivel educativo, más de 30% de los primeros nacimientos premaritales de mujeres de 15-19 años no son deseados, pero en el caso de las mujeres con 0-6 años de instrucción el porcentaje de rechazo es muy bajo (4.7%), lo que viene a confirmar otra vez que para mujeres con poca instrucción un embarazo temprano e incluso premarital puede representar una opción de proyecto de vida.

Cuadro III.3

Porcentajes de nacidos vivos planeados y no planeados de los últimos cinco años, por edad de la madre con ocasión del parto, según las encuestas del CDC: Brasil, Haití y Perú

Edades	Brasil, 1996			Haití, 1994/1995			Perú, 1996		
	Deseado oportuno	Deseado después	No deseado	Deseado oportuno	Deseado después	No deseado	Deseado oportuno	Deseado después	No deseado
<20	52.4	34.0	12.4	44.2	42.1	13.7	50.6	35.8	13.4
20-24	54.5	30.0	14.4	55.1	25.9	18.2	47.1	30.9	21.8
25-29	56.2	22.8	20.1	55.4	16.9	27.7	42.3	21.1	36.3
30-34	50.5	17.5	31.7	44.4	14.1	41.4	37.1	14.4	48.4
35-39	39.5	10.3	47.2	31.9	8.5	59.6	33.6	10.0	57.4
40-49	29.7	7.8	61.9	27.3	1.8	70.8	20.9	3.6	75.1

Fuente: Cálculos propios en base a las Encuestas DHS III

Observando con mayor detalle los cuadros III.1 y III.2, se debe puntualizar que los resultados han sido clasificados por la edad de la madre en el momento de la entrevista, no en el momento del parto. Esto significa que parte de los hijos identificados en el grupo de 20-24 años en realidad nacieron cuando sus madres tenían menos de 20 años. El cuadro III.3 recoge el deseo declarado en términos de la edad de la madre al momento del nacimiento de sus hijos, en tres países con bajos porcentajes de aceptación de los hijos por madres adolescentes. Como se observa, con esta clasificación más correcta el porcentaje de hijos deseados y oportunos de las mujeres de menos de 20 años se eleva un poco. Por otro lado, cabe destacar que aun en estos países donde el deseo por los hijos es relativamente bajo en las madres adolescentes, o en los países donde la fecundidad es muy temprana (Guatemala, Nicaragua, República Dominicana), en ningún caso más del 20% de los hijos no deseados o no oportunos corresponden a madres que tenían menos de 20 años cuando dieron a luz. Los grupos de 20-24 y 25-29, supuestamente las edades ideales para la procreación, responden en un mayor porcentaje del total de hijos nacidos durante los últimos cinco años que no fueron deseados o no oportunos (por ejemplo, 12.2% para el de menos de 20, 25.7% para el de 20-24 y 24.1% para el de 25-29 años, en el caso de Perú). Esto demuestra que, aun en aquellos casos donde existe una baja aceptación de los hijos nacidos vivos por las madres adolescentes, el mayor porcentaje de hijos no deseados o no oportunos se encuentra en otros grupos etarios.

El hecho de que en la mayoría de los países de la región los hijos de mujeres de 15-19 años sean los más deseados se explica principalmente por la circunstancia de que muchos de estos hijos son los primogénitos de mujeres recién casadas o unidas. En el caso de mujeres solteras o nacimientos de orden posterior al primero puede haber mayor rechazo. El deseo positivo varía también por nivel educativo de la mujer. Por lo general, no hay fuertes variaciones según la zona de residencia o el nivel de pobreza, pero el orden de nacimiento y la situación

conyugal de la mujer sí son muy significativos. Como era de esperarse, los primeros hijos son más deseados por mujeres cuya unión ocurrió antes del embarazo que por mujeres cuya unión ocurrió durante el embarazo o (principalmente) por las madres solteras. La situación conyugal de la mujer incluso es más importante que su edad. Así, el 49.3% de las madres solteras en Perú que tuvieron su primer hijo nacido vivo a los 21-29 años indicaron que entonces deseaban a su hijo, contra 37.6% de las madres solteras con menos de 18 años; pero de las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 18 años y que se unieron antes del embarazo, 65.7% indicaron que sí lo deseaban entonces, lo que representa una diferencia mucho mayor. Entre mujeres unidas o que se unieron durante el embarazo, prácticamente no hay diferencias por edades. En el caso de segundos y terceros nacimientos, tampoco hay diferencias muy marcadas. Incluso, llama la atención que en Perú el rechazo al primer hijo, aun en madres solteras con menos de 18 años, es de 17.9%, menor que el rechazo a sus segundo y tercer hijo por parte de mujeres unidas de cualquier edad. La conclusión es que el orden de nacimiento del hijo también es un determinante de mayor relevancia que la edad de la mujer.

A fin de sistematizar las ideas expuestas en el párrafo anterior y descomponer los diferentes efectos, se ejecutó una regresión logística del deseo de haberse embarazado del último hijo nacido vivo en el momento en que esto ocurrió, con las siguientes variables independientes: edad de la mujer cuando nació el hijo; orden de nacimiento; si el hijo era primogénito (primero/no primero); estrato de pobreza (60% más pobres/40% menos pobres); escolaridad; situación conyugal actual (casada o unida/no casada o unida); zona de residencia (urbana/no urbana) y el conocimiento de métodos anticonceptivos, expresado por el número de métodos que la mujer identificó sin ayuda del entrevistador. También se incluyó un factor de interacción (pobreza-edad) para averiguar si el patrón de variación del deseo con la edad es diferente entre pobres y no pobres. Los resultados se muestran en el cuadro III.4.

Cuadro III.4

Coefficientes de regresión logística del deseo por el último hijo nacido vivo (deseado y oportuno) y variables sociodemográficas 1/: países seleccionados de América Latina y el Caribe

Variable	Bolivia, 1998	Brasil, 1996	Colombia, 1885	Guatemala, 1998/99	Haití, 1994- 95	Nicaragua, 1998	Perú, 1996	República Dominicana, 1996
Edad	.0877 **	.0181	.0863 **	.0611 **	.0882	.0472 **	.0687	.0675 **
Orden	-.3251 **	-.3268 **	-.4652 **	-.1832 **	**	-.2111 **	**	-.2916 **
Primero	.5312 **	.1904 *	.4880 **	.8966 **	-.4829	.9316 **	-.3950	.7473 **
Pobre	.3784 **	-.3419 *	.2105	.2312	**	-.0086	**	-.0116
Pobre*edad	-.0428 **	.0271 *	-.0274 *	-.0072	.0495	.0192	.4107	-.0168
Escolaridad	.0085	.0031	-.0350 **	-.0072	.1177	-.0105	**	-.0302 *
Unida	.6644 **	.8730 **	.6687 **	.7868 **	.0054	.5153 **	.0699	.2398 *
Urbana	-.2892 **	.0577	.0132	-.4763 **	-.0324	.0233	-.0107	-.0213
Conocimiento	-.0317	-.0972 **	-.0639 **	-.1754 **	*	-.0464 *	.0052	.0031
					.6160		.6825	
					**		**	
					.4246		.0090	
					-.0834		-.0311	
					**		**	

Notas: * Estadísticamente significativo a nivel de 1%

** Estadísticamente significativo a nivel de 5%

1/ Variables incluidas en la regresión: Edad de la mujer cuando nació el hijo, orden de nacimiento, si el hijo era primogénito (primero/no primero), estrato de pobreza (60% más pobres/40% menos pobres), escolaridad, situación conyugal actual (casada o unida/no casada o unida), zona de residencia (urbana/no urbana) y número de métodos anticonceptivos que la mujer sabe mencionar espontáneamente.

Fuente: Cálculos propios sobre la base de las Encuestas DHS III

Controlando las demás variables, se obtuvo que casi en todos los países de la DHS III la edad de la mujer está significativa y positivamente asociada al deseo por su último hijo, o sea, que las mujeres más jóvenes demuestran menor deseo por haber tenido su hijo que las de mayor edad. Sin embargo, este efecto de la edad es más que compensado por la valoración positiva del primogénito, principalmente si la mujer está casada/unida. La influencia de las variables socioeconómicas es mucho menos consistente. En parte, esta falta de consistencia se debe a que las tres variables (pobreza, escolaridad, residencia urbana) están correlacionadas entre sí, pero en algunos países (Brasil, Nicaragua y Perú) ninguna de las tres registra efectos altamente significativos. La residencia urbana constituye un factor importante sólo en Bolivia y Guatemala. En compensación, la escolaridad influye significativamente en Colombia, Haití y República Dominicana. La pobreza se asocia al aumento del deseo por hijos en Bolivia, pero en los demás países la relación es débil o incluso inversa. Bolivia también es el único país donde nítidamente el deseo por los hijos se eleva con menos fuerza con la edad en mujeres pobres que en mujeres no pobres. En Colombia, el efecto es menos claro, mientras que en Brasil va en el sentido opuesto.

Una variable que merece una atención especial es el conocimiento de métodos anticonceptivos, que arroja resultados significativos en la mayoría de los países. Sin embargo, lo que es más sorprendente es el hecho de que casi en todos los países su coeficiente tiene signo negativo. Esto indica que el mayor conocimiento de métodos anticonceptivos se asocia con una *mayor* proporción de hijos no deseados. Madrigal *et al.* (1992: cuadro 6.3) también averiguaron que el conocimiento de mujeres embarazadas costarricenses (de todas las edades, no sólo adolescentes) sobre la anticoncepción tendía a ser mayor en las mujeres que no deseaban su embarazo actual. A primera vista, este resultado puede parecer insólito, pero su explicación es que las mujeres que desean más hijos tienen menor motivación para informarse sobre los métodos para evitar un embarazo. Evidentemente, existe un efecto también en el sentido opuesto, o sea, que las mujeres con mayor conocimiento tienen mejores condiciones para evitar embarazos no deseados, pero este segundo factor es menos fuerte que el primero. Lo que este resultado sugiere es que el conocimiento de métodos no influye fuertemente en la capacidad de las mujeres para evitar un embarazo no deseado. Por otro lado, también se infiere que, en las evaluaciones de conocimiento de métodos anticonceptivos, hay que dar más consideración a los factores de motivación por el conocimiento.

2. Resultados prospectivos y actuales

Los resultados anteriores deben ser calificados desde diferentes puntos de vista. Por un lado, la pregunta retrospectiva acerca del deseo de tener un hijo que ya nació se expone a sesgos importantes, ya que se trata de un tema emocionalmente muy cargado, cuya evaluación está

sujeta a cambios y racionalizaciones a medida que el tiempo pasa. Aunque los cuadros III.1 y III.2 demuestran que en la mayoría de los países el porcentaje de hijos deseados y oportunos es más alto y el porcentaje de hijos definitivamente no deseados más bajo en el grupo de 15-19 años, se nota también una mayor proporción de mujeres que hubieran deseado que su hijo naciera después. Por consiguiente, una perspectiva más cierta se obtiene si se complementa la información de los cuadros III.1 y III.2 con datos prospectivos y actuales, sobre el deseo de embarazarse y sobre las actitudes hacia los embarazos en curso.

Cuadro III.5

Porcentaje de mujeres sexualmente activas y fértiles que declaran desear un embarazo en los próximos dos años, por edad: países seleccionados América Latina y el Caribe

Edades	Bolivia, 1998	Brasil, 1996	Colombia, 1995	Guatemala, 1998/99	Haití, 1994/95	Nicaragua, 1998	Perú, 1996	República Dominicana, 1996
<18	35.2	12.8	25.0	58.4	21.3	32.6	15.6	34.6
18-19	26.3	15.7	18.1	51.0	24.3	28.5	17.0	28.0
20-24	21.4	11.4	14.7	41.5	28.9	21.9	13.0	22.1
25-29	16.6	7.8	12.5	32.3	29.7	14.4	10.5	13.8
30-34	13.5	4.1	9.6	26.4	25.5	10.1	8.6	11.5
35-39	8.2	3.0	5.1	18.9	19.5	6.3	5.8	7.0
40-44	5.8	1.3	2.1	9.5	18.8	4.2	3.6	1.7
45-49	3.1	1.0	1.3	6.6	16.2	2.1	1.4	1.8

Fuente: Cálculos propios sobre la base de las Encuestas DHS III

En el cuadro III.5 se aprecian los porcentajes de mujeres sexualmente activas y fértiles de diferentes edades que declararon querer embarazarse en los próximos 2 años. En el caso de mujeres menores de 18 años se trata de un número relativamente pequeño, pues en la mayoría de los países pocas mujeres de esta edad son sexualmente activas y no se planteó la pregunta a mujeres que nunca habían tenido relaciones. En el caso de las mujeres consideradas, se nota que en su mayoría el porcentaje es más alto en mujeres de menos de 18 años. Una vez más, Brasil, Haití y Perú constituyen la excepción, aunque en Brasil y Perú el porcentaje es más alto en mujeres de menos de 20 años que en todas las demás edades. El perfil etario encontrado en Haití es muy particular, con porcentajes excepcionalmente elevados de mujeres de mayor edad que quieren embarazarse. El deseo entre las mujeres más jóvenes aumenta cuando se limita el análisis al 60% de hogares más pobres. En el caso de Brasil, por ejemplo, 16.7% de las mujeres pobres menores de 18 años y 16.6% de las de 18-19 años declaran querer embarazarse en los próximos 2 años, contra 11.7% de las mujeres de 20-24 y 6.5% de las mujeres de 25-29 años. En Perú, las cifras correspondientes son de 17.9%, 20.7%, 13.7% y 10.2%; y en Haití 22.9%, 31.9%, 36.8% y 34.8%, respectivamente.

El cuadro III.6 presenta el deseo prospectivo por embarazarse en términos de diversas variables sociodemográficas. La estructura del modelo de regresión es semejante a la usada para estimar el cuadro III.4, pero no se incluyó la interacción de pobreza con edad y se agregó la condición de asistencia a la enseñanza y de trabajo, variables que no se podían contemplar en el

cuadro III.4, debido a la falta de información retrospectiva sobre estas condiciones en la época del embarazo.

En general, los resultados son bastante coherentes con los del cuadro III.4. La situación conyugal y la circunstancia de no tener hijos anteriores son determinantes cruciales en todos los países, excepto Haití. En la mayoría de los países, el orden de nacimiento también tiene un efecto adicional, independientemente de tratarse de un primogénito o no. La escolaridad es una tercera variable altamente significativa, más que la condición de asistir a la enseñanza actualmente, la cual tiene un peso considerable en la ecuación pero llega a ser significativa sólo en Brasil, Colombia y Perú. En igualdad de otras condiciones, el deseo por tener otro hijo tiende a aumentar con la edad, pero el efecto es relevante sólo en Haití, Nicaragua, Perú y República Dominicana. La pobreza, condición de trabajo y zona de residencia no tienen peso en la mayoría de los países.

Cuadro III.6

Coefficientes de regresión logística del deseo por un embarazo en los próximos 2 años y variables sociodemográficas 1/: países seleccionados de América Latina y el Caribe

Variable	Bolivia, 1998	Brasil, 1996	Colombia, 1995	Guatemala, 1998/99	Haití, 1994/95	Nicaragua, 1998	Perú, 1996	República Dominicana, 1996
Edad	-.0179	.0456	.0504	.0223	.1098 **	.1073 **	.0856 **	.0628 *
Orden	-.1933 *	-.4695 **	-.3016 *	-.1652 **	-.5339	-.4655 **	-.3811	-.4392 **
Primero	1.383 **	1.398 **	2.119 **	1.211 **	**	1.276 **	**	1.233 **
Pobre	.2199	-.3487	.2458	.6300 **	.3222	.0425	1.393 **	-.0396
Matriculada	-.0029	-.8612 **	-1.422 **	-.2443	.1154	-.2793	.0858	-.2745
Escolaridad	-.0075	-.1714 **	-.1156 **	-.0552 **	-.8001	-.1088 **	-.7935	-.0706 **
Trabaja	-.5186 **	-.1545	-.2268	-.1452	-.1422	-.2086	**	-.1287
Unida	2.228 **	1.672 **	1.339 **	1.260 **	**	1.422 **	-.0404 *	1.552 **
Urbana	.1749	.2338	-.0287	.3988 **	.1203	.3115 *	-.3257	.3646 *
					6.826		**	
					.4681		2.435 **	
							.5747 **	

Notas: * Estadísticamente significativo a nivel de 1%

** Estadísticamente significativo a nivel de 5%

1/ Variables incluidas en la regresión: Edad de la mujer cuando nació el hijo, orden de nacimiento del último nacido vivo, si el hijo será primogénito (primero/no primero), estrato de pobreza (60% más pobres/40% menos pobres), si la mujer está matriculada en la escuela, escolaridad, si trabaja fuera de casa, situación conyugal actual (casada o unida/no casada o unida) y zona de residencia (urbana/no urbana).

Fuente: Cálculos propios sobre la base de las Encuestas DHS III

Las cifras del cuadro III.5 en apariencia son altas, considerando que investigaciones sobre la sexualidad adolescente (por ejemplo, Tenorio, Jarrín & Bonilla, 1995, sobre el caso de Ecuador) identifican el embarazo como la consecuencia más temida de la actividad sexual entre adolescentes (47.5% de las respuestas). Contradictoriamente, este temor estaba aun más presente entre los y las adolescentes que no estudiaban (53.5%) que entre los que estudiaban (46.1%). Cinco encuestas recientes con adolescentes y jóvenes (15-24 años) de los países andinos,

apoyadas por el UNFPA y la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), preguntaron sobre las formas en que un embarazo afectaría a adolescentes hombres y mujeres. La consecuencia más temida era la interrupción de la educación, mientras que un número considerable también identificó la interrupción del proyecto de vida. Analizando el contenido de este último concepto, se observa que principalmente se asocia a la educación y a las dificultades económicas que podrían resultar. La interrupción del trabajo y los problemas familiares que un embarazo causaría eran fuentes de preocupación menos importantes.

Entre aquellas que indicaron que no sufrirían ninguno de estas repercusiones negativas, la proporción que enfrentaría un embarazo como un motivo de felicidad varió de 37.2% en Perú y 44%-45% en Colombia y Ecuador a 65%-66% en Bolivia y Venezuela. Como se trata de muestras de adolescentes y jóvenes matriculados en programas de capacitación laboral, quienes declaraban que no sufrirían ninguna consecuencia negativa sólo sumaban alrededor de 10%; en la población como un todo este porcentaje seguramente sería mayor. Ahora bien, la complejidad de los sentimientos involucrados queda ilustrada por el hecho de que, aun entre las adolescentes mujeres que indicaron que sufrirían todas las consecuencias negativas contempladas (interrupción de estudios, trabajo, proyecto de vida, problemas económicos y familiares), un 33.3% en Ecuador y un 25% en Venezuela afirmaron que serían felices con un embarazo. En Bolivia, Colombia y Ecuador estos porcentajes eran más bajos, del orden de 10%-15%. Madrigal *et al.* (1992: Cuadro 4.4) encontraron los mismos sentimientos contradictorios en su estudio de embarazos no deseados en Costa Rica. Aun entre las mujeres (de todas las edades, no sólo adolescentes) que no habrían querido su embarazo, 81.9% declaró haber recibido la noticia con conformidad, 58.3% con satisfacción, 58.3% con alegría y 56.8% con un sentimiento de realización. Aunque 55.5% manifestó temor o miedo, lo mismo sucedía con 28.4% de las mujeres que sí deseaban su embarazo.

Pero, ¿cuál es la actitud de las adolescentes ante un embarazo ya en curso? En el cuadro III.7, basado en cálculos propios con información de encuestas DHS, se compara el deseo por el embarazo actual con el deseo por el último hijo nacido vivo, en cuatro países. Como el deseo por los hijos varía fuertemente con el orden de nacimiento, se estandarizó el deseo por el último hijo, atribuyéndole la misma distribución de órdenes del embarazo actual. Este cuadro muestra que hay diferencias muy grandes entre los países, con porcentajes relativamente altos de deseo del embarazo actual entre adolescentes en Bolivia y Nicaragua, y porcentajes bajos en Brasil y Haití. En Bolivia la aceptación del embarazo actual en adolescentes incluso llega a ser más alta que la aceptación del último hijo nacido vivo. Madrigal *et al.* (1992: cuadro 4.1), usando un criterio más amplio de “no deseado”, descubrieron que en Costa Rica 40.1% de los embarazos de mujeres con menos de 20 años no eran deseados, proporción levemente superior a la del grupo de 20-24 años (36.7%), pero inferior a todos los demás grupos etarios.

Analizando los datos del cuadro III.7 es posible formarse una idea sobre la importancia del efecto de racionalización. En la mayoría de los países, las mujeres de 15-20 años inicialmente tienden a rechazar su embarazo. Con el tiempo, su actitud cambia, casi siempre en el sentido de la aceptación del hijo. Esta tendencia se acentúa mucho más en el caso de Brasil. En parte, el aumento del porcentaje de hijos deseados en la medida que se pasa del embarazo al parto también podría obedecer a la eliminación de embarazos no deseados por medio del aborto, pero eso tendería a reducir el porcentaje de hijos definitivamente no deseados, lo que sucede entre las mujeres mayores de 21 años, no así en el caso de las adolescentes. El porcentaje de hijos no

deseados por futuras madres adolescentes sí disminuye en Haití y Nicaragua, aunque sería precipitado concluir que esta tendencia necesariamente se deba a abortos provocados. En el caso de mujeres de más de 21 años de todos los países también persiste un mayor porcentaje que nunca acepta su embarazo, aun después del nacimiento del hijo.

El proceso de cambio de las percepciones durante el embarazo también ha sido documentado en otros contextos. González *et al.* (1984), por ejemplo, determinaron en una muestra de 300 gestantes solteras chilenas, que inicialmente sólo 3.7% encaraba el embarazo con actitud positiva, porcentaje que se había elevado a 79.7% en el momento del primer control prenatal. Atkin y Alatorre (1991) pintan un cuadro más positivo en su descripción de una muestra de 172 adolescentes primigrávidas que dieron a luz en el Instituto Nacional de Perinatología de la ciudad de México. Como la entrevista se practicó en el momento del alumbramiento, 63.4% declaró sentirse satisfecha con su embarazo y 82% opinó que el apoyo emocional de la familia era positivo o muy positivo.

Cuadro III.7

Deseo por el embarazo actual y deseo por el último hijo nacido vivo por edad de la madre con ocasión del alumbramiento, con estandarización por orden del embarazo actual: países seleccionados de América Latina y el Caribe

Bolivia, 1998 Edades	Embarazo actual			Último nacido vivo		
	Deseado Oportuno	Deseado después	No deseado	Deseado oportuno	Deseado después	No deseado
15-17	70	22	8	54	38	8
18-20	44	43	13	52	35	13
21-23	43	34	23	43	34	23
24-26	48	27	25	49	27	24
27-29	43	15	42	40	18	42
30+	32	15	53	39	10	51
Brasil, 1996 Edades	Embarazo actual			Último nacido vivo		
	Deseado Oportuno	Deseado después	No deseado	Deseado oportuno	Deseado Después	No deseado
15-17	23	67	10	46	37	17
18-20	38	51	11	50	35	15
21-23	43	37	20	49	34	17
24-26	44	25	31	50	28	22
27-29	47	28	25	55	26	19
30+	27	14	59	45	16	39
Haití, 1994, 95 Edades	Embarazo actual			Último nacido vivo		
	Deseado Oportuno	Deseado después	No deseado	Deseado oportuno	Deseado Después	No deseado
15-17	25	50	25	29	62	9
18-20	37	43	20	40	44	16
21-23	32	30	38	44	29	27
24-26	33	38	29	47	27	26
27-29	43	23	34	46	18	36
30+	30	12	58	37	10	53
Nicaragua, 1998 Edades	Embarazo actual			Último nacido vivo		
	Deseado oportuno	Deseado después	No deseado	Deseado oportuno	Deseado Después	No deseado
15-17	52	34	14	69	20	11
18-20	53	31	16	64	23	13
21-23	50	21	29	64	17	19
24-26	43	15	42	61	13	26
27-29	38	9	53	58	8	34
30+	54	9	36	59	6	35

Fuente: Cálculos propios sobre la base de las Encuestas DHS III

3. Las preferencias reproductivas en los hombres

Se dispone de poca información sobre la aceptación del embarazo por el compañero de la adolescente, aunque Atkin y Givaudan (1989) reportan que el 72.4% de un grupo de adolescentes embarazadas mexicanas manifestó que la actitud del compañero al enterarse del embarazo había sido de aceptación. El mismo estudio también constató 92.8% de aceptación entre las madres y 78.4% entre los padres de la adolescente. En Costa Rica, Madrigal *et al.* (1992) descubrieron que el deseo de los compañeros de madres embarazadas por sus hijos generalmente era mayor que el deseo de las propias madres. Mientras que el 40.1% de las mujeres de menos de 20 años declaraban que el hijo era no deseado o no oportuno, esta misma respuesta entre los compañeros de menos de 20 años sólo alcanzaba 22.6%, lo que, a su vez, superaba a la proporción encontrada entre los futuros padres de 20-24 (18.0%) y 25-29 años (20.6%), aunque era inferior al resultado entre futuros padres de más de 30 años.

En el cuadro III.8 se exponen los datos de la DHS sobre la distribución simultánea del deseo por el último hijo nacido vivo de la pareja, de aquellos países en los que se pudo obtener esta información. Como se observa, el deseo de los hombres es mayor y varía menos con la edad de sus cónyuges que el deseo de las propias mujeres. En Brasil, el deseo de los hombres se modifica con la edad de sus cónyuges según un patrón muy distinto del de las mujeres: es más alto en los compañeros de mujeres adolescentes y desciende en el grupo de 20-34 años. También en Brasil, el porcentaje de casos en que ambos declararon que el hijo era deseado y oportuno es un poco más bajo si la mujer es adolescente que cuando la esposa tiene entre 20-29 años; en Bolivia y República Dominicana prácticamente no se advierte diferencia.

Cuadro III.8

Porcentaje de hombres y sus parejas que declaran que el último hijo nacido vivo fue deseado y oportuno, por edad de la mujer con ocasión del parto: países seleccionados de América Latina

Edades	Bolivia, 1998			Brasil, 1996			Rep. Dominicana, 1995		
	Hombre desea	Mujer desea	Ambos desean	Hombre desea	Mujer desea	Ambos desean	Hombre desea	Mujer desea	Ambos desean
<20	64.5	57.9	39.3	72.9	47.5	40.7	83.3	65.0	56.7
20-24	73.0	51.9	40.2	65.0	59.3	45.7	79.3	67.6	57.7
25-29	66.1	47.8	36.3	71.0	56.8	45.7	79.5	63.0	54.8
30-34	54.3	43.8	32.0	61.5	44.9	35.9	83.9	62.9	56.5
35-39	48.8	38.4	28.0	81.1	32.4	29.7	88.9	50.0	50.0
40-49	53.7	41.8	35.8	73.3	26.7	20.0	75.0	0.0	0.0

Fuente: Cálculos propios sobre la base de las Encuestas DHS III

4. Abortos

Finalmente, no se sabe con precisión cómo se comparan estas cifras de deseo o rechazo a los embarazos, ya que un número no especificado de embarazos no deseados puede haber terminado en aborto. Según algunos investigadores (por ejemplo, Souza e Silva, 1996), el verdadero problema del embarazo en adolescentes reside en la alta incidencia de abortos, como expresión

del rechazo. Los datos del cuadro III.9 muestran que, efectivamente, tomando en cuenta los abortos y excluyendo los abortos espontáneos y las muertes fetales tardías, el porcentaje de embarazos no deseados es sustancial, y se ubica en el rango de 25%-40%. La propensión a abortar de aquellas adolescentes que no deseaban su embarazo es bastante acentuada y varía de 69% en Perú a 97% en la República Dominicana.

No se ha podido determinar la medida en que estas cifras son mayores o no en adolescentes respecto de otros grupos de edad. Como se señaló en el capítulo II, convencionalmente se admite que el porcentaje de abortos en adolescentes es más bajo que en mujeres de mayor edad, aunque este cuadro puede estar cambiando en algunos países. En el caso de Colombia (zona urbana) se ha estimado sobre la base de los datos de la Encuesta de Abortos de 1992 (Zamudio, Rubiano & Wartenberg, 1999), que la proporción de embarazos no deseados en adolescentes, juntando nacimientos no deseados y abortos, es menor que en las mujeres de otras edades (32% contra 41%). Sin embargo, la propensión a abortar en caso de un embarazo no deseado es mayor en adolescentes (86% contra 55%).

Cuadro III.9
 Porcentaje de nacimientos y de embarazos no deseados en mujeres adolescentes (15-19 años)
 y porcentaje de embarazos no deseados que terminan en aborto:
 países seleccionados de América Latina

País	Porcentaje del total de nacimientos que no fueron deseados	Porcentaje del total de embarazos que no fueron deseados (abortos + nacimientos no deseados)	Porcentaje del total de embarazos no deseados que terminó en aborto
Brasil	12.2	38.7	78.0
Colombia	6.2	27.4	82.5
Perú	14.1	34.5	68.8
República Dominicana	1.5	30.1	96.5

Fuente: Cálculos propios sobre la base de las Encuestas DHS III

5. Conclusiones

Los datos presentados en este capítulo no apoyan la generalización de que los hijos de madres adolescentes no sean deseados por sus progenitores. Aunque hay países en la región (Brasil, Haití, Jamaica y Perú) donde un porcentaje relativamente alto de hijos de madres adolescentes no nació en un momento oportuno, la cantidad de nacimientos deseados y oportunos o planeados supera el 70% en la mayoría de los países donde la fecundidad es elevada, como El Salvador, Paraguay, Ecuador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. No se trata sólo de una racionalización *a posteriori*, pues el deseo prospectivo de embarazarse entre adolescentes sexualmente activas en la mayoría de los países también es alto. Este deseo, que es característico tanto de las mujeres adolescentes como de sus parejas, está íntimamente asociado al valor que representan los hijos primogénitos en la mayoría de las culturas latinoamericanas.

Los datos sobre embarazos en curso autorizan a sostener que muchas adolescentes pasan por un proceso de aceptación gradual del embarazo inicialmente considerado inoportuno. La valoración de este proceso no es obvia. Desde cierto punto de vista, se lo podría considerar negativo, por ejemplo, en la medida en que implica que una adolescente motivada para sus estudios abandona la educación y se ajusta a un papel de género tradicional. Por otro lado, en la medida en que la adolescente enfrenta los acontecimientos de forma positiva, aunque sólo sea *a posteriori*, es probable que esto se traduzca en resultados benéficos en términos del tratamiento del hijo. Evidentemente, existen segmentos de adolescentes sexualmente activos de mayor nivel socioeconómico entre los que un embarazo acarrea una serie de inconvenientes, pero como se mostrará en el próximo capítulo, esta situación todavía no es típica en la mayoría de los países. Muchas adolescentes que asisten a la escuela tienen conciencia de los problemas que puede representar un embarazo en la adolescencia; aún así, un porcentaje significativo de las mujeres afectadas declara que estaría feliz si se embarazara. Este segmento se amplía al tratarse de mujeres que no perciben las posibles consecuencias negativas o que ya abandonaron la educación anteriormente. En el capítulo VII se expone que éste es el caso de la mayoría de las madres adolescentes.

Nada de lo anteriormente expuesto niega que para algunas adolescentes el evento de un embarazo interfiera negativamente en su proyecto de vida y que algunos de estos embarazos puedan no ser aceptados por las futuras madres. Sin embargo, el porcentaje de estos casos, en la mayoría de los países de la región, es más bajo entre mujeres adolescentes que entre mujeres de mayor edad. Con la posible excepción de algunos países del Caribe anglófono, el porcentaje del total de hijos no deseados o no nacidos oportunamente que corresponden a madres adolescentes no pasa del 20%. Aunque los datos sobre abortos provocados en la región son escasos, es improbable que este resultado sea sustancialmente modificado si se toma como referencia el número de embarazos, en lugar del número de nacidos vivos, excepto en Cuba, donde el porcentaje de abortos en adolescentes es muy alto.

No obstante, cabe subrayar que en al menos dos países (Colombia y Cuba) se observa una mayor incidencia del aborto en adolescentes que en mujeres de otras edades (véase el capítulo II). Estos resultados podrían estar reflejando el inicio en la región de una tendencia hacia un modelo similar al observado en los Estados Unidos, en que el embarazo adolescente no responde necesariamente a un proyecto de vida, sino que más bien lo interrumpe, y en que las adolescentes acuden en gran medida al aborto como solución al embarazo no deseado. Las implicaciones en los países de la región podrían ser más negativas porque en su mayoría el aborto no está legalmente permitido, como es el caso de los Estados Unidos, y, por tanto, las mujeres que optan por el aborto se exponen a riesgos de salud importantes.

IV. LA SEXUALIDAD Y LA FORMACION DE UNIONES

Juan Manuel Contreras
Ralph Hakkert

Introducción

a) La sexualidad

Dos de los factores de mayor trascendencia en la discusión sobre la salud reproductiva de los y las adolescentes se refieren a la sexualidad y la nupcialidad. Inclusive, uno de los temas principales presentados en el Programa de Acción de la CIPD contempla la necesidad de satisfacer la diversidad de demandas de los y las adolescentes en torno a su salud sexual y reproductiva, con el derecho, entre otras cosas, de contraer matrimonio voluntariamente y de gozar de un completo estado de bienestar sexual.

En los últimos años, en la sociodemografía se han iniciado investigaciones sobre la sexualidad como parte de la búsqueda de las relaciones entre la cultura y la fecundidad, así como para ubicar la salud reproductiva en un marco de derechos humanos que incluyan el bienestar sexual y reproductivo (Szasz, 1997). Según diversos autores, la sexualidad es una construcción social e histórica que se configura con sistemas simbólicos y con la producción y la creación de significados. Entonces, la sexualidad es un producto cultural ligado al carácter de las relaciones sociales, al ejercicio de poder actuante y de las significaciones que organizan su sentido dentro de un contexto social (Rivas, 1997). De lo anterior se deriva la convicción de que sólo se puede comprender la sexualidad en un contexto específico (Lamas, 1997).

Szasz (1998), basándose en Caplan, distingue al menos tres grandes marcos socioculturales en la construcción de diversas sexualidades en el mundo:

1. La correspondiente a las sociedades occidentales. El deseo de tener hijos es bajo, e incluso existe una amplia aceptación de prácticas sexuales no procreativas; no se encuentra una valoración positiva respecto de la virginidad.
2. La propia de las sociedades del África Subsahariana. No se plantea una separación conceptual entre sexualidad y reproducción. El deseo de procrear es muy alto, no existe el culto a la virginidad y las prácticas sexuales no procreativas son símbolo de debilidad.
3. La correspondiente a las sociedades mediterráneas, latinas y orientales. El deseo de procreación se vincula con la unión; se ejercen estrictos controles sobre la sexualidad femenina; la sexualidad es inseparable de la reproducción.

No existe propiamente una teoría explicativa que sitúe la funcionalidad o los orígenes históricos de estos diferentes modelos en su contexto social más amplio. Más bien, la literatura ha profundizado en la descripción de los comportamientos socialmente sancionados de hombres y mujeres dentro de cada marco sociocultural.

En América Latina y el Caribe, los comportamientos sexuales y reproductivos están profundamente marcados por los diferentes papeles de género. En consecuencia, la sexualidad

femenina se enmarca en la moralidad católica y el pensamiento judeocristiano, que concibe al matrimonio como una institución monógama y a las relaciones sexuales como prácticas positivas siempre y cuando se hallen ligadas a la unión y con fines reproductivos (Rivas, 1997). Las normas prevalecientes niegan a las mujeres la posibilidad de sentir deseos y placeres sensuales, así como de disfrutar de relaciones sexuales no procreativas, porque el deber máximo del ser femenino es la conyugalidad (Szasz, 1997).

En el caso de los varones, en las sociedades latinas se demanda que éstos demuestren permanentemente su virilidad. En función de las proezas sexuales se expresa y se mide el poder masculino. Se considera que un comportamiento sexual apropiado para los varones es practicar el coito con diversas parejas (a menudo, se valora la penetración como señal de dominación). La identidad masculina, al tener que construirse en continua oposición con lo femenino, es menos estable y necesita reafirmarse constantemente (Bandinter, 1993).

La paradoja es que mientras la sociedad fomenta y presiona a los varones para que tengan relaciones sexuales, la actividad sexual de las mujeres fuera del matrimonio las revela como personas de conducta moral inferior. Aunque no existe un modelo único de masculinidad, en el caso de América Latina y el Caribe, al igual que ocurre en otras sociedades, la construcción de género se caracteriza por la subordinación de la mujer al varón a través del patriarcado.

b) Sexualidad y adolescentes

La adolescencia es un período trascendental en el desarrollo de la sexualidad de los individuos. Esta etapa se caracteriza por las transformaciones corporales, entre las que la sexualidad emerge como parte de un proceso de cambio biopsicosocial que influye profundamente en la vida presente y futura de la persona. Las diferencias biológicas entre varones y mujeres, principalmente las establecidas por las identidades de género, marcan de forma pronunciada la sexualidad y nupcialidad en adolescentes. La adolescencia es una etapa de redefinición y reafirmación de la identidad de género; en su transcurso, varones y mujeres desarrollan un comportamiento en torno a su sexualidad que los va a identificar a lo largo de su vida. Las adolescentes asumen (o rechazan) el papel que han aprehendido desde su nacimiento. Las pautas tradicionales de la sociedad latinoamericana prohíben encuentros sexuales antes del matrimonio y condenan a sufrir culpabilidad por haber “caído en la tentación”. Esto último puede acarrear emociones negativas, como miedo, desaprobación, estrés, dolor, etc.

Los varones latinoamericanos se convierten en “hombres” en el momento de la iniciación sexual. La primera relación sexual se guía para los adolescentes varones por los ritos de iniciación que prescribe la estructura profunda de la masculinidad (Olavarría & Valdés, 1998). Los jóvenes deben demostrar su masculinidad en todo momento mediante la actividad sexual o se arriesgan a ser considerados “poco hombres” (Yon, Jiménez & Valverde, 1998). Incluso, esta percepción se transmite a gran parte de las mujeres, que no les gusta que el hombre sea virgen (Gysling, Benavente & Olavarría, 1997). Por su parte, ellos discriminan entre la pareja formal, con la que los une un compromiso, y las parejas ocasionales. Se establece una división entre la novia a la que se “respeta” y las “otras”, con las que sí se mantienen relaciones sexuales, y ello deriva en la clasificación de “mujer buena” y “mujer fácil”.

La distinta vivencia de la sexualidad por sexo en adolescentes influye en el inicio de las relaciones sexuales. Mientras que la sociedad avala e incluso fomenta las relaciones sexuales tempranas y la frecuente actividad sexual en varones, con independencia de su estado conyugal, tradicionalmente la actividad sexual de las mujeres se acepta sólo dentro del matrimonio, incluso a edades tempranas. El matrimonio adolescente en esta región constituye una característica propia de las mujeres, lo cual se observa principalmente en las sociedades más tradicionales, y en la mayoría de los casos las parejas de las adolescentes unidas son mayores que ellas. Respecto del matrimonio entre adolescentes en América Latina y el Caribe, Quilodrán (1998) señala que la unión libre es de las formas que se presenta con mayor frecuencia, como se verá más adelante.

Estas identidades de género que dan lugar a la diferenciación en comportamientos y percepciones se construyen socialmente y dan lugar a la división de espacios entre los sexos. Sin embargo, como se apuntó en su momento, estas configuraciones son más sutiles, diversas y maleables de lo que generalmente se supone. El proceso de globalización y modernización vivido en América Latina ha provocado en diversos grupos sociales tradicionales una apertura, hasta cierto punto, a la redefinición de valores en torno a la sexualidad. Precisamente son los y las adolescentes los principales protagonistas de estos cambios. En Brasil, por ejemplo, algunos autores han reportado la aparición de comportamientos y códigos sexuales más diferenciados entre los jóvenes, entre los que se destaca el de “ficar”, que normalmente implica algún tipo de contacto físico aunque no necesariamente sexual (Afonso, 1997; Arilha & Calazans, 1998; Chaves, 1994). La prevalencia cuantitativa de estas conductas no convencionales todavía no se ha evaluado sistemáticamente.

A continuación se presenta una descripción sobre la situación actual de los y las adolescentes en relación con algunas de las variables básicas para el análisis de este tema. La mayor parte de este apartado se basa en las encuestas individuales DHS para mujeres y hombres.

1. La iniciación sexual

a) ¿Cuántos y quiénes son los y las adolescentes que tienen relaciones sexuales?

Se ha sostenido que gran parte de los individuos inician su actividad sexual en la adolescencia. Con el propósito de indagar en este tema, se calculó la proporción de adolescentes mujeres (de 15-19 años) que han tenido relaciones sexuales en ocho países de América Latina y el Caribe (véase el cuadro IV.1). En cinco casos dicha proporción se sitúa por debajo del 30%; únicamente en Brasil, la República Dominicana y Nicaragua está por encima, con un máximo de 36% en el último país citado. Bolivia y Perú presentan la más baja proporción. En la región como un todo, alrededor de tres de cada diez mujeres de 15-19 años han tenido alguna vez relaciones sexuales.

A fin de aproximarse a conocer quiénes son los adolescentes que tienen relaciones sexuales, se obtuvo el mismo porcentaje por lugar de residencia, nivel de escolaridad y nivel de pobreza (véase el cuadro IV.1). Se observa que en todos los países, excepto Haití, en las áreas rurales hay una mayor proporción de adolescentes que han tenido relaciones sexuales que en las urbanas, aunque en algunos países la diferencia es pequeña, como en Colombia y principalmente Brasil. En todos los casos se aprecia, además, que la proporción de adolescentes que han tenido

relaciones sexuales va disminuyendo conforme crece el nivel de escolaridad. El cuadro IV.1 puede subestimar las diferencias verdaderas en la medida en que los estratos más educados son de mayor edad promedio, por lo cual tenderían a poseer una mayor experiencia. De nuevo, Colombia y Brasil representan la excepción, pues hay un porcentaje notable de adolescentes con más alto nivel de escolaridad que han tenido relaciones sexuales, lo cual hace pensar en un patrón “moderno” en estas adolescentes, semejante al que ocurre en países desarrollados, en donde no se vinculan las relaciones sexuales con la unión ni con la reproducción.

Cuadro IV.1

Porcentaje de adolescentes mujeres (15-19 años) que han tenido relaciones sexuales, por características socioeconómicas: Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Niveles de pobreza	
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Media y más	Más pobres	Menos pobres
Bolivia, 1998	19.6	17.0	27.6	60.0	37.9	14.1	9.7	26.3	13.6
Brasil, 1996	32.5	32.2	33.5	58.8	40.4	29.4	41.7	34.8	28.9
Colombia, 1995	29.6	27.7	35.5	59.1	42.8	23.8	25.4	34.2	24.1
Guatemala, 1995	25.0	17.3	31.0	44.8	30.0	8.5	...	33.2	16.3
Haití, 1995	29.0	33.1	25.2	30.8	29.0	27.7	...	26.9	30.7
Nicaragua, 1998	36.1	31.5	44.3	65.1	48.7	21.6	17.1	45.3	25.3
Paraguay, 1998	33.7	...	...	...	...	...	...	...	...
Perú, 1996	20.2	16.2	32.2	57.4	39.2	15.9	8.5	28.2	11.5
República Dominicana, 1996	32.6	28.9	39.6	74.0	40.6	19.8	8.9	42.7	21.0

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

En los países donde se pudo hacer el cálculo sobre grupos indígenas, se descubrió que el porcentaje es mayor que para el resto de la población. En Bolivia fue de 25.4%, Guatemala 35.5% y Perú 32.5%, porcentajes similares a los reportados en áreas rurales. Sin embargo, estos porcentajes son menores que los obtenidos para adolescentes con bajo nivel de escolaridad o sin éste.

Como se expone más adelante, en los países con altos porcentajes, como Guatemala, Nicaragua y la República Dominicana, las relaciones sexuales de las adolescentes están estrechamente vinculadas con la unión. Por lo tanto, la mayor proporción de adolescentes que han tenido relaciones sexuales en estos países son mujeres unidas, que regularmente tienen bajo nivel de escolaridad, que viven predominantemente en áreas rurales y a menudo pertenecen a algún grupo indígena.

El caso de los varones es completamente distinto. En el cuadro IV.2 se indica que en todos los casos el porcentaje de varones con experiencia sexual es mayor que el de las mujeres, puesto que alrededor de la mitad de los adolescentes hombres ya han tenido relaciones, en su

mayoría solteros. Además, a diferencia de las adolescentes mujeres, el mayor porcentaje se ubica en áreas de residencia urbana y con mayor nivel de escolaridad.

Cuadro IV.2
Porcentaje de adolescentes varones (15-19 años) que han tenido relaciones sexuales, por características socioeconómicas: Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad			
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Media y más
Bolivia, 1998	41.3	41.9	39.2	...	41.4	39.5	58.3
Brasil, 1996	62.2	66.4	48.9	58.8	61.1	62.3	76.9
Honduras, 1996	49.6	59.6	39.5	...	...	...	...
Haití, 1995	47.1	61.7	38.2	27.1	43.8	63.4	...
Nicaragua, 1998	58.7	61.1	51.9	52.9	56.2	59.0	...
Perú, 1996	45.3	46.1	43.9	...	34.3	44.1	65.5
Rep. Dominicana, 1996	49.0	56.0	41.0	44.0	46.8	54.3	...

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

Precisamente, el varón desempeña un papel más activo que el de la mujer, principalmente el urbano y con mayor nivel de escolaridad, quien posiblemente vincula la afirmación de su masculinidad por medio de la actividad sexual en mayor grado que los varones de áreas rurales. Estos últimos, además, están más expuestos a un control social dentro de un medio tradicional bajo una fuerte moral religiosa, por lo que las oportunidades de encuentros sexuales serían más limitadas. En las adolescentes este control es aun mayor, y ello determina que se mantengan sin relaciones sexuales o las tengan en el matrimonio.

b) Edad de la primera relación sexual

Hay varias preguntas a responder sobre la edad en que se tiene la primera relación sexual. Vale interrogarse si existe la certeza de que en América Latina el inicio de la actividad sexual es muy temprano, como se suele afirmar. En principio, es necesario alertar sobre el hecho de que muchas de las cifras que circulan en la región sobre las edades en que típicamente se inicia la actividad sexual, son incorrectas por basarse en cálculos sesgados. A menudo, estas cifras se basan en grupos especiales, en los que se puede esperar una iniciación sexual más temprana, como la constatación de Barrios y Ramos (1993), respecto de que entre una muestra de madres adolescentes colombianas 36% ya habían iniciado las relaciones sexuales a los 16 años. Pero el sesgo más común surge por no tomar en cuenta los efectos de censura estadística en los datos sobre el inicio de la actividad sexual en muestras de jóvenes.

Algunos ejemplos ilustran estas afirmaciones. En su análisis del módulo de comportamiento sexual y uso anticonceptivo de la *Encuesta de Prevalencia Sexual de Jamaica*

(1993), Morris *et al.* (1995: Table 4.1.4) calculan la edad promedio de la iniciación sexual en 13.9 años para los hombres y 15.9 años para las mujeres, basándose en una muestra de adolescentes de 15-24 años. Primero se preguntó si éstos ya habían tenido relaciones sexuales y en el caso de una respuesta afirmativa, se preguntó a qué edad. Las estimaciones antes mencionadas promedian las respuestas a esta segunda pregunta. Sin embargo, 15% de los hombres y 25% de las mujeres todavía no habían iniciado la actividad sexual y no fueron tomados en cuenta, por falta de información. Esto no causaría problemas si se tratara de omisiones aleatorias, pero no lo son. Se trata de personas que se caracterizan justamente por un inicio relativamente tardío de la actividad sexual. Este tipo de datos en estadística se llaman *censurados* y la estimación de sus tendencias centrales exige estrategias especiales para evitar sesgos. En este caso, una estrategia sencilla (aunque no es la mejor disponible) es calcular la *edad mediana transversal*, que es aquella en que 50% de los entrevistados ya tuvieron relaciones. Este cálculo arroja cifras de 15.9 años para los hombres y 17.1 años para las mujeres. Presentar solamente la edad típica de iniciación sexual de aquellos que ya tuvieron esta experiencia no es propiamente un error de cálculo, pues los resultados, siempre y cuando sean correctamente interpretados, son válidos. Ahora bien, la forma en que se exponen conduce casi inevitablemente a una interpretación equivocada de que se trata de la edad típica de la iniciación sexual del conjunto de los y las adolescentes.

Jamaica es un país de iniciación sexual muy temprana, pero se han divulgado datos semejantes también para países donde el patrón es más tardío. Murray *et al.* (1998), por ejemplo, entrevistaron escolares en Santiago de Chile. Notaron que una proporción relativamente baja ya había iniciado su actividad sexual (36% de los hombres y 21% de las mujeres), pero también registraron una edad promedio de la primera relación sexual de 14.8 años para las mujeres y de 13.7 años para los hombres, o sea, más temprano todavía que en Jamaica. Como promedio descriptivo para caracterizar un grupo específico (los alumnos con experiencia sexual), es un resultado correcto, pero este subgrupo no es una muestra representativa del conjunto. Con los datos presentados por los propios autores, es posible estimar que 50% de los hombres habían iniciado su actividad sexual a los 16.4 años, mientras que la mediana para las mujeres se ubicaba por arriba de los 20 años.

Edades igualmente bajas, basadas en la misma metodología sesgada de cálculo, se reportan en otros estudios, como el análisis de la encuesta DHS de 1996 de Brasil (BEMFAM, 1999), que registró una edad promedio en la primera relación premarital de 15.3 años entre los varones y 16.4 años entre las mujeres, y el informe de *la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva* de Costa Rica, de 1993. En el capítulo sobre sexualidad premarital, este último informe afirma que “en términos generales, cuando el primer encuentro sexual sucede, la mujer promedia 16.5 años” (Achío *et al.*, 1994: 6-3). Efectivamente, éste era el promedio característico de una muestra de mujeres de 15-24 años que ya habían tenido relaciones sexuales premaritales. Sin embargo, con la información presentada en el propio informe (véase el cuadro 6.2) también es posible calcular que: a) sólo 18.4% de las solteras de la muestra tuvieron relaciones sexuales alguna vez; b) un poco más de la mitad de las mujeres casadas o unidas se casaron o unieron vírgenes; c) la edad en que 50% de las mujeres declararon haber tenido relaciones sexuales, dentro o fuera del matrimonio, es de 20.2 años; y d) es hasta los 21.1 años que 50% de las mujeres en la muestra que no se casaron vírgenes declaran haber iniciado su

actividad sexual. Estos datos indican un comportamiento sexual mucho más conservador que lo sugerido por el informe antes citado.

RECUADRO IV.1

EL CÁLCULO DE LA EDAD A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: SEZGOS EN DATOS CENSURADOS

Los resultados de análisis que no contemplan los efectos de censura arrojan edades particularmente bajas cuando la muestra consiste de adolescentes muy jóvenes. Por ejemplo, la encuesta CAP aplicada en Colombia por el ISS, Profamilia y el Instituto Nacional de Cancerología (Ojeda & Ordóñez, 1994) se limitó a adolescentes de 12-17 años. Mientras que la edad típica de la iniciación sexual para las mujeres en Colombia, según la DHS de 1995, era de 18.8 años, como se verá más adelante, y de 17 años la edad promedio de la iniciación sexual relatada en la DHS por mujeres de 15-24 años con experiencia, esta investigación acusó promedios de 13.4 en los varones y 14.8 en mujeres. Sin embargo, estos números se basan en una pequeña minoría (25.8% de los varones y 7.5% de las mujeres) de adolescentes de 12-17 años que ya habían tenido relaciones. Analizando los mismos datos en términos de la edad mediana transversal de la primera relación en la muestra como un todo, se encuentra un valor de 16.7 años en los varones, y aunque la mediana de las mujeres no puede deducirse de los datos, ciertamente es mayor de 17.5 años. El porcentaje de mujeres de 17 años que en esta investigación declararon una actividad sexual (23.3%) incluso fue ligeramente más *bajo* que el porcentaje encontrado en la DHS de 1995 (27.1%), lo que demuestra que la menor edad de la iniciación sexual descubierta en la investigación no se debe a factores reales, sino a un efecto de la metodología.

Como en los casos anteriormente citados, los promedios calculados por Ojeda y Ordóñez no son propiamente erróneos, si se ubican en su debido contexto. Sin embargo, la siguiente cita demuestra la facilidad con la que se pueden malinterpretar: “Se ha presentado una reducción marcada entre la población de la edad a la cual se inician los coitos. Evento que puede guardar relación con la más temprana maduración sexual, pero sin duda también influenciada por el medio ambiente, rico en estímulos eróticos de toda índole que pueden marcar e impulsar fuertemente al coito, si el individuo no posee una educación sexual bien fundamentada que le permita una correcta y adecuada toma de decisiones, para poder decir no al coito prematuro, sin que sea una decisión dolorosa. Tener coitos a edades tempranas no hace más grande, ni más fuerte ni más poderoso. La encuesta de Profamilia, Instituto Nacional de Cancerología e ISS (Ojeda & Ordóñez, 1994) informa que en Colombia ya han tenido coitos el 66% de los varones y el 24% de las mujeres de 17 años de edad... [esta] encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas encontró que la edad promedio de la primera relación sexual en adolescentes fue de 14.3 años para los varones y de 15.5 para las de sexo femenino”¹ (Monterrosa, 1998). El autor aparentemente no considera de que el porcentaje de 24% de iniciación sexual femenina a los 17 años es incompatible con una edad promedio de 15.5, salvo que aquellas mujeres que iniciaron su actividad sexual antes de los 17 años lo hayan hecho en promedio con menos de 9 años.

¹ La diferencia con los números anteriormente citados se debe al hecho de que aquí en realidad se trata de medianas y no de promedios.

Además del peligro de que los promedios o medianas no corregidos por censura sean interpretados erróneamente como representativos para el conjunto de adolescentes, otra desventaja del uso de estas medidas es que sólo son válidas para una determinada muestra y no pueden compararse entre muestras cuando las respectivas estructuras etarias son distintas. En este sentido, es definitivamente erróneo, por ejemplo, comparar los resultados entre grupos con diferentes niveles de escolaridad. Como los grupos de mayor escolaridad tienden a ser de mayor edad, este procedimiento exagera las diferencias entre los grupos. Tampoco es correcto hacer comparaciones entre hombres y mujeres o entre países, como se hace en PRB (1992), entre otros, pues la proporción de la submuestra de adolescentes con experiencia sexual respecto del total de la muestra es muy distinta en cada caso.

Hay diversas estrategias para obtener estimaciones más representativas de la edad típica de la iniciación sexual. Una alternativa es la ya mencionada, de calcular la mediana transversal, o sea, aquella edad en que justamente 50% de los/las entrevistados/as declaran que tuvieron relaciones. Se trata de una medida sencilla, que puede calcularse fácilmente a partir de la información comúnmente divulgada en las publicaciones de las encuestas. No obstante, presenta dos desventajas. Por un lado, el resultado puede variar considerablemente a raíz de fluctuaciones en el comportamiento de una u otra cohorte etaria específica; por otro lado, el resultado tiende a ser sistemáticamente sobreestimado si existe una tendencia por parte de los/las adolescentes a no mencionar la actividad sexual reciente.

Otra estrategia consiste en calcular las edades retrospectivas típicas de la iniciación para un grupo de la población en el que la gran mayoría de las personas ya tenga experiencia sexual, por ejemplo, las mujeres de 25-49 años. En este caso, como se trata de eventos ya más distantes (una relación sexual con el entonces novio y actual compañero o marido) se puede esperar una menor tendencia de encubrimiento. Los informes de país de las DHS y las CDC en la región calcularon edades medianas de la primera relación sexual basadas en este procedimiento, cuyos resultados para mujeres de 25-49 años de ocho países se muestran en la tercera columna del cuadro IV.3. Otras medianas calculadas de esta forma son 19.8 en Ecuador (1994), 18.5 en El Salvador (1993), 18.3 en Honduras (1996), 17.3 en Jamaica (1997) y 18.1 en Venezuela (1998). Tomando promedios no ponderados de estas medianas, se obtiene un resultado de 18.7 años para la primera relación sexual en las mujeres, una cifra mucho más alta que los números excesivamente alarmantes frecuentemente divulgados en la región.

Las cifras citadas en la tercera columna del cuadro IV.3 tienen la desventaja de referirse a cohortes relativamente antiguas de mujeres, que posiblemente no reflejan el comportamiento de la generación actual de adolescentes. Por esta razón, una tercera estrategia de estimación, preferible a las dos anteriores, se basa en construir una tabla de vida, apoyándose en el procedimiento de Kaplan y Meier (1958). En este caso, se aplicó la metodología a las jóvenes de 15-24 años, usando un desfase de dos años, para evitar los sesgos provenientes de la tendencia de los/las adolescentes a no mencionar la actividad sexual reciente. Asimismo, la probabilidad de iniciación a los 13 años se calculó basándose en la experiencia de las personas de 16-24 años, la probabilidad de iniciación a los 14 años basada en la experiencia de las personas de 17-24 años, y así en adelante. Además de la mediana transversal común, también se calculó una mediana transversal con desfase de 2.5 años, con el mismo objetivo de corregir la tendencia de subdeclaración de la actividad sexual reciente. En el Cuadro IV.3 se comparan los resultados de

las diferentes estrategias entre sí y con la media y la mediana sencillas utilizadas en los estudios antes referidos.

Cuadro IV.3

Edad típica de la primera relación sexual de mujeres según métodos alternativos de cálculo: países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, fecha	Medidas sencillas, sin considerar censura			Mediana transversal		Mediana por tabla de vida (Kaplan-Meier) 15-24, con desfase
	Promedio 15-24	Mediana 15-24	Mediana 25-49	Sin desfase	Con desfase	
Bolivia, 1998	17.4	17.3	18.9	20.6	19.2	19.4
Brasil, 1996	16.8	16.7	19.5	18.8	18.5	18.6
Colombia, 1995	17.2	17.1	19.6	19.1	19.0	18.8
Guatemala, 1995	16.9	16.7	18.3	19.7	18.8	19.2
Haití, 1995	17.0	16.8	19.0	19.3	18.8	18.7
Nicaragua, 1998	16.6	16.3	18.2	18.8	18.2	18.2
Perú, 1996	17.4	17.3	18.9	20.4	19.8	19.9
Rep. Dominicana., 1996	16.9	16.7	18.7	19.2	18.6	18.8

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

Como se demuestra en el cuadro IV.3, según los datos de la DHS, la edad típica de la iniciación sexual de las mujeres, si se calcula correctamente, en ninguno de los ocho países investigados está por debajo de los 18.0 años. Independientemente del método de cálculo, las estimaciones basadas en la DHS pueden estar afectadas en cierta medida por la tendencia de no declarar correctamente algunas edades, principalmente cuando se trata de relaciones premaritales muy tempranas o muy recientes. Como observan Mensch, Bruce y Greene (1998: 48-49), las encuestas DHS evidencian porcentajes de sexo premarital considerablemente más bajos que las encuestas del CDC dirigidas específicamente a adolescentes, lo que podría sesgar también el cálculo de las edades en que se inician las relaciones sexuales². Los dos métodos que usan desfases en alguna medida corrigen la subdeclaración de la actividad sexual reciente, razón por la cual sus resultados son más bajos que los obtenidos usando una mediana transversal sin

² Sin embargo, una serie reciente de encuestas en los países andinos, apoyadas por el UNFPA y la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), dirigidas específicamente a grupos de jóvenes en proceso de capacitación laboral, también recogió datos consistentes con la hipótesis de que la iniciación sexual de las mujeres en América Latina típicamente se da después de los 18 años. La mediana (calculada por el método de Kaplan-Meier, con desfase de 2 años) fue de 18.8 años en Colombia y Venezuela, 19.6 años en Perú y más de 20 años en Bolivia. Para los varones, estas cifras fueron de 16.5, 15.2, 17.0 y 18.7 años, respectivamente. Una estimación realizada por el CDC, sobre la edad mediana de la primera relación de las mujeres con edad actual de 25-29 años, encuentra que para El Salvador (1998) ésta fue de 18.6 años.

desfase. La mediana basada en mujeres de 25-49 años tampoco es afectada por este sesgo, de modo que puede ser comparada con la mediana obtenida por el método de Kaplan-Meier y la mediana transversal con desfase.

Cuadro IV.4

Edad mediana de la primera relación sexual de las mujeres de 25-34 años, por características socioeconómicas: Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Nivel de pobreza		Indígenas
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Media y más	Más pobres	Menos pobres	
Bolivia, 1998	18.7	19.1	17.8	17.7	17.7	18.8	22.1	18.0	19.8	18.4
Brasil, 1996	18.9	19.0	18.6	16.5	17.8	19.4	21.3	18.4	19.7	...
Colombia, 1995	19.5	19.9	18.4	16.7	18.0	19.9	23.0	18.7	20.6	...
Guatemala, 1995	18.1	19.0	17.5	16.7	17.8	20.1	24.2	17.2	19.2	16.8
Haití, 1995	18.8	19.0	18.6	18.1	18.5	20.9	22.8	18.3	19.4	...
Nicaragua, 1998	18.0	18.4	17.2	15.9	16.7	19.2	23.1	17.1	18.9	...
Perú, 1996	18.9	19.6	17.7	16.7	17.5	18.7	23.3	18.2	20.8	17.5
República Dominicana, 1996	18.8	19.6	17.6	15.3	17.0	20.2	23.4	17.6	20.7	...

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

Utilizando la información de la DHS, se procedió a calcular las medianas de la primera relación sexual por diversas características (véase el cuadro IV.4). Se evidenció que en todos los países, a mayor nivel de escolaridad, menor pobreza y en áreas urbanas, este indicador era mayor. Las diferencias son notorias al comparar por nivel de escolaridad: las mujeres sin escolaridad inician sus relaciones sexuales alrededor de 6 años antes que las mujeres con nivel de escolaridad alto. Con relación al lugar de residencia, las diferencias varían entre 0.5 y 2 años.

Tomados en su conjunto, los resultados confirman que el inicio de la actividad sexual no ocurre tan temprano como en muchas ocasiones se sugiere, principalmente en el caso de las mujeres. Con este criterio hay que evaluar las propuestas de actuar sobre el embarazo en adolescentes mediante el aplazamiento de la actividad sexual, por lo menos en el caso de las adolescentes con comportamientos típicos o dentro del promedio. La iniciación sexual típica de las mujeres en América Latina es relativamente tardía en comparación con los Estados Unidos de América (mediana de 17.2 años), Reino Unido (17.4 años) y los países de África Subsahariana, aunque es más temprana que en Asia (Singh *et al.*, 2000: Table 2). En este contexto, también es relevante notar que la edad de la iniciación sexual de las mujeres hispánicas en los Estados Unidos se asemeja a la observada en países latinoamericanos como Colombia o República Dominicana; asimismo, se retrasa 0.7 años respecto de las mujeres blancas no hispánicas y 1.6 años de las mujeres negras no hispánicas (Abma *et al.*, 1997: Table 20). El porcentaje de mujeres hispánicas casadas de 15-44 años cuya primera relación sexual se dio con ocasión del matrimonio también es mucho más elevado (37.7%) que las cifras correspondientes a las mujeres blancas (14.6%) o negras (8.1%) (Abma *et al.*, 1995: Table 25); a su vez, las mujeres hispánicas no casadas de 15-44 años declararon un número promedio menor de parejas sexuales durante toda la vida (3.0) y durante los últimos 12 meses (1.1) que las mujeres blancas (4.4 y 1.2) o negras (4.9 y 1.6) (Abma *et al.*, 1997: Tables 27 y 31).

El cuadro IV.5 presenta otro indicador relacionado con el inicio de la actividad sexual adolescente, a saber, el porcentaje de mujeres que tuvieron relaciones sexuales hasta determinadas edades. Obteniendo un promedio no ponderado de los países, se constata que el 11% de las mujeres de 20-49 años en la región tuvieron su primera experiencia sexual antes de los 15 años, el 42% antes de los 18 y el 61.5% antes de los 20 años. Los países centroamericanos y caribeños (a excepción de Haití), que ostentan las más altas tasas de fecundidad adolescente en la región, son los que presentan el porcentaje más elevado de adolescentes que han tenido experiencia sexual en cualquiera de las tres edades. Una vez más destaca el caso de Jamaica, donde más del 80% de las mujeres tuvieron su primera experiencia sexual antes de los 20 años. También resalta que en países como Guatemala, Nicaragua y República Dominicana alrededor del 15% de las mujeres de 25-34 años tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años. En la Encuesta Nacional de Salud Familiar en El Salvador se obtuvo que el 11% de las mujeres de 25-29 años tuvieron su primera relación antes de los 15 años, mientras que en Honduras 20% de las adolescentes de 15-24 años con experiencia sexual tuvieron la primera relación antes de los 15 años. En Colombia, los datos de la Encuesta de Conocimientos Actitudes y Prácticas (Ojeda & Ordóñez, 1994) muestran que el 1% de las niñas de 12-14 años ya habían tenido relaciones sexuales. La actividad sexual en menores de 15 años quizás no sea significativa desde el punto de vista cuantitativo, pero puede tener una gran importancia psicosocial para quienes pasaron por esta experiencia.

Cuadro IV.5
Porcentaje de mujeres de 20-49 años que tuvieron su primera experiencia sexual
antes de los 15, 18 y 20 años: América Latina y el Caribe

País, fecha	Porcentaje que tuvo su primera experiencia sexual antes de los		
	15 años	18 años	20 años
Bolivia, 1998	7.8	37.2	58.3
Brasil, 1996	8.0	35.0	55.3
Colombia, 1995	8.8	35.6	55.3
Ecuador, 1994	8.0	34.0	53.1
El Salvador, 1998	11.4	43.7	63.2
Guatemala, 1999	14.1	45.0	64.7
Haití, 1995	9.1	38.3	59.4
Honduras, 1996	11.3	46.8	66.4
Jamaica, 1997	12.8	62.6	83.9
Nicaragua, 1998	14.4	48.3	66.2
Perú, 1996	8.6	37.7	57.0
Rep. Dominicana, 1996	14.6	43.6	60.0
Venezuela, 1998	8.8	35.6	53.0

Fuente: Informes nacionales de las encuestas

En los cuadros A.3, A.4 y A.5 del Anexo II se presenta el porcentaje de mujeres de 25-34 años que tuvieron su primera experiencia sexual antes de los 15, 18 y 20, años por características socioeconómicas. Se encontró la misma tendencia observada al calcular las medianas, es decir, a mayor escolaridad, en áreas urbanas y a menor nivel de pobreza, el porcentaje es menor en todos los países. Cabe subrayar que alrededor de 8 de cada 10 de las mujeres sin escolaridad tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años, mientras que en las de mayor nivel de escolaridad la razón es de entre 2 y 3 de cada 10. Al considerar los resultados por nivel de escolaridad, se constata que, por ejemplo, en la República Dominicana más del 40% de mujeres sin escolaridad tuvieron su primera relación antes de los 15 años, y es probable que hayan tenido esa relación con hombres mayores y en muchos casos dentro de una unión.

A pesar de ser relativamente tardía en el promedio, una característica distintiva de la iniciación sexual femenina en América Latina y el Caribe es la extrema variación en la edad de la primera relación. Así, en el Reino Unido la edad mediana es de 17.4 años, pero sólo 4% de las mujeres de 20-24 años habían iniciado su actividad sexual antes de los 15 años y sólo 13% lo hacen después de los 20 (Singh *et al.*, 2000: Table 2). Como muestra el cuadro IV.5, en América Latina y el Caribe entre 8%-15% de las mujeres de 20-49 años habían iniciado su actividad sexual antes de los 15 años y en la mayoría de los países más del 30% la inician después de los 20. El promedio de las relaciones iniciadas antes de los 15 años (11%) se aproxima al registrado en los Estados Unidos, pero en este país sólo 19% de las mujeres tienen su primera relación después de los 20 años. En la mayoría de los países de África Subsahariana, el porcentaje de mujeres que tienen su primera relación después de los 20 años también es menor al 20%. En suma, hay una mayor dispersión en la edad de la iniciación sexual en América Latina, así como un porcentaje relativamente elevado de mujeres que inician su actividad sexual antes de los 15 años y principalmente después de los 20.

Tal y como se ha comentado a lo largo del texto, otra característica particular de la iniciación sexual en América Latina y el Caribe es que ésta sucede mucho más temprano en los hombres que en las mujeres. La edad mediana de la iniciación sexual para varones de 25-34 años (véase el cuadro IV.6) es uno de los indicadores que muestra que los hombres viven su sexualidad de manera distinta a las mujeres. Se constata que en todos los países analizados, el inicio de los varones es anterior al de las mujeres, siendo la mayoría de éstos solteros, como se verá más adelante. La edad mediana se ubica alrededor de los 16.7 años, 2 años menos que el promedio obtenido en las mujeres.

Al analizar por lugar de residencia y nivel de escolaridad, no se registran tendencias tan claras como en el caso de las mujeres. En Haití, Nicaragua, Perú y República Dominicana, en áreas urbanas la edad sería menor que en áreas rurales, contrario a lo que sucede con las mujeres. Por nivel de escolaridad, principalmente en hombres con educación secundaria aparecen las edades más bajas. Esto puede estar indicando que los varones de mayor nivel de escolaridad se desempeñan en un medio en el que es más difícil tener acceso a las relaciones sexuales o que no sienten tanta necesidad de probar su masculinidad por medio de su actividad sexual, dado que el medio en sí no se los exige de manera tan contundente. Este terreno ha sido poco explorado y resultaría importante ahondar con mayor profundidad a fin de disponer de más elementos para una mejor interpretación. Sin embargo, en la mayoría de los casos las diferencias son menores a

un año. Al parecer, en los varones estas variables no son tan discriminatorias como en el caso de las mujeres.

Cuadro IV.6

Edad mediana a la primera relación sexual de los varones de 25-34 años, por características socioeconómicas: Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad			
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Media y más
Bolivia, 1998	17.1	17.1	17.1	16.7	16.9	16.9	17.5
Brasil, 1996	16.4	16.4	16.2	17.1	16.3	16.3	17.1
Haití, 1995	18.3	17.7	18.7	19.5	18.3	17.6	17.5
Nicaragua, 1998	15.6	15.3	15.9	16.0	15.7	15.0	15.6
Perú, 1996	16.7	16.6	16.9	18.2	17.0	16.6	16.6
Rep. Dominicana, 1996	15.9	15.7	16.5	16.8	16.0	15.6	15.8

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

En Perú, Aramburú y Li (1998) reportan que a menor nivel socioeconómico tienden a desaparecer las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la edad de su iniciación sexual. En este caso, en los seis países en los que se calculó la edad mediana de la primera relación sexual para varones y mujeres por nivel de escolaridad y lugar de residencia, se confirmó que a menor nivel socioeconómico las diferencias entre ambos sexos eran menores o incluso invertidas. En los varones el inicio sexual no varía mucho según el nivel socioeconómico, e incluso en la mayoría de los países se presenta un poco más tarde en el grupo sin escolaridad. En cambio, en las mujeres a mayor nivel de escolaridad y en áreas urbanas el inicio es muy posterior (véase el cuadro IV.4), y ello determina que las diferencias en estos estratos sean mayores al hacer la comparación por sexo. Cabe mencionar que en los individuos sin escolaridad, la edad de la primera relación sexual llega a ser menor en las mujeres en la mayoría de los países; sin embargo, este dato hay que tomarlo con cautela ya que son pocos los casos de varones sin escolaridad en las encuestas analizadas.

Comparando con otros contextos socioculturales, es importante notar que en los Estados Unidos la edad mediana de los hombres (16.1 años) también es más baja que en el caso de las mujeres, aunque la diferencia es menor. En el Reino Unido, la iniciación sexual de hombres y mujeres es casi simultánea (17.2 años para los hombres y 17.4 para las mujeres), mientras que en África Subsahariana la edad mediana para los hombres es típicamente *mayor* que para las mujeres. Digno de consideración es el caso de Haití, país que culturalmente no se identifica con el resto de los analizados, ya que hay una mayor semejanza entre los sexos en el inicio de las relaciones sexuales, al igual que en el África Subsahariana. Esto aporta indicios de la importancia de la dimensión cultural para explicar el inicio de la actividad sexual.

También se calculó el porcentaje de varones que tuvo su primera relación antes de los 15, 18 y 20 años (Anexo II: cuadros A.6, A.7 y A.8). Valga destacar que en Nicaragua y República Dominicana alrededor de 4 de cada 10 varones tuvieron su primera relación antes de los 15 años.

En el caso de Colombia ya se señaló que el porcentaje de las adolescentes mujeres de 12-14 años que ya habían tenido una relación era del 1%. En los varones este porcentaje asciende al 10.3%, inclusive 21% de los varones de 14 años ya habían tenido una relación sexual. En Honduras (1996), del total de varones de 15-59 años con experiencia sexual, el 36% tuvo su primera relación antes de los 15 años. En Jamaica, Eggleston *et al.* (1999) en una muestra de escolares de bajos ingresos de 11-14 años descubrieron que 64% de los niños ya habían tenido relaciones sexuales, contra 6% de las niñas. Aunque se ha puesto mayor interés en el comportamiento sexual de las adolescentes mujeres, estos datos muestran que la preocupación por las relaciones sexuales a edades muy tempranas debe ser mayor en el caso de los varones.

Además de la iniciación sexual más temprana en los varones, existen otras diferencias entre la vida sexual de hombres y mujeres. Entre las diferencias en el significado de las relaciones sexuales destaca el concepto de relaciones “afectivas”. Por ejemplo, en un estudio realizado con jóvenes universitarios de Santiago de Chile de 19-23 años, de nivel socioeconómico medio y medio alto (Gysling, Benavente & Olavarría, 1997), se desprendió que el significado de la sexualidad no era muy diferente entre ambos sexos, coincidiendo en que la mejor sexualidad es la que se desarrolla en el marco de las relaciones afectivas. No obstante, la apelación a la afectividad es diferente entre mujeres y varones. Mientras que las mujeres la consideran, en general, un requisito para las relaciones, no lo es para los hombres. Al interpretar esta diferencia, podría argumentarse si la apelación a la afectividad no resulta un pretexto que permite a las mujeres justificar su vida sexual y que “protege” la sexualidad de la mujer en un envoltorio de legitimidad (Gysling, Benavente & Olavarría, 1997). En cambio, los varones no tienen que justificarse por tener una vida sexual activa.

En la Encuesta sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Jóvenes (1991), se advirtió que en Río de Janeiro el mayor porcentaje del sentimiento asociado con su primera relación sexual premarital en los varones era el placer (94%), mientras que en las mujeres era el amor (77%). Con información de la Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas realizado por el Seguro Social y PROFAMILIA en Colombia (Ojeda & Ordóñez, 1994), se estableció que del total de adolescentes varones que habían tenido relaciones sexuales el 55% señaló como su principal motivación el deseo sexual y la curiosidad, mientras que 67% de las mujeres afirmaron que el amor. En otra encuesta realizada en Colombia (Garzón & Ojeda, 1994) se hallaron diferencias mayores todavía, ya que 75.4% de las mujeres de 18-19 años declararon el amor como su principal motivo para la primera relación, pero sólo 20.3% de los varones lo dijeron. En cambio, 39.2% de los varones, pero sólo 7% de las mujeres, contestaron “porque se presentó la oportunidad”.

Sin embargo, hay que tener cierto cuidado en la interpretación de estas cifras, debido a la forma como se hizo la pregunta. Las cinco encuestas realizadas recientemente en los países andinos, con el apoyo del UNFPA y la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), encontraron resultados más semejantes entre hombres y mujeres. Probablemente hay dos razones para esto. En primer lugar, la pregunta no se refería explícitamente a la primera relación, sino a las razones para tener relaciones sexuales, sin referencia más específica. Por otro lado, los y las adolescentes podían escoger más de una alternativa. Esto afectó principalmente a las respuestas de los varones, que generalmente declararon un mayor número y una mayor diversidad de motivaciones que las mujeres.

En los cinco países investigados, el amor era el motivo más frecuentemente declarado por las mujeres, y en todos los casos menos en Colombia, también era el motivo más común de los hombres, pero con porcentajes más bajos, por ejemplo 76.4% contra 79.5% en Bolivia, 68.5% contra 88.2% en Ecuador, 72.9% contra 84.6% en Perú y 74.2% contra 85.1% en Venezuela. Ya en relación con el segundo motivo más importante, las opiniones variaban. La “prueba de amor” o “porque estoy preparada” era mencionado por las mujeres, mientras que los hombres consideraban el placer como primer motivo, con porcentajes que variaban entre el 64.5% en Venezuela y el 80.9% en Colombia. En Colombia, este porcentaje incluso superó la proporción de hombres que identificaron el amor como motivo. Un porcentaje relativamente alto de adolescentes mujeres colombianas (60.5%) también señalaron el placer, pero en los demás países este porcentaje era más bajo, llegando a un mínimo de 26.2% en Ecuador. El miedo de perder la pareja fue un motivo de menor importancia, pero aquí lo que sorprende es que se trata de un miedo relativamente equilibrado entre los sexos: 6.9% en los hombres y 15.9% en las mujeres en Bolivia, 2.1% contra 9.2% en Colombia, pero 10.5% contra 10.8% en Ecuador, 14.7% contra 14.9% en Perú y 12.3% contra 5.8% en Venezuela.

Finalmente, se plantea que no únicamente la primera relación sexual fuera del matrimonio puede acarrear sentimientos negativos para las mujeres adolescentes; en algunos estudios, como el de Jejeebhoy (1996), se ha comprobado que la primera experiencia sexual con el esposo es típicamente descrita como traumática y dolorosa, y se menciona a menudo el uso de la fuerza.

c) ¿Está aumentando o disminuyendo la edad de iniciación sexual?

Otra de las preguntas que se formula con frecuencia es si la edad de la primera relación sexual está aumentando o disminuyendo. Existe la creencia de que con el proceso de modernización la edad al inicio de las relaciones sexuales disminuye, y así se amplía el período de exposición de las adolescentes a embarazos premaritales. A fin de comprobar la veracidad de esta idea, se ha calculado la edad mediana de la primera relación sexual para un conjunto de cohortes, definidas por el año de nacimiento de la mujer, en países de la región que disponen de encuestas DHS (véase el Gráfico A.1, Anexo III). Los cálculos permiten observar el comportamiento de este indicador desde mujeres nacidas en los años cuarenta hasta las nacidas en los setenta. Esta información se basa en la declaración de las mujeres sobre un hecho que, para muchas de ellas, puede estar alejado del momento actual, por lo que no se descarta la posibilidad de sesgos en su ubicación en el tiempo. A través del análisis de más de una encuesta es posible visualizar la posibilidad de que este sesgo se encuentre influyendo en los resultados.

Entre los ocho países analizados, sólo Brasil muestra una tendencia clara hacia una disminución de la edad mediana en la primera relación sexual, que habría pasado de alrededor de 20.5 años en la cohorte de mujeres nacidas en 1950 a cerca de 18.5 años en las que nacieron al principio de la década del setenta. También Haití registra un ligero descenso, pero dado que se dispone de una sola encuesta estos resultados deben tomarse con cautela. Un segundo grupo de países son aquellos que acusan una cierta estabilidad en este indicador: Bolivia, Guatemala y Nicaragua. Por último, en Colombia, Perú, y la República Dominicana se verificó una tendencia a la postergación en el inicio de las relaciones sexuales entre las cohortes nacidas entre 1940 y cerca de 1960. Sin embargo, en Colombia y la República Dominicana se estabiliza el momento

en que se inician las relaciones sexuales de las cohortes más jóvenes. En Colombia, a partir de la cohorte nacida en 1968 habría un cierto descenso. La variación entre países en las cohortes más jóvenes es menor que la observada en las de mujeres nacidas en los años cuarenta y cincuenta; es decir, hay una cierta tendencia hacia la homogeneización de este patrón entre los países.

En el caso de los varones (veáse Anexo III, Gráfico A.1), la edad mediana de la primera relación sexual en la mayoría de los países analizados al parecer se mantiene estable o aumenta ligeramente (como en el caso de Nicaragua). Bolivia sería el único país donde hay una disminución. Esto contradice algunas de las hipótesis que señalan que el inicio sexual ha tenido un fuerte descenso, principalmente en varones. Sin embargo, hay que tener cautela con los resultados ya que son retrospectivos y en el caso de los varones se basan únicamente en una encuesta.

d) ¿Con quién los y las adolescentes tienen su primera relación sexual?

En los Estados Unidos se manifiesta una considerable inquietud respecto de las relaciones sexuales de adolescentes con hombres varios años mayores, lo cual incluso ha llevado al refuerzo de la legislación en esta área. En California, por ejemplo, las relaciones sexuales entre mujeres menores de 18 años y hombres 3 ó más años mayores están legalmente prohibidas y si de estas relaciones resulta un embarazo las penalidades son mayores. En otros estados existen prohibiciones semejantes, con límites variados de edad. Sin embargo, las diferencias en los Estados Unidos son relativamente pequeñas (2-3 años en promedio) en comparación con los patrones típicos en América Latina y el Caribe. Sólo 8% de los nacimientos en el grupo de 15-19 años corresponden a relaciones de niñas de 15-17 años con hombres que eran por lo menos 5 años mayores (Lindberg *et al.*, 1997).

En la comunidad latina dentro de los Estados Unidos, 18% de las mujeres que inician su vida sexual voluntariamente antes de los 20 años tienen parejas de más de 23 años, comparado con 13.6% de las mujeres blancas no hispanicas y 9.7% de las mujeres negras no hispanicas (Abma *et al.*, 1997: Table 23). El sexo no voluntario y no deseado es un problema serio cuando ocurre, y suele darse con frecuencia entre las adolescentes más jóvenes (Moore *et al.*, 1998). En los Estados Unidos este problema sería un poco más común en la comunidad latina que en otros grupos poblacionales: 11% de las mujeres hispanicas que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años declaran que ésta no fue voluntaria, contra 8.1% de las blancas no hispanicas y 9.5% de las negras no hispanicas (Abma *et al.*, 1997: Table 21).

En algunos países de la región de América Latina y el Caribe, se encuentran diferencias de edad más marcadas que en los Estados Unidos, o incluso que en la población hispanica de este país. En el módulo de adolescentes de Jamaica de 1983 (Morris *et al.*, 1985) se averiguó, por ejemplo, que 28% de las mujeres que habían iniciado su actividad sexual antes de los 18 años lo hicieron con una pareja 6 o más años mayor que ellas. En Paraguay, la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (1998) indica que el 33% de las adolescentes de 18-19 años que habían tenido relaciones, en la primera ocasión lo hicieron con alguien entre 3-5 años mayor y el 34% con alguien 6 o más años mayor; sólo en poco más del 15% ocurrió con parejas de la misma edad o menor que ellas. Cabe resaltar que entre las adolescentes de 15 años las diferencias son mayores ya que más de la mitad tuvo su primera relación con alguien por lo menos 6 años mayor.

En la encuesta de Costa Rica de 1993, Achío *et al.* (1994) calcularon una diferencia promedio de 4.9 años entre mujeres de 15-24 años que habían tenido relaciones sexuales premaritales y sus parejas en la primera relación. Más de un tercio de las mujeres que iniciaron su actividad sexual antes de los 20 años lo hicieron con parejas por lo menos 5 años mayores que ellas. En San Pedro Sula, Honduras, Bernard, Guzmán y Palloni (1998: 21) revelaron que las parejas sexuales de mujeres que tuvieron su primera relación antes de los 20 años eran en promedio 5.9 años mayores que ellas. Los adolescentes varones también iniciaron su actividad con mujeres mayores, pero en este caso la diferencia promedio era de sólo 3.6 años. A su vez, se reportó en la República Dominicana (ENJOVEN, 1992) que las mujeres iniciaron su actividad sexual con varones cerca de 7 años mayores que ellas y los varones con mujeres 4 años mayores que ellos.

En los Estados Unidos, el tema de las relaciones sexuales de adolescentes con hombres marcadamente mayores tiene connotaciones de sexo involuntario o de prácticas de aprovechamiento sexual de menores, razón por la cual se encuadra dentro de la legislación contra la violación de menores (*statutory rape*). Los hombres mayores que tienen relaciones con adolescentes son frecuentemente caracterizados como “predadores sexuales”. Sin embargo, como lo demuestran Linberg *et al.* (1997), este estereotipo no es del todo correcto, pues en muchos casos se trata de mujeres adolescentes casadas o que tienen una relación estable con un hombre varios años mayor que ellas. Las autoras demuestran, incluso, que el porcentaje de embarazos deseados es mayor en adolescentes cuya pareja es 5 ó más años mayor que ellas que en adolescentes con parejas de edades semejantes.

Tampoco está claro hasta qué punto este estereotipo es válido en el contexto cultural latinoamericano y caribeño. Como ya se señaló, los varones también tienden a iniciarse sexualmente con parejas de mayor edad. Por otro lado, el dato antes citado de Jamaica (Morris *et al.*, 1985) debe calificarse un poco en el sentido de que el porcentaje de mujeres con una pareja 6 o más años mayor también era alto (30.2%) entre aquellas que iniciaron su actividad sexual entre los 18-24 años. Finalmente, la iniciación con hombres mayores en América Latina se asocia íntimamente a los matrimonios de mujeres con hombres mayores (véase más adelante). En el caso de Paraguay (1998), por ejemplo, el porcentaje de mujeres de 15-24 años que se iniciaron con hombres 6 o más años mayores que ellas es de 37.8% para mujeres cuya primera relación fue premarital, pero se eleva a 47.5% en quienes lo hicieron dentro del matrimonio. Por lo que se refiere a los nacimientos que ocurren como resultado de las relaciones entre mujeres adolescentes y varones de mayor edad, las evidencias no son totalmente consistentes. En Bolivia, Brasil, Nicaragua y Perú, los primeros alumbramientos de mujeres adolescentes son deseados y considerados oportunos con mayor frecuencia cuando la mujer tiene una pareja de mayor edad (6 ó más años de diferencia) que en el caso de aquéllas con una pareja no más de 3 años mayor que ella. Sin embargo, en Colombia y Guatemala se observa lo opuesto y en República Dominicana prácticamente no hay diferencia.

El cuadro IV.7 se basa en cuatro encuestas recientes con adolescentes de los países andinos, apoyadas por el UNFPA y la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ). Al igual que en el caso de San Pedro Sula y la República Dominicana, se verifica que la tendencia de tener parejas mayores en la primera relación se aplica tanto a hombres como a mujeres, pero la diferencia de edad normalmente es mayor en el caso de las mujeres. Tanto las mujeres como los

hombres se inician mayoritariamente con sus respectivas parejas, pero en el caso de los hombres también hay un porcentaje importante de amigas y un porcentaje menor de trabajadoras del sexo. En otros contextos se han registrado porcentajes más elevados. El PRB (1992), por ejemplo, relata que un 45% de los varones de 15-17 años con experiencia sexual en la ciudad de Guatemala se habían iniciado con prostitutas.

Cuadro IV.7

Relación con la primera pareja sexual y diferencia promedio de edad: cuatro países andinos, 1999.

País	Pareja	Hombres		Mujeres	
		Porcentaje	Diferencia promedio de edad	Porcentaje	Diferencia promedio de edad
Bolivia	Novio(a) o enamorado(a)	59.3	0.18	80.8	2.16
	Esposo(a)	1.2	-0.17	9.0	4.71
	Amigo(a)	22.8	0.47	3.8	2.33
	Pariente o familiar	3.7	2.16	2.6	5.00
	Empleado(a)	1.4	-1.29	-	-
	Trabajadora sexual	4.1	0.29	-	-
	Extraño	7.5	1.37	3.8	-4.00
	Total	100.0	0.39	100.0	2.23
Colombia	Novio(a) o enamorado(a)	44.4	1.01	80.7	4.16
	Esposo(a)	-	-	2.8	1.00
	Amigo(a)	30.2	3.51	12.9	3.86
	Pariente o familiar	6.6	2.71	2.8	13.00
	Empleado(a)	6.0	8.10	-	-
	Trabajadora sexual	8.7	7.04	-	-
	Extraño	4.1	3.19	0.9	12.00
	Total	100.0	2.92	100.0	4.35
Ecuador	Novio(a) o enamorado(a)	59.7	1.45	76.9	3.91
	Esposo(a)	-	-	14.5	3.35
	Amigo(a)	18.1	1.77	4.3	2.80
	Pariente o familiar	5.8	1.39	0.9	6.00
	Empleado(a)	0.3	2.00	0.9	24.00
	Trabajadora sexual	11.6	7.14	-	-
	Extraño	4.5	4.52	2.6	21.00
	Total	100.0	2.30	100.0	4.41
Venezuela	Novio(a) o enamorado(a)	65.8	1.97	78.4	3.59
	Esposo(a)	0.9	5.00	19.5	4.33
	Amigo(a)	21.8	2.79	-	-
	Pariente o familiar	5.8	2.47	1.3	20.33
	Empleado(a)	0.3	0.00	-	-
	Trabajadora sexual	0.6	11.50	0.4	8.00
	Extraño	4.6	4.00	0.4	16.00
	Total	100.0	2.35	100.0	4.02

Fuente: Encuestas UNFPA y OIJ

La Encuesta de Conocimientos Actitudes y Prácticas en Colombia (Ojeda & Ordóñez, 1994) confirma que gran parte de adolescentes varones de 12-17 años con experiencia sexual tuvieron su primera relación con una amiga (49%), mientras que el 35% lo hizo con su novia y 7% con una trabajadora sexual. En cuanto a las mujeres, casi el 80% la tuvo con su novio, el 10% con su esposo y el 6% con un amigo. Cabe destacar que entre las niñas de 12-14 años que han tenido relaciones, en el 12% de los casos la primera relación fue con un desconocido. Es probable que la mayoría de éstas, si no es que todas, resultaron producto de relaciones sexuales forzadas. En Honduras, según la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (1996), el 34% de las mujeres de 15-24 años tuvieron su primera relación con su cónyuge y el 64% con su novio. Entre los varones, el 50% tuvo su primera relación con su novia, mientras que el 31% declaró que con una amiga y el 8% con una trabajadora sexual. Información de El Salvador (1998) establece que la mayor parte de las adolescentes tienen su primera relación con su novio (60%) y prácticamente todas las demás con su cónyuge (38%), tal y como se constató en el caso de Honduras. En la República Dominicana se presentó la misma tendencia.

El porcentaje de primeras relaciones de varones con amigas es un poco difícil de entender. En principio, la proporción correspondiente entre las mujeres es mucho menor, mientras que el período de actividad sexual premarital entre las mujeres es sensiblemente más corto y el número promedio de parejas sexuales menor que entre los varones, como se verá más adelante. Podría tratarse de mujeres casadas, pero el número de varones que se iniciaron con mujeres casadas en Colombia, por ejemplo, no pasa del 10% (Garzón & Ojeda, 1994: Cuadro 26). Una explicación más probable sería que este porcentaje refleje un menor compromiso por parte de los varones, que consideran a sus parejas como “amigas”, en tanto que ellas los califican como “novios”. Otra posibilidad es que en muchos casos se trate más bien de trabajadoras del sexo, y ello no se declara debido al estigma social que puede significar la admisión de este tipo de actividad sexual.

Lo anterior confirma las diferencias en el contexto de la sexualidad entre varones y mujeres. Por una parte, casi el total de ellas inician sus relaciones sexuales con el novio o esposo, en donde existe un sentimiento de afectividad; por otra, gran parte de los varones (entre un 30% y 50%) se inician con las llamadas “amigas” y un poco menos del 10% con trabajadoras sexuales. La elección de la pareja es una muestra más de la construcción social en la que está envuelta la sociedad de América Latina.

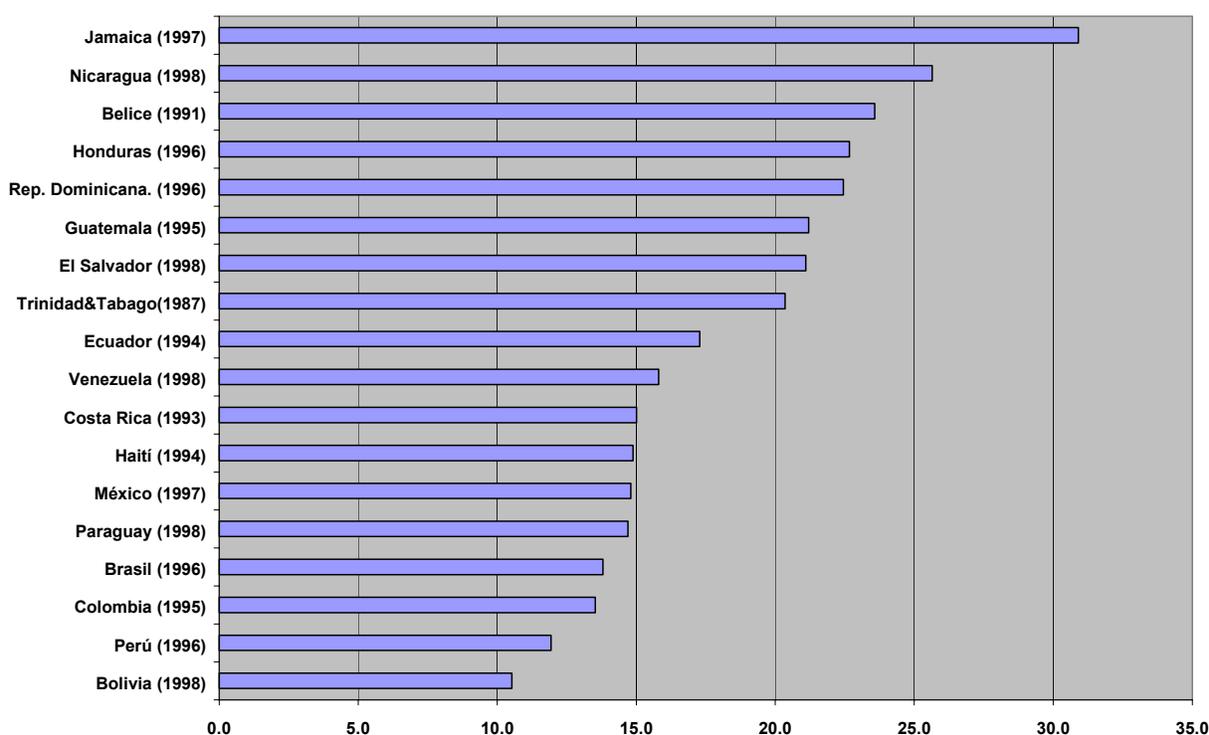
2. La unión

a) ¿Quiénes son los y las adolescentes que se unen? ¿Cuántos son? ¿Cómo es el tipo de unión?

El estado conyugal es una variable que influye de manera esencial en la conducta reproductiva. En la mayoría de las sociedades la unión se erige como un factor determinante en la vida de las personas, por su capacidad de transformación de las conductas de los individuos. En el caso específico de los y las adolescentes esta variable puede tener un impacto mayor, dada la fase de desarrollo biopsicosocial que atraviesan, fase que suele representar profundos cambios en la vida de los seres humanos. Basado en 18 países de América Latina y el Caribe, se constató que en promedio (no ponderado) 17% de las mujeres adolescentes se hallan unidas legal o

consensualmente. Por países sobresalen dos grupos, uno de baja (entre 10% y 15%) y uno de alta (más de 15%) proporción de uniones en adolescentes (véase el gráfico IV.1). En el primer grupo se cuentan Bolivia, Perú, Colombia, Brasil, Paraguay, México, Haití y Costa Rica; en el segundo, Venezuela, Ecuador, Trinidad y Tabago, Guatemala, El Salvador, República Dominicana, Honduras, Belice y Nicaragua. Cabe subrayar que en el grupo con mayor proporción de adolescentes unidas se ubican los países con más alta tasa de fecundidad y, en la mayoría de éstos, la más alta proporción de mujeres que han tenido relaciones sexuales en la adolescencia, proporción que es claramente superior en zonas rurales y a menor nivel de escolaridad. Estos países pertenecen principalmente a la región centroamericana y del Caribe.³

Gráfico IV.1: Porcentaje de mujeres adolescentes de 15-19 años unidas. América Latina y el Caribe, 1987-1998



Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

³ Es importante señalar que en los países del Caribe es frecuente la llamada “visiting union” o unión sin cohabitación. Las adolescentes que se encuentran en este estado también son consideradas como unidas ya que presentan actitudes sobre su conducta reproductiva más parecidas a las mujeres unidas que a las no unidas.

Cuadro IV.8
Porcentaje de mujeres adolescentes (15-19 años) unidas, según características socioeconómicas: Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Nivel de pobreza	
	Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Media y más	Más pobres	Menos pobres
Bolivia, 1998	7.8	19.0	46.7	23.4	6.9	0.0	17.1	4.6
Brasil, 1996	12.2	20.7	51.4	22.5	10.5	0.0	17.5	8.0
Colombia, 1995	11.5	19.6	38.1	23.6	9.2	8.3	19.0	6.9
Guatemala, 1995	13.4	27.3	40.5	25.6	5.9	10.3	29.5	12.4
Haití, 1995	14.2	15.4	26.2	14.6	9.9	0.0	17.0	13.0
Nicaragua, 1998	20.7	34.4	46.3	35.3	14.7	11.0	33.4	16.5
Perú, 1996	7.9	23.9	51.5	27.7	8.2	2.2	18.9	4.4
Rep. Dominicana, 1996	18.2	30.3	58.0	28.3	12.6	4.4	32.5	10.8

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

En el interior de algunos países (véase el cuadro IV.8) se constata que las adolescentes en áreas rurales y con menor nivel de escolaridad presentan mayor probabilidad de unirse entre los 15 y 20 años con relación al resto. Inclusive, en Brasil, Perú y República Dominicana más de la mitad de las mujeres de 15-19 años sin escolaridad están unidas, en la mayoría de los casos de manera consensual. La mayor desigualdad dentro de los países se observa en Perú, Bolivia y Guatemala, donde el diferencial urbano-rural es mayor al 50%. Esto conforma dos patrones notoriamente diferenciados, en que el rural está representado principalmente por los grupos indígenas con altos porcentajes de adolescentes unidas.

Cuadro IV.9
Distribución porcentual de las mujeres adolescentes, por estado conyugal:
América Latina y el Caribe

País, fecha	Estado civil				Total
	Soltera	Casada	Unión libre	Separada, divorciada, viuda	
Belice, 1991	78.0	7.2	14.5	0.3	100.0
Bolivia, 1998	87.8	2.8	7.8	1.6	100.0
Brasil, 1996	83.3	6.9	6.8	3.0	100.0
Colombia, 1995	83.5	2.5	11.1	2.9	100.0
Costa Rica, 1993	83.0	6.3	8.7	2.0	100.0
Ecuador, 1994	81.0	7.9	9.4	1.7	100.0
El Salvador, 1998	73.8	3.3	17.8	5.1	100.0
Guatemala, 1999	74.0	10.5	13.2	2.3	100.0
Haití, 1995	83.1	0.9	14.0	2.0	100.0
Honduras, 1996	69.6	3.4	19.3	7.7	100.0
México, 1997	84.4	8.0	6.8	0.8	100.0
Nicaragua, 1998	65.7	5.5	20.1	8.7	100.0
Paraguay, 1998	83.8	5.5	9.2	1.5	100.0
Perú, 1996	87.5	2.3	9.6	0.6	100.0
República Dominicana, 1996	71.1	3.0	19.4	6.5	100.0
Trinidad y Tabago, 1987	75.5	5.4	14.9	4.2	100.0
Venezuela, 1998	80.7	3.8	12.0	3.5	100.0

Fuente: Informes de país de las encuestas

La mayoría de las uniones son libres o consensuales (véase el cuadro IV.9), fenómeno que no es nuevo; en muchos países de la región, la incidencia de uniones consensuales ha sido históricamente alta. La literatura (Henriques, 1979; Quilodrán 1998; Ojeda 1989) coincide en que en este tipo de unión se concentran las mujeres menos favorecidas socialmente. Se ha mencionado en diversas ocasiones que las uniones adolescentes tienden a ser más inestables que las uniones de mujeres mayores, lo cual está asociado a la mayor incidencia de uniones consensuales entre adolescentes (véase el capítulo VII). Esta última afirmación se ilustra en el cuadro IV.10, donde se muestra el porcentaje de uniones consensuales realizadas en los últimos 5 años, por la edad de la mujer en el momento de la unión. Con frecuencia, estas uniones luego se deshacen, pero muchas de las que permanecen tienden a ser legalizadas con el tiempo. Aún más, la tendencia hacia la legalización de las uniones informales, al igual que su disolución, es más fuerte entre las mujeres adolescentes que entre mujeres de mayor edad. Así, entre las uniones consensuales de adolescentes de 15-19 años realizadas hace más de 5 años y que no se deshicieron antes, un porcentaje relativamente bajo todavía existe en la forma de unión consensual: 16.3% en Bolivia, 10.6% en Brasil, 34.8% en Colombia, 28.0% en Guatemala,

57.9% en Haití, 42.9% en Nicaragua, 33.1% en Perú y 59.6% en la República Dominicana. Las demás uniones consensuales ya se convirtieron en uniones formales.

Cuadro IV.10
Porcentaje de mujeres unidas por primera vez en los últimos 5 años que viven en uniones consensuales, según su edad en el momento de la unión:
Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, fecha	Edad en el momento de la primera unión				
	Menos de 15	15-19	20-24	25-29	Más de 30
Bolivia, 1998	70.2	55.9	38.4	27.2	25.4
Brasil, 1996	45.6	37.2	24.6	27.6	32.6
Colombia, 1995	97.8	66.5	46.9	39.9	46.5
Guatemala, 1995	63.4	47.8	28.7	20.6	44.6
Haití, 1995	90.9	83.3	63.9	44.7	61.9
Nicaragua, 1998	84.6	70.3	47.0	28.5	33.3
Perú, 1996	81.3	73.0	59.5	44.5	37.9
República Dominicana, 1996	84.6	80.4	49.2	25.7	25.6

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

Nicaragua, República Dominicana, Honduras y El Salvador, que atraviesan una etapa de transición demográfica incipiente, presentan las proporciones más elevadas de mujeres adolescentes en unión libre que viven en un contexto socioeconómico desfavorable y tienen altas tasas de fecundidad. También en estos países se observa la más alta proporción de adolescentes separadas, divorciadas o viudas. Por otro lado, destacan México y Brasil como los únicos países de la región donde la proporción de adolescentes casadas legalmente supera a la de adolescentes en uniones consensuales; éstas, a su vez, son las más bajas de la región.

En el caso de los varones, se confirma que existe una separación entre el inicio de la vida sexual y la unión conyugal, además de que ésta por lo general ocurre a mayor edad que en las mujeres. Este comportamiento se refleja en la baja proporción de varones entre 15-19 años unidos en la región. Con base en siete países de los que se tiene información sobre varones (Bolivia, Brasil, Haití, Honduras, Nicaragua, Perú, República Dominicana), se obtuvo que en promedio (no ponderado) el 4% de los adolescentes varones se encuentran unidos, cifra que se compara con el 17% de las mujeres, como se mencionó anteriormente. El porcentaje mayor se da en Nicaragua (7.5%), y el menor en Haití, Perú y República Dominicana, con alrededor del 2%.

b) ¿A qué edad se están uniendo?

Al igual que en la experiencia sexual, para saber a qué edad se están uniendo los jóvenes debe recurrirse a indicadores que por su naturaleza no estén sesgados. Al analizar la edad mediana de la primera unión de las mujeres de 25-49 años (véase el cuadro IV.11), se aprecia

que en los países de Centroamérica y el Caribe este indicador es menor, mientras que en Brasil y Colombia supera los 21 años. La edad mediana en conjunto de estos países oscila alrededor de los 20 años.

Cuadro IV.11
Edad mediana de la primera unión de mujeres de 25-49 años:
Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, fecha	Edad mediana a la primera unión
Bolivia, 1998	20.9
Brasil, 1996	21.1
Colombia, 1995	21.4
Guatemala, 1995	19.3
Haití, 1995	20.8
Nicaragua, 1998	18.3
Perú, 1996	20.9
República Dominicana, 1996	19.3

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

Al observar la edad mediana de la primera unión de las mujeres de 25-34 años por características socioeconómicas (véase el cuadro IV.12), se advierte que sistemáticamente, al igual que en la edad de la primera relación sexual, dicha edad aumenta con el mayor nivel de escolaridad, el menor nivel de pobreza y la residencia urbana. Las diferencias por lugar de residencia y nivel de pobreza varían alrededor de 1-3 años dependiendo el país, y son mayores en Perú. Las diferencias más pronunciadas se registran por nivel de escolaridad, de modo que las mujeres con mayor nivel tienen su primera unión alrededor de 4 años más tarde que aquéllas con secundaria y 6-8 años más tarde que las con educación primaria o sin escolaridad.

La estrecha vinculación de la sexualidad de la mujer con la unión se desprende de comparar los resultados del cuadro IV.12 con el cuadro IV.4, y se torna más evidente en Guatemala, Nicaragua y República Dominicana, donde la diferencia entre la edad de la primera relación sexual y la edad de la primera unión no es mayor a un año. Asimismo, muchas de las mujeres que tuvieron su relación en un período menor a un año antes de su primera unión, muy posiblemente fue con el hombre que posteriormente se convirtió en su marido. Las diferencias, como es de suponer, son menores en áreas rurales, en mujeres sin o con escasa escolaridad y con mayor nivel de pobreza. En contraparte, destaca que en Brasil y Colombia la diferencia en mujeres con nivel de escolaridad medio o alto es de 4-5 años.

Cuadro IV.12

Edad mediana de la primera unión de las mujeres de 25-34 años*, por características socioeconómicas: Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Nivel de pobreza		Indígenas
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Media y más	Más pobres	Menos pobres	
Bolivia, 1998	20.9	21.4	19.9	20.2	19.4	21.0	25.0	19.9	22.3	20.4
Brasil, 1996	21.0	21.3	19.7	18.1	19.3	21.5	25.3	20.0	22.0	...
Colombia, 1995	21.6	22.1	20.0	18.0	19.4	21.8	27.8	20.2	23.5	...
Guatemala, 1995	18.8	20.0	18.0	17.4	18.5	21.2	25.3	17.7	20.2	17.2
Haití, 1995	20.6	21.2	20.2	19.7	20.2	23.5	25.4	19.8	21.8	...
Nicaragua, 1998	18.3	18.7	17.5	16.4	16.9	19.4	23.9	17.4	19.4	...
Perú, 1996	21.1	22.0	19.2	18.0	18.9	20.8	25.9	19.8	23.7	18.9
República Dominicana, 1996	19.5	20.4	18.1	15.6	17.5	20.9	24.6	18.1	21.7	...

* Cuando la edad mediana era mayor de 25 años, fue recalculada basada en el grupo de 30-34 años.

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

Con objeto de completar la tríada (relación sexual, unión, nacimiento del primer hijo), se calculó la edad mediana del primer hijo entre las mujeres de 25-34 años por características socioeconómicas (véase el cuadro IV.13). Las tendencias por características socioeconómicas se mantienen, al igual que en la primera relación sexual y la primera unión. Resaltan Guatemala y Nicaragua, donde la edad mediana es alrededor de 20 años. Incluso en mujeres sin escolaridad es de alrededor de 18 años cumplidos en la mayoría de los países. En cambio, en Brasil y Colombia, en mujeres con escolaridad media y más, este indicador se sitúa ligeramente por debajo de los 30 años.

Es significativo mencionar que las diferencias entre la edad mediana de la primera unión y el primer hijo en ningún caso son menores a 2 años. Aun en Bolivia, Colombia y Perú ni siquiera alcanzan un año. No se aprecia una tendencia clara por las distintas características socioeconómicas; las diferencias son en todos los casos bastante pequeñas, incluso entre las que tienen mayor nivel de escolaridad, con excepción de Brasil. Así se confirma la estrecha vinculación que hay en la región entre la sexualidad, la unión y la reproducción en las mujeres. La valoración que se da a la maternidad dentro de la unión parece ser un rasgo importante entre las mujeres latinoamericanas, principalmente en los grupos sociales que mantienen prácticas tradicionales en lo referente a su comportamiento sexual y reproductivo.

Cuadro IV.13

Edad mediana al primer alumbramiento de las mujeres de 25-34 años*, por características socioeconómicas: Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Nivel de pobreza		Indígenas
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Media y más	Más pobres	Menos pobres	
Bolivia, 1998	21.2	21.7	20.2	20.3	19.9	21.2	25.7	20.2	22.8	20.7
Brasil, 1996	22.2	22.5	20.8	18.8	20.2	22.8	28.8	20.9	23.9	
Colombia, 1995	22.3	22.9	20.7	18.6	20.0	22.8	29.5	20.8	24.5	
Guatemala, 1995	20.0	21.2	19.3	18.7	19.7	22.4	26.1	19.0	21.4	18.6
Haití, 1995	22.0	23.1	21.2	20.6	21.4	25.2	27.8	20.8	23.7	
Nicaragua, 1998	19.8	20.3	18.8	17.7	18.4	21.0	24.5	18.8	21.1	
Perú, 1996	21.7	22.6	19.9	18.8	19.6	21.4	27.0	20.4	24.3	
República Dominicana, 1996	21.3	22.2	19.9	18.1	19.1	22.7	26.6	19.9	23.8	

* Cuando la edad mediana era mayor de 25 años, fue recalculada basándose en el grupo de 30-34 años.

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

Pese a lo dicho anteriormente sobre la estrecha relación entre sexualidad, unión y reproducción, es importante calificar los resultados, en dos sentidos. Primero, hay mujeres con un comportamiento distinto, que se podría llamar “moderno”, mujeres con alto nivel de escolaridad que residen principalmente en países con una transición demográfica media o avanzada, quienes al parecer separan su vida sexual de su vida conyugal, y la vida conyugal de la reproducción. Segundo, la estrecha vinculación entre la unión y la fecundidad no es exclusiva de las mujeres adolescentes, pues existe en todos los grupos etarios. Específicamente, no es correcto pensar que la unión de mujeres adolescentes, con mayor frecuencia que en otros grupos etarios, sea el producto de un embarazo. Más bien, en la mayoría de los países de la región el porcentaje de uniones de mujeres cuyo primer hijo nació antes o durante los primeros 8 meses de la unión es más bajo entre las mujeres unidas durante la adolescencia que entre las unidas posteriormente, mientras que en mujeres unidas con menos de 18 años sucede con mayor frecuencia que el primer hijo sólo nazca dos o más años después de la fecha de la primera unión (véase el cuadro IV.14). Esto demuestra que un porcentaje significativo de uniones de mujeres adolescentes no es atribuible a la presión de un hijo ya nacido o de un embarazo en curso.

Cuadro IV.14

Porcentaje de mujeres de 15-34 años, unidas hace por lo menos 2 años, cuyo primer hijo nacido vivo llegó menos de 9 meses o más de 2 años después de la primera unión:

Países seleccionados de América Latina y el Caribe

Edad a 1ª unión	Porcentaje cuyo primer hijo nacido vivo llegó menos de 9 meses después de la 1ª unión							
	Bolivia, 1998	Brasil, 1996	Colombia, 1995	Guatemala, 1995	Haití, 1995	Nicaragua, 1998	Perú, 1996	República Dominicana, 1996
< 18	27.4	26.3	21.8	14.0	27.9	14.4	23.6	12.2
18-19	43.9	32.5	30.8	23.3	33.3	19.7	38.7	15.5
20-24	47.7	34.5	35.8	25.9	33.8	21.0	44.1	17.3
> 25	50.2	32.8	33.3	26.1	28.7	24.0	44.2	16.2
	Porcentaje cuyo primer hijo nacido vivo llegó más de 2 años después de la 1ª unión							
	Bolivia, 1998	Brasil, 1996	Colombia, 1995	Guatemala, 1995	Haití, 1995	Nicaragua, 1998	Perú, 1996	República Dominicana, 1996
< 18	24.7	31.0	28.1	24.1	28.0	34.9	27.3	38.4
18-19	11.6	28.2	20.1	15.9	21.6	25.0	16.3	28.5
20-24	14.8	32.4	19.0	17.6	22.6	26.3	17.0	27.8
> 25	19.9	40.5	29.7	14.9	25.0	36.9	17.6	33.5

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

Basándose en la información presentada en el cuadro IV.15, se obtuvo un promedio no ponderado respecto del porcentaje de mujeres que tuvieron su primera unión antes de los 15, 18 y 20 años. Se descubrió que 7% de las mujeres entre 20-49 años declararon haber tenido su primera unión antes de los 15 años, 31.5% antes de los 18 y 49% antes de los 20; es decir, la mitad de las mujeres de 20-49 años tuvieron su primera unión en la adolescencia. Aquellos países donde se reportó una mayor proporción de mujeres que tuvieron su unión antes de los 20 años son los mismos donde también se constató una mayor proporción cuya primera relación sexual ocurrió antes de esta edad y donde las tasas de fecundidad adolescente son las más altas. Así, se confirma nuevamente que la fecundidad adolescente y el inicio de la actividad sexual en la República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras y principalmente Nicaragua, se hallan muy relacionados con el estado conyugal. En estos países, la proporción de mujeres unidas antes de los 15 y 18 años es muy alta.

Al igual que en el caso de la primera relación sexual, también se calcularon los porcentajes de mujeres entre 25-34 años cuya primera unión fue antes de los 15, 18 y 20 años, por características socioeconómicas (Anexo II: cuadros A.9, A.10, A.11). Como era de esperarse, las tendencias no cambian. Hay un porcentaje importante cuya primera unión ocurrió antes de los 15 años, principalmente en niñas sin escolaridad. En Nicaragua, 3 de cada 10 mujeres sin escolaridad tuvieron su primera unión antes de los 15. Por otro lado, en la mayoría de los países prácticamente no hay mujeres con nivel de escolaridad medio o mayor que hayan tenido su primera unión antes de los 15. Los porcentajes alcanzan cifras altas en ciertos grupos sociales, lo que de nuevo confirma la práctica de la unión a muy temprana edad en sociedades tradicionales, donde las niñas pasan a ser esposas y madres sin haber atravesado una etapa de transición, etapa

que en ciertas sociedades incluso no existe conceptualmente (en el Anexo II: cuadros A.12, A.13 y A.14 se presenta el porcentaje que tuvo su primer hijo antes de los 15, 18 y 20 años).

Cuadro IV.15
Porcentaje de mujeres de 20-49 años que tuvieron su primera unión antes de los 15, 18 y 20 años: América Latina y el Caribe.

País, fecha	Porcentaje que tuvo su primera unión antes de los		
	15 años	18 años	20 años
Bolivia, 1998	4.6	23.3	41.8
Brasil, 1996	4.1	22.8	40.1
Colombia, 1995	5.6	24.0	40.4
Costa Rica, 1993	4.8	34.8	..
Ecuador, 1994	5.6	26.5	44.1
El Salvador, 1998	7.3	34.5	52.8
Guatemala, 1995	10.7	39.7	58.9
Haití, 1995	5.1	30.2	43.5
Honduras, 1996	8.4	39.5	58.6
Nicaragua, 1998	15.6	47.7	65.8
Paraguay, 1996	2.0	21.0	41.1
Perú, 1996	5.0	23.9	41.1
República Dominicana, 1996	13.0	39.1	55.3
Trinidad y Tabago, 1987	6.6	32.9	53.9
Venezuela, 1998	6.2	27.6	44.9

Fuente: Informe nacional de las encuestas

Los resultados de los varones son muy distintos (véase el cuadro IV.16). La edad mediana de la primera unión (24 años promedio) en todos los casos supera a la de las mujeres (20 años promedio). Al igual que ellas, a menor escolaridad y en áreas rurales, las edades descienden. Sin embargo, en el caso de los varones las diferencias por dichas características son menores que en el caso de las mujeres, donde se hacen más evidentes los distintos comportamientos en la nupcialidad de acuerdo con el contexto en el que viven. En la mayoría de los casos, dentro del nivel escolaridad más alto se percibe una homogamia conyugal en relación con la edad.

Cuadro IV.16

Edad mediana de la primera unión de los varones de 25-34 años*, por características socioeconómicas: Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad			
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Media y más
Bolivia, 1998	23.5	24.2	22.2	19.2	21.6	22.6	27.3
Brasil, 1996	24.0	24.2	23.4	21.7	22.9	24.4	26.7
Haití, 1995	26.5	27.1	26.0	26.2	25.9	26.0	29.4
Nicaragua, 1998	21.7	21.9	21.2	21.7	21.5	21.4	23.7
Perú, 1996	24.6	25.0	22.6	21.9	22.0	23.8	27.3
República Dominicana, 1996	24.2	24.2	24.3	22.7	23.5	23.8	25.6

* Cuando la edad mediana era mayor de 25 años, fue recalculada basándose en el grupo de 30-34 años

Fuente: Cálculos propios basados a las Encuestas DHS III

El porcentaje de varones de 25-34 años que tuvieron su primera unión en la adolescencia varía de país a país (Anexo II: cuadros A.15, A.16, A.17), pero a excepción de Nicaragua dicho valor no es mayor al 20%. Destaca el caso de Nicaragua, donde tanto hombres como mujeres inician su actividad sexual y unión a edades muy tempranas, además de que su fecundidad en estas edades es bastante alta en comparación con el resto de los países.

Las expectativas y el proyecto de vida de hombres y mujeres son claramente distintos, por lo menos en los países aquí analizados. De acuerdo con Szasz (1998), resultados de diversos estudios muestran que entre el primer coito y la primera unión conyugal de los hombres transcurre un lapso promedio de 7 años. Una comparación entre el cuadro IV.16 y el cuadro IV.6 arroja que el intervalo varía entre 6 años en Bolivia y casi 9 años en República Dominicana. En cambio, en las mujeres existe una estrecha asociación entre el inicio de la vida sexual y la vida conyugal, lo cual significa que la sexualidad de las mujeres se regula por patrones culturales que rechazan las relaciones sexuales fuera del contrato matrimonial. Una comparación entre el cuadro IV.11 y el cuadro IV.3 revela que en ninguno de los países investigados el intervalo entre la mediana de la primera relación sexual y la primera unión de las mujeres pasa de 2 años.

c) ¿Con quién se casan las adolescentes?

Si la mayoría de los varones de 15-19 años no están casados, entonces ¿cuál es la edad de los cónyuges de las adolescentes? La respuesta a esta pregunta se obtuvo mediante la distribución porcentual de las adolescentes unidas según la edad de su pareja y el promedio de esta edad (véase el cuadro IV.17). Se encontró que la mayoría de los varones unidos con adolescentes tienen entre 20-24 años, aunque también hay un porcentaje importante que es mayor de 25 años. La edad promedio se sitúa alrededor de los 24 años. En Colombia y la República Dominicana se ubica la mayor edad de los varones y en Guatemala la menor. En general, es ligeramente mayor la edad del marido o compañero en las áreas rurales que en las

urbanas. Usando datos del censo de 1991, Berquó (1998) registró una distribución muy parecida en el caso de mujeres adolescentes de Brasil. Por otro lado, descubrió que los hombres adolescentes unidos tienen mayoritariamente (57.7%) parejas del mismo grupo etario de 15-19, aunque hay un porcentaje significativo con parejas de 20-24 (26.7%) o de más de 25 años (10.7%).

Es evidente que no sólo las mujeres adolescentes se casan o unen con hombres de mayor edad, ya que ésta sigue siendo una tendencia cultural común en todas las edades. Sin embargo, las diferencias se amplían cuando las mujeres se unen muy temprano. Por ejemplo, si la mujer se une antes de los 20 años, la diferencia entre las edades de la pareja varía de 4.14 años en Guatemala y 4.37 años en Bolivia a 7.04 años en República Dominicana y 9.85 años en Haití. En las que se unen por primera vez entre los 20-24 años, la diferencia varía de 2.55 años en Guatemala y 2.57 años en Bolivia a 4.81 años en Haití y 4.86 años en la República Dominicana⁴. En el caso de mujeres que se unen por primera vez a los 25-29 años la diferencia es menor todavía. Las diferencias son particularmente grandes en las uniones consensuales. En Haití, por ejemplo, la diferencia promedio de 9.85 años entre la edad de las mujeres adolescentes y sus cónyuges se alarga a 11.06 años en el caso de uniones consensuales. En los demás países, este efecto es menos marcado, pero casi siempre las uniones consensuales de mujeres adolescentes se caracterizan por una mayor diferencia entre las edades de los cónyuges que las uniones formales.

Cuadro IV.17

Distribución porcentual de adolescentes unidas (15-19 años), según edad de su pareja y edad promedio de ésta: Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, fecha	Distribución porcentual					Edad promedio
	15-19	20-24	25-29	30 y +	Total	
Bolivia, 1998	20.0	51.8	20.2	8.0	100.0	23.4
Brasil, 1996	12.2	52.3	22.4	13.2	100.0	24.2
Colombia, 1995	11.9	44.7	23.7	19.7	100.0	25.0
Guatemala, 1995	21.1	56.0	16.5	6.4	100.0	22.6
Nicaragua, 1998	25.3	45.9	16.4	12.3	100.0	23.3
Perú, 1996	12.5	55.3	24.7	7.5	100.0	23.4
República Dominicana, 1996	7.7	49.6	22.1	20.6	100.0	25.3

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

Más que un reflejo de la preferencia de los hombres por mujeres muy jóvenes, la gran diferencia de edades de las mujeres adolescentes con sus parejas podría ser síntoma de una situación de conveniencia mutua, ya que el hombre mayor, para una adolescente pobre, representaría una opción por una relativa seguridad económica. Por otro lado, la diferencia de edad entre los cónyuges también puede acarrear un mayor grado de desigualdad en la relación de

⁴ Se trata de la diferencia entre las edades de los cónyuges en uniones de mujeres que se unieron por primera vez en los últimos 5 años. Esta medida puede ser afectada hasta cierto punto por la disolución diferencial de uniones.

pareja. La homogamia en la edad entre hombres y mujeres favorecería el establecimiento de una mayor comunicación en la pareja, el tener experiencias parecidas y el compartir espacios dentro de la unión. Con todo, los datos de la DHS sugieren que las uniones de mujeres adolescentes con hombres mayores son más estables que las realizadas con hombres cuyas edades son más próximas a las suyas. En Colombia, Guatemala, Nicaragua, Perú y la República Dominicana, la diferencia promedio de edad entre las parejas de mujeres que se unieron por primera vez antes de los 20 años y que permanecen unidas, aumenta con la duración de la unión. Es posible que esto obedezca a una tendencia de reducción de las diferencias de edades a lo largo del tiempo, y tampoco se puede destacar la influencia de eventuales uniones anteriores del compañero, pero la explicación más probable es que las uniones donde haya mayor diferencia de edad sean más duraderas. Como las encuestas DHS no contienen la información necesaria para excluir algunas posibilidades alternativas, se trata sólo de una hipótesis que debería comprobarse de forma más rigurosa.

Cuadro V.18
Porcentaje de las adolescentes (15-19 años) unidas y cambio porcentual anual:
América Latina y el Caribe

País	Período	Porcentaje de adolescentes 15-19 años unidas	
		Inicio de período	Fin de período
Bolivia	1989-1998	12.4	10.5
Brasil	1986-1998	13.2	13.8
Colombia	1986-1995	12.3	13.5
Ecuador	1987-1994	17.4	17.3
El Salvador	1985-1993	23.9	21.6
Guatemala	1987-1999	23.6	23.7
Jamaica	1993-1997	34.7	30.9
México	1987-1997	18.4	14.8
Nicaragua	1992-1998	27.8	25.6
Paraguay	1990-1998	14.2	14.7
Perú	1986-1996	11.7	11.9
Rep. Dominicana	1986-1996	16.7	22.4

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

d) ¿Está aumentando o disminuyendo la propensión de las adolescentes a unirse?

En el cuadro V.18, que se basa en la comparación de encuestas realizadas en diferentes períodos, se aprecia que la proporción de adolescentes unidas en varios países se ha mantenido relativamente estable. Sólo en la República Dominicana se observa un aumento sustancial de la proporción de adolescentes unidas, con incrementos menores en Brasil, Colombia, Guatemala, Paraguay y Perú. En el caso contrario se cuentan México y Jamaica, con un descenso del

porcentaje de adolescentes en unión. En apariencia, en las adolescentes de la región no ha habido cambios drásticos en la propensión a unirse, lo que indica que las afirmaciones con relación al aumento de uniones entre adolescentes no son del todo ciertas.

e) ¿Está aumentando o disminuyendo la edad de la primera unión?

Reviste importancia analizar las variaciones de la edad de la primera unión así como la de la primera relación sexual, ya que ambas determinan el comportamiento durante el tiempo de exposición al riesgo de embarazos premaritales, como se verá más adelante. Según Blanc (1998), que investigó la evolución de las edades de la primera relación sexual y de la primera unión a lo largo del tiempo en muchos países en desarrollo, el patrón predominante arroja un aumento de ambas. Sin embargo, la edad de la primera unión típicamente se ha elevado más que la edad de la primera relación sexual, por lo que en general se nota un cierto distanciamiento entre ambas. Con miras a estudiar esta cuestión en el caso de América Latina y el Caribe, se procedió con el mismo cálculo hecho para investigar el aumento o disminución de la edad de la primera relación sexual, es decir, se obtuvo la edad mediana de la primera unión para un conjunto de cohortes definidas por el año de nacimiento de la mujer en países con DHS (Gráfico A.1, Anexo III).

A partir del examen de los ocho países, es válido afirmar que en América Latina y el Caribe la edad de la primera unión casi no se ha modificado; por lo general, se mantiene estable o se ha incrementado ligeramente, como en Bolivia, Brasil, Perú y la República Dominicana. En apariencia, en los últimos años empezó a disminuir ligeramente en Colombia y Nicaragua. En el caso de los varones sucede algo parecido que con las mujeres: la edad de la primera unión no presenta cambios considerables (véase el Anexo III: gráfico A.1). Sobresale el caso de Nicaragua, donde se registra un descenso, al igual que en las mujeres; en cambio, Bolivia muestra un leve aumento.

3. El comportamiento sexual premarital

a) ¿Cuáles son las proporciones de los y las adolescentes soltero(a)s con experiencia sexual y sexualmente activos?

Aunque en gran parte de los países de la región, la actividad sexual de las adolescentes se relaciona fuertemente con la unión, existe un grupo de éstas que han tenido encuentros sexuales premaritales. En algunas culturas, las relaciones sexuales premaritales son toleradas y en ocasiones estimuladas como parte del proceso hacia el matrimonio (Singh, 1998). Rosero-Bixby (1997), por ejemplo, constata que en Costa Rica un importante precedente a la unión es la actividad sexual premarital.

Según lo analizado hasta ahora, en algunos países la edad de la primera unión se ha mantenido estable o ha aumentado ligeramente. Por otro lado, ha descendido la edad de inicio de la menstruación, lo que significa que se ha alargado el tiempo comprendido entre estos dos fenómenos. Esto se traduce en una mayor exposición al riesgo de relaciones sexuales premaritales, lo que, aunado a un proceso de modernización y de globalización que están viviendo los y las adolescentes de América Latina y el Caribe, (traducido en una actitud cambiante respecto de su sexualidad), ha “alarmado” a distintos grupos y formuladores de

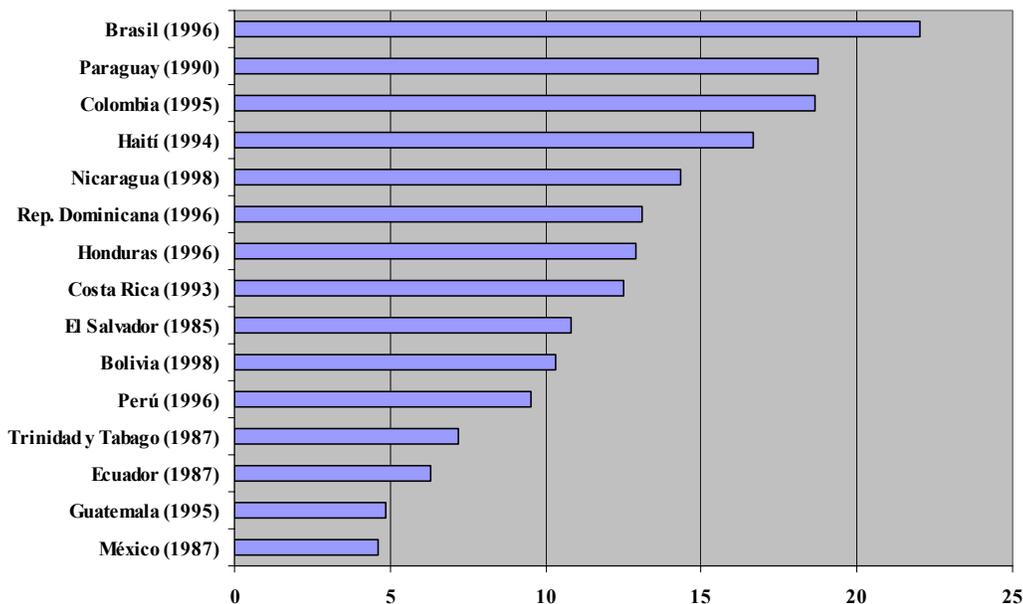
políticas, por la incertidumbre que genera la actitud de los jóvenes. Por eso, recientemente se ha intensificado el interés sobre este tema. Pero, ¿es manifiesto que una alta proporción de adolescentes tienen actividad sexual premarital y que esta magnitud es creciente? En el análisis de este apartado se utilizarán algunos indicadores obtenidos principalmente a partir de la información proporcionada por las DHS, aunque es preciso señalar que existe un sesgo de estas encuestas respecto de la actividad sexual premarital, pues tienden a subestimar este dato (Rosero-Bixby, 1992).

Calculando un promedio no ponderado para la región, se observó que aproximadamente el 13% de adolescentes no unidas tienen experiencia sexual y 4% son sexualmente activas (tuvieron una relación sexual en las 4 semanas anteriores a la entrevista). Entre aquellas adolescentes con alguna experiencia sexual, un sector que varía de 35% en Brasil, 50% en Colombia y 55% en Perú hasta casi 75% en Nicaragua, no tiene un compañero regular en el momento, ni tuvo relaciones en las últimas 4 semanas.

En el otro extremo, hay una proporción de mujeres adolescentes (sólo 10% en Nicaragua, pero 25%-35% en Colombia, Guatemala, República Dominicana y Perú, y 40% en Brasil) que mantienen relaciones regulares con un único compañero sexual. Estas relaciones muestran algunas de las características de las uniones consensuales, pero tienden a ser más comunes en los niveles sociales medios y altos. Así, las mujeres brasileñas de 15-19 años que se encuentran en esta situación tienen un promedio de 7.2 años de escolaridad, frente a 5.0 de las mujeres unidas y 6.8 de las mujeres solteras no sexualmente activas. Es probable que en muchos casos se trate de relaciones premaritales estables que en el futuro llevarán al matrimonio. La DHS no contiene información que permita confirmar esta hipótesis directamente, pero el hecho de que un porcentaje relativamente alto de mujeres en esta situación desee un hijo en los próximos dos años sugiere que éste sea el caso. Finalmente, dependiendo del país, hay entre 15%-40% de las adolescentes solteras con experiencia sexual que tienen relaciones con parejas ocasionales. En el promedio de los países donde existe información (Brasil, Colombia, Guatemala, Nicaragua, Perú y República Dominicana), este último grupo constituye solamente 1.3% del total de las mujeres de 15-19 años. Sin embargo, mientras que en Guatemala y Nicaragua no rebasa el 0.25%, en Brasil llega a poco más del 3.5% del total de mujeres de 15-19 años. Por lo menos en el caso de Brasil, se trata también de mujeres con un nivel de escolaridad relativamente alto, de 7.1 años en promedio.

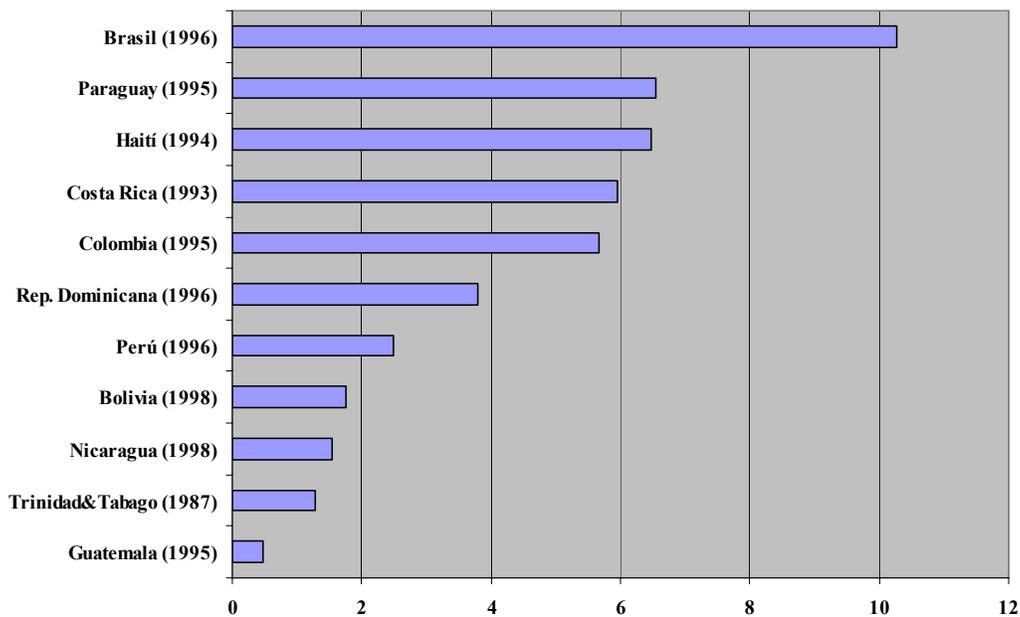
En el desglose por países (gráficos IV.2 y IV.3), se advierte que en México y Guatemala menos del 5% de adolescentes no unidas han tenido experiencia sexual; en Ecuador, Perú y Trinidad y Tabago, entre 5% y 10%; en Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana entre el 10% y el 15%; y en Brasil, Colombia, Haití y Paraguay más del 15%. Respecto de la actividad sexual reciente, de 11 países de la región sólo Brasil presenta un porcentaje mayor al 10% de adolescentes no unidas sexualmente activas; en seis de estos países (Bolivia, Guatemala, Nicaragua, Perú, República Dominicana y Trinidad y Tabago), el porcentaje no alcanza el 5%. Los países donde se observa una mayor proporción de adolescentes no unidas con experiencia sexual son aquellos donde la sexualidad de las adolescentes no está tan fuertemente relacionada con la unión, como Colombia y Brasil.

Gráfico IV.2
Porcentaje de adolescentes de 15-19 años no unidas que tiene experiencia sexual.
América Latina y El Caribe, 1987-1998



Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

Gráfico IV.3
Porcentaje de adolescentes no unidas de 15-19 años que son sexualmente activas.
América Latina y El Caribe, 1987-1998



Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

En el cuadro IV.19 se presenta el porcentaje de solteras entre las mujeres sexualmente activas de un conjunto de países. Este indicador, denominado por Samara (1997) la "brecha sexo-unión", toma un valor de cero si todas las sexualmente activas están unidas y un valor mayor de cero indica el distanciamiento de un patrón de sexualidad ligado a la nupcialidad. En aquellos países donde la actividad sexual está ligada a la unión (Guatemala, Nicaragua y República Dominicana), este porcentaje es bastante bajo. En cambio, Colombia y Brasil reflejan otro tipo de comportamiento sexual y marital de las adolescentes, con una mayor separación entre la sexualidad y la nupcialidad. La proporción de solteras entre las sexualmente activas es mayor en las mujeres de mayor educación y en las áreas urbanas. En los grupos de mujeres de baja escolaridad, áreas rurales y principalmente grupos indígenas, la actividad sexual fuera de las uniones es bastante limitada.⁵

Cuadro IV.19

Porcentaje de mujeres adolescentes sexualmente activas que son solteras, según características seleccionadas: Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Nivel de pobreza	
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y más	Más pobre	Menos pobre
Bolivia, 1998	15.3	19.7	9.1	...	6.3	20.4	100.0	11.3	23.4
Brasil, 1996	36.6	42.0	14.4	6.3	22.0	43.4	100.0	26.1	56.9
Colombia, 1995	24.9	28.7	16.4	...	17.1	32.4	28.6	16.9	41.7
Guatemala, 1995	1.1	1.5	0.9	...	1.7	2.3	...	1.2	0.7
Haití, 1995	38.3	50.0	23.8	11.1	36.8	61.5	...	23.1	49.5
Nicaragua, 1998	1.3	1.9	0.6	1.9	1.0	1.4	...	1.2	1.8
Perú, 1996	18.9	27.3	8.5	4.3	7.8	25.9	67.9	13.3	37.7
República Dominicana, 1996	6.8	11.4	1.6	...	4.0	16.2	...	3.0	17.8

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

En los varones, la actividad sexual es una necesidad permanente de reafirmar su identidad, porque se considera al sexo como un elemento que define su virilidad. En este indicador se enfatiza la distinta situación en la que viven su sexualidad hombres y mujeres. En el cuadro IV.20 se observa que en la mayoría de los países más del 80% de varones adolescentes sexualmente activos son solteros. El porcentaje menor se reporta en Nicaragua, que se caracteriza por tener las uniones más tempranas de la región.

⁵ En el considerado grupo indígena en Bolivia y Perú, el porcentaje de sexualmente activas que son solteras es alrededor del 8%, mientras que en Guatemala no se encontró un solo caso.

Cuadro IV.20

Porcentaje de hombres adolescentes sexualmente activos que son solteros, por algunas características: Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad			
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y más
Bolivia, 1998	78.1	78.6	76.9	...	61.5	80.6	100.0
Brasil, 1996	85.5	87.5	76.0	50.0	82.1	85.9	100.0
Haití, 1995	90.7	80.6	97.7	83.3	100.0	76.0	...
Nicaragua, 1998	70.0	75.0	59.3	58.8	62.9	79.7	80.0
Perú, 1996	86.5	86.4	90.0	...	81.8	85.0	100.0
Rep. Dominicana, 1996	78.3	86.1	71.9	83.3	79.5	75.0	100.0

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

Entre los adolescentes solteros con experiencia sexual, un porcentaje que varía entre 25% en Bolivia y cerca de 50% en República Dominicana se halla sin compañera sexual estable, ni tuvo relaciones durante el último mes, proporción menor que en el caso de las mujeres. Sólo entre 10% en Bolivia y poco menos de 25% en República Dominicana tienen una pareja estable, lo que también se ubica por debajo del porcentaje de las mujeres. Un porcentaje alto de adolescentes solteros con experiencia sexual, que varía de 25% en la República Dominicana a 65% en Bolivia, declaran tener relaciones con parejas ocasionales. Como porcentaje de la población masculina total de 15-19 años, se trata de 10% en la República Dominicana y hasta 22%-23% en Bolivia y Nicaragua, mucho más que en el caso de las mujeres. Como señalan Singh *et al.* (2000), poco se sabe sobre quiénes son las parejas ocasionales de estos hombres adolescentes, pero parece probable que en muchos casos se trate de trabajadoras del sexo comercial, lo que no deja de ser preocupante. De la misma forma como se observó en el caso de las mujeres, los hombres adolescentes sexualmente activos (con compañera estable y los que tienen parejas ocasionales), tienden a caracterizarse por un nivel educativo un poco por arriba del promedio del grupo etario, mientras que el nivel educativo de aquellos sin experiencia sexual se sitúa por debajo de este promedio.

b) ¿Cuántas adolescentes han tenido relaciones sexuales premaritales?

Esta pregunta parece semejante a la anterior, pero mide algo distinto. La pregunta anterior se refería a adolescentes no unidas; en esta última se incluyen las adolescentes actualmente unidas. Calculando un promedio no ponderado, se observa que el 18% de las adolescentes en la región han tenido relaciones sexuales premaritales (véase el cuadro IV.21). En Brasil, Haití y República Dominicana el porcentaje es mayor en áreas urbanas que rurales; en cambio, en Bolivia y Perú sucede lo contrario. En el resto, la situación es similar en ambas áreas. Por nivel de escolaridad, la situación no es claramente homogénea, aunque destaca que en Bolivia, Guatemala, Nicaragua, Perú y República Dominicana la tendencia es que a mayor nivel de escolaridad una menor proporción de adolescentes han tenido relaciones premaritales.

Cuadro IV.21

Porcentaje de las adolescentes (15-19 años) que han tenido relaciones sexuales premaritales:
Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad			
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Media y más
Bolivia, 1998	12.9	11.9	15.7	26.7	23.0	9.7	9.2
Brasil, 1996	23.5	24.6	19.2	26.5	25.2	22.8	41.7
Guatemala, 1995	6.1	5.5	6.6	7.8	7.2	3.8	0.0
Haití, 1995	20.0	24.1	16.4	17.9	19.2	22.6	0.1
Nicaragua, 1998	5.8	5.9	5.7	12.0	7.5	3.5	4.9
Perú, 1996	12.6	10.9	17.7	29.2	21.3	10.6	7.7
República Dominicana, 1996	8.8	9.5	7.4	16.0	9.8	7.0	8.9

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

Estos resultados confirman el patrón cultural tradicional establecido en la región en torno al comportamiento sexual, principalmente de las mujeres. Los indicadores presentados evidencian que la actividad sexual de las adolescentes fuera del matrimonio es mucho más limitada de lo que se ha llegado a pensar, principalmente en los países centroamericanos, donde el contexto cultural en torno al estado conyugal es muy distinto al del resto de los países.

c) ¿El porcentaje de adolescentes que han tenido relaciones sexuales premaritales ha aumentado o disminuido?

El análisis de la edad mediana de la primera unión y la primera relación sexual sugiere que la mayoría de los países no han sufrido cambios importantes en cuanto a la proporción de mujeres que han tenido relaciones premaritales. Brasil y Colombia constituyen la excepción, pues se presenta en éstos una disminución de la edad de la primera relación sexual y un aumento de la edad de la primera unión, lo cual podría significar un incremento del porcentaje de adolescentes que han tenido relaciones sexuales premaritales. En el resto de los países, en apariencia, no hay cambios significativos o incluso se registra un descenso en este porcentaje. Comparando esta proporción de las adolescentes entre la DHS I y la DHS III (véase el cuadro IV.22) se descubre que, a excepción de Brasil y Colombia, donde se corrobora el ascenso de las relaciones sexuales premaritales, en el resto de los países no se presentan cambios significativos. Tal vez en fechas recientes la proporción haya crecido ligeramente en República Dominicana. Sin embargo, las diferencias pequeñas quizás sean incluso producto del diseño y el tamaño de las muestras.

Cuadro IV.22

Porcentaje de adolescentes mujeres que han tenido relaciones sexuales premaritales y cambio porcentual anual: Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País	Año	Han tenido relaciones sexuales premaritales
Bolivia	1989	16.5
	1998	12.9
Brasil	1986	9.7
	1996	23.5
Colombia	1986	10.3
	1995	18.5
República Dominicana	1986	5.5
	1996	8.8
Guatemala	1987	7.1
	1995	6.1
Perú	1986	10.5
	1996	12.6

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS

d) Preservación de la virginidad como valor sociocultural

Como ya se destacó anteriormente, la sociedad valora el rechazo de las mujeres a tener relaciones sexuales antes de la unión, mientras que en el caso de los varones sucede lo contrario. Así, en esta situación desigual las adolescentes se ven obligadas a oponerse a la presión por parte de sus compañeros varones a tener relaciones sexuales o enfrentar las consecuencias sociales de perder la virginidad (Villarreal, 1998). El modelo normativo de las mujeres es la falta de actividad sexual antes del matrimonio, característica cultural que muestra patrones muy complejos respecto de las relaciones de género. Además, el peligro de contraer VIH-SIDA en la actualidad puede haber incrementado el valor de la virginidad de las mujeres en la región.

En la mayor parte de los estudios cualitativos revisados se encontró que entre las adolescentes el discurso dominante sostiene la conservación de la virginidad. De acuerdo con una investigación realizada por Cáceres (1999) con jóvenes de Lima, entre las justificaciones a la conservación de la virginidad se cuenta el temor a la pérdida de reputación, o al rechazo por parte de la pareja una vez consumado el acto sexual. Este mismo autor constató que entre los varones la virginidad se ve como valiosa y deseada en las mujeres, pero también comprobó que los jóvenes consideran que la pérdida de la virginidad de las chicas no sería “mala” dentro del espacio del “amor”. La mayoría de las mujeres entrevistadas en un estudio cualitativo presentado por Szasz (1997), en un contexto rural del centro de México, manifestaron de alguna forma una valoración negativa de su primera relación sexual. “Expresaron sentimientos de pérdida de valor personal, de entrega de algo valioso. Este sentimiento de pérdida únicamente se vio compensado en los casos en que la mujer recibió algo a cambio del valor entregado o perdido: una unión conyugal posterior” (Szasz, 1997).

Sin embargo, estudios cualitativos, principalmente aquellos basados en grupos focales, registran que buena parte de las adolescentes no unidas ya han tenido relaciones. Cuando se les pregunta a las adolescentes respecto de si saben o al menos creen saber si sus amigas o compañeras escolares han tenido relaciones, típicamente se encuentran mayores porcentajes que los mostrados en el cuadro IV.22. Por ende, es preciso juzgar con cautela los resultados obtenidos en las encuestas macro, ya que muchas de las jóvenes “ocultan” sus relaciones sexuales. Por otro lado, los estudios cualitativos en raras ocasiones permiten obtener estimaciones representativas. En diversas investigaciones también se ha constatado que los y las adolescentes declaran haber tenido prácticas sexuales sin penetración, lo cual ocurre en mayor medida entre adolescentes escolarizados que viven sobre todo en áreas urbanas, como en el caso de la investigación presentada por Méndez, Necchi y Shufer (s/f) en Buenos Aires, donde el 55% de jóvenes señaló que alguna vez habían tenido “juegos sexuales” sin penetración. Esta conducta lleva implícita la valoración de la virginidad y el cuidado que pueden tener los jóvenes al contagio de ITS/SIDA.

Aun cuando persisten valores culturales diferenciados entre hombres y mujeres, hay una tendencia a la mayor tolerancia en relación con la actividad sexual premarital, incluso en las mujeres. La Encuesta sobre la Niñez y la Adolescencia en Colombia de 1996 (DANE, 1997) fue aplicada en las principales áreas urbanas del país. En la pregunta acerca de la aceptabilidad de relaciones sexuales premaritales, los padres se mostraban más tolerantes respecto de sus hijos varones (46.6% de aceptación) que de sus hijas (33.3% de aceptación), pero la diferencia era relativamente pequeña. En Cali, 70.6% de los padres declararon aceptar la actividad sexual premarital de sus hijos varones, contra 42.7% en el caso de las hijas. Por otro lado, en la conservadora ciudad de Barranquilla, sólo 10.1% de los padres declararon aceptar las relaciones premaritales de sus hijas, pero 46.6% toleraba este comportamiento por parte de sus hijos varones. Tanto en Cali como en Barranquilla la aceptación de la actividad sexual de los hijos varones fue mayor que en el caso de las hijas mujeres, si bien la aceptación del sexo premarital de hijas en Cali fue casi igual a la aceptación de éste en los hijos varones en Barranquilla.

El cuadro IV.23, que se basa en encuestas recientes con los propios adolescentes de ambos sexos, apoyadas por el UNFPA y la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), muestra resultados semejantes. En todos los casos, la tolerancia con relación a la actividad sexual premarital de los hombres es mayor que en el caso de las mujeres, pero hay fuertes diferencias entre países. En Colombia, por ejemplo, se tolera mucho más la actividad sexual premarital, tanto de hombres como de mujeres, que en los demás países.⁶ Las mujeres tienden a ser un poco menos tolerantes con respecto a las relaciones premaritales, tanto de hombres como de mujeres, pero las diferencias son pequeñas y el patrón no es consistente. Es de notar que en todos los países, excepto Ecuador, las mujeres con experiencia sexual aceptan más fácilmente la actividad sexual premarital femenina que los hombres en igual condición. De una forma general, hay grandes diferencias según la experiencia sexual del respondiente. En Ecuador, por ejemplo, donde las relaciones premaritales de las mujeres todavía no son toleradas fácilmente, el porcentaje de aceptación es de sólo 15.5% en mujeres sin experiencia sexual, pero alcanza el 46.9% entre los hombres con experiencia. Aun así, resalta que 61.4% de las mujeres con

⁶ Sin embargo, hay que interpretar estas cifras con cierto cuidado, pues no se trata de muestras representativas. En Colombia, Ojeda y Ordóñez (1994) encontraron porcentajes mucho más altos de adolescentes entre 12-17 años que opinaron que la mujer debe llegar virgen al matrimonio: 64.2% de los hombres y 72.0% de las mujeres.

experiencia sexual premarital en Ecuador, 40.7% en Venezuela y 35.4% en Bolivia no aprueban la pérdida de la virginidad de la mujer antes del matrimonio. La misma ambivalencia también puede ilustrarse con la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil de Paraguay (1998), en donde 46.5% de las mujeres de 15-24 años que habían tenido relaciones premaritales declararon, sin embargo, que es preferible que la mujer llegue virgen al matrimonio.

Cuadro IV.23

Porcentajes de adolescentes solteros con y sin experiencia sexual que declaran que el hombre o la mujer deben llegar vírgenes al matrimonio: cinco países andinos

	Hombre debe preservar virginidad				Mujer debe preservar virginidad			
	Según hombres		Según mujeres		Según hombres		Según mujeres	
	Con exp.	Sin exp.	Con exp.	Sin exp.	Con exp.	Sin exp.	Con exp.	Sin exp.
Bolivia	21.9	56.3	26.2	69.1	47.6	73.3	35.4	78.4
Colombia	7.7	21.4	7.9	17.6	19.5	25.0	9.8	20.9
Ecuador	15.3	48.9	40.9	59.6	53.1	67.4	61.4	84.5
Perú	21.7	50.4	38.8	68.7	64.7	77.5	56.7	79.4
Venezuela	13.7	33.9	12.3	33.8	51.0	73.2	40.7	77.5

Fuente: Encuestas UNFPA y OIJ.

En la Encuesta Nacional de Jóvenes (1992) en la República Dominicana, a la pregunta de si era preferible que la mujer llegara virgen al matrimonio, el 89% de las adolescentes mujeres y el 83% de los varones contestaron afirmativamente. En cambio, cuando se les preguntó a las mujeres si era preferible que el hombre tuviera experiencia sexual antes de casarse, el 68% de las adolescentes mujeres y el 79% de los varones respondieron afirmativamente. En la investigación CAP del adolescente davideño en Panamá, presentado por Gaitán y Del Cid (1998), se confirmó que el 81% de las mujeres y el 69% de los varones adolescentes escolarizados estaban de acuerdo en que una mujer se mantuviera virgen hasta que se casara.

En cuanto a la edad preferible para iniciar las relaciones sexuales, dentro o fuera del matrimonio, la encuesta del DANE (1997) enfocada a los padres de adolescentes en las ciudades principales del país determinó una mediana de 18.8 años para las mujeres, lo que coincide exactamente con la edad mediana en que las mujeres efectivamente se inician sexualmente. Sin embargo, cuando se les interrogó acerca de sus hijos varones, la mediana obtenida fue de 18.4 años, lo que supera por casi 2 años la edad mediana efectiva de la iniciación sexual de los varones. La encuesta de UNFPA/OIJ, aplicada a los adolescentes, arrojó los resultados que se muestran en el cuadro IV.24. Al igual que en el caso de los padres, los y las adolescentes opinan que la mujer debería iniciarse un poco más tarde que el hombre, pero la diferencia promedio es de sólo 0.5 años, mucho menor a la diferencia en el comportamiento efectivo de adolescentes hombres y mujeres. Por otro lado, es significativo que los adolescentes varones opinaran que la iniciación sexual, tanto en los hombres como en las mujeres, debería suceder en promedio 1.4 años más temprano que la edad ideal manifestada por las adolescentes mujeres. Como era de

esperarse, también hay una diferencia considerable (1.8 años en promedio) entre las edades ideales manifestadas por adolescentes con o sin experiencia sexual.

Cuadro IV.24
Edad promedio apropiada de la iniciación sexual para hombres y mujeres según adolescentes con y sin experiencia sexual: cinco países andinos

	Edad apropiada para hombres				Edad apropiada para mujeres			
	Según hombres		Según mujeres		Según hombres		Según mujeres	
	Con exp.	Sin exp.	Con exp.	Sin exp.	Con exp.	Sin exp.	Con exp.	Sin exp.
Bolivia	18.5	21.2	19.7	21.6	18.9	21.1	19.9	21.9
Colombia	17.1	18.1	18.6	19.6	17.8	18.7	18.7	19.9
Ecuador	17.8	20.4	19.7	20.9	18.6	20.8	19.9	21.4
Perú	17.7	20.5	20.5	22.5	18.6	20.5	20.6	22.9
Venezuela	16.0	18.5	17.9	19.1	17.8	18.9	19.1	20.5

Fuente: Encuestas UNFPA y OIJ.

Pero ¿hasta qué punto los y las adolescentes se adecuan a las expectativas sociales sobre la virginidad? Para responder esta pregunta se calculó el porcentaje de mujeres unidas en diferentes cohortes a partir de los 25-29 años, que declaran haber llegado al matrimonio sin haber tenido antes una relación sexual. Como se puede apreciar en el cuadro IV.25, en Guatemala, Nicaragua y República Dominicana el porcentaje de mujeres que llegan al matrimonio sin haber tenido una relación sexual es de alrededor del 75%; en los demás países se reporta alrededor del 50%. Analizando longitudinalmente, sólo en Brasil y Colombia se observa una clara disminución de este porcentaje. En el resto de los países se mantiene estable o incluso hay aumento. Es evidente que este comportamiento, aun en los países menos tradicionales de la región, todavía difiere bastante del comportamiento en los países desarrollados. En los Estados Unidos, por ejemplo, el porcentaje de mujeres que llegaban al matrimonio sin experiencia sexual previa sólo era del 5% en los años ochenta (Singh & Wulf, 1990), aunque esta cifra puede haber subido ligeramente en años recientes. De cualquier forma, se trata de porcentajes que se sitúan muy lejos todavía de los resultados obtenidos en los ocho países de la región.

El caso de los varones es completamente distinto, tal y como se aprecia en el cuadro IV.26. En la cohorte de 25-29 años se observa que los varones sin experiencia sexual previa suman alrededor del 10%. El porcentaje más alto se presenta en Bolivia, donde también se constata una disminución a lo largo del período analizado. En el resto no hay una tendencia clara. Es posible que en Nicaragua haya un aumento. Pero en todos los casos se observa que las diferencias de género son actualmente un factor trascendente en la sexualidad de hombres y mujeres.

Cuadro IV.25

Porcentaje de mujeres unidas de 25-49 años que declararon haber llegado al matrimonio sin experiencia sexual anterior, por grupos quinquenales:
Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, fecha	Grupos de edad				
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Bolivia, 1998	44.6	46.6	43.1	47.1	46.1
Brasil, 1996	48.8	55.1	56.0	63.9	72.7
Colombia, 1995	51.7	56.2	59.0	65.0	64.7
Guatemala, 1995	74.1	73.8	71.6	68.8	67.9
Haití, 1995	39.1	40.9	42.1	43.3	42.5
Nicaragua, 1998	77.7	74.2	72.4	71.2	68.4
Perú, 1996	46.8	42.9	42.2	42.6	48.4
República Dominicana, 1996	75.1	77.2	76.3	76.4	76.7

Fuente: Cálculos propios en base a las Encuestas DHS III

Cuadro IV.26

Porcentaje de hombres unidos de 25-59 años que declararon haber llegado al matrimonio sin experiencia sexual anterior, por grupos quinquenales:
Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, fecha	Grupos de edad						
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
Bolivia, 1998	13.8	14.3	11.9	15.9	16.4	18.9	20.4
Brasil, 1996	9.6	11.2	6.5	10.9	14.9	7.1	15.6
Haití, 1995	8.5	9.9	8.5	9.1	7.1	6.3	7.1
Nicaragua, 1998	10.8	12.8	9.9	4.3	6.6	6.3	7.1
Perú, 1996	9.8	13.8	14.2	7.0	7.4	14.5	10.8
República Dominicana, 1996	11.7	7.5	15.3	8.8	11.2	10.9	11.7

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

El mismo indicador para mujeres unidas de 25-49 años, por características socioeconómicas (cuadro IV.27), arroja que en la mayoría de los países no hay grandes diferencias. Quizás Guatemala y Brasil sean los países donde existe mayor diferencia, principalmente por nivel de escolaridad, ya que las mujeres en áreas rurales y con menor nivel de escolaridad tienden a declarar en mayor medida que llegaron al matrimonio sin haber tenido una relación sexual previa.

Cuadro IV.27

Porcentaje de mujeres unidas (25-49 años) que declararon haber llegado al matrimonio sin experiencia sexual anterior, según algunas características:
Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Nivel de pobreza	
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Media y más	Más pobre	Menos pobre
Bolivia, 1998	45.4	45.5	45.2	44.8	46.1	45.2	44.1	45.5	45.3
Brasil, 1996	58.3	56.4	66.6	65.8	63.1	54.8	47.1	60.1	56.0
Colombia, 1995	58.6	58.4	59.1	58.6	59.0	60.0	51.3	59.0	58.2
Guatemala, 1995	71.7	67.8	74.5	75.1	72.0	63.9	63.0	75.2	67.2
Haití, 1995	41.3	43.7	39.8	39.0	41.7	49.4	49.3	38.5	45.2
Nicaragua, 1998	73.5	73.2	74.1	71.5	74.6	74.5	68.4	75.2	71.6
Perú, 1996	44.3	43.5	46.4	44.4	48.1	41.4	42.2	45.3	43.1
República Dominicana, 1996	76.2	74.8	78.8	79.6	76.7	76.3	72.4	78.1	73.8

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

Cuadro IV.28

Porcentaje de varones unidos (25-59 años) que declararon haber llegado al matrimonio sin experiencia sexual anterior, según algunas características:
Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad			
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Media y más
Bolivia, 1998	15.6	10.0	25.7	29.6	22.4	13.2	4.3
Brasil, 1996	10.8	10.4	12.6	15.5	12.3	8.3	8.9
Haití, 1995	8.2	5.2	9.7	9.4	7.9	6.9	3.4
Nicaragua, 1998	8.8	6.9	11.8	13.4	9.4	5.0	5.7
Perú, 1996	10.6	7.6	17.6	11.3	17.7	7.9	5.4
República Dominicana, 1996	9.5	8.2	11.3	18.9	9.6	5.6	3.5

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

En el cuadro IV.28 se presenta el mismo cálculo, pero para varones. En ellos las diferencias son más notorias que en el caso de las mujeres y evidencian que los hombres que viven en un contexto más tradicional son más propensos a relacionar su vida sexual con el estado conyugal. De hecho muchos de ellos suelen unirse a edades muy tempranas.

e) Nacimientos premaritales

El hecho de que el embarazo adolescente constituya un tema de preocupación pública en los Estados Unidos y algunos otros países desarrollados obedece a que, desde la década de los sesenta, ha aumentado el porcentaje de hijos de adolescentes que nacen fuera del matrimonio (véase el capítulo VII). En la región de América Latina y el Caribe, muchos países han estado experimentando una transformación sociocultural, debido a la urbanización y la adopción de pautas culturales occidentales que han influido en gran parte de la población, con mayor énfasis en jóvenes y adolescentes. Esta modificación del contexto normativo ha llevado a pensar que en la actualidad el embarazo adolescente en la región se desenvolvería en una situación similar a la de los países más desarrollados, fenómeno que tuvo su clímax hace poco más de diez años, con un incremento de la actividad sexual premarital y del número de nacimientos premaritales. Tal vez éste sea el caso de Uruguay, donde el incremento de la fecundidad adolescente se cuenta entre las modificaciones de los patrones de comportamiento reproductivo, que se reflejan en que poco más del 40% de las madres adolescentes sean solteras (Varela, 1999). Sin embargo, dada la evolución socioeconómica y cultural de la mayoría de los países de la región, no parece probable que ésta sea la situación predominante. En este apartado se investiga la cuestión, basándose en las evidencias de las DHS recientes en la región.

Como se vio en los apartados anteriores, en Brasil y Colombia se observa una clara expansión de la brecha entre la edad de la primera unión y de la primera relación sexual; en Haití también habría una leve ampliación. En el resto de los países, los cambios son mínimos, incluso hay algunos en que se observa una disminución importante, en Guatemala y principalmente Nicaragua, donde prácticamente la edad mediana de la primera relación sexual es la misma que la de la primera unión (Ver Gráfico A.1, Anexo III). Aquí cabe preguntarse, ¿estos comportamientos se traducen en un aumento o disminución de los nacimientos premaritales?

Con el propósito de responder a esta pregunta se ha calculado el porcentaje de mujeres cuyo primer embarazo ocurrió antes del matrimonio en un conjunto de cohortes definidas por su año de nacimiento, según si el embarazo fue antes o después de los 20 años (véase el gráfico A.2 del Anexo III). Así se puede apreciar la tendencia de nacimientos concebidos antes del matrimonio a lo largo de un período comprendido entre mujeres nacidas alrededor de 1950 hasta las nacidas a fines de los setenta. Estas últimas son las que han vivido su principal etapa reproductiva en los noventa. En ningún caso se detectan indicios de un aumento en la proporción de nacimientos prematrimoniales entre los alumbramientos anteriores a los 20 años, pese a que en reiteradas ocasiones se ha afirmado que dicho incremento estaría dándose entre las cohortes más jóvenes. Ni siquiera en Colombia y Brasil, donde se ha registrado un crecimiento de las relaciones sexuales premaritales, hay señales de que se estén acentuando los nacimientos antes del matrimonio. Una de las posibles explicaciones es que en ambos países se ha expandido considerablemente el uso de métodos anticonceptivos. A excepción de Brasil, y posiblemente República Dominicana, donde la tendencia es estable, en el resto de los países se observa incluso una disminución, que es más pronunciada en Bolivia, Nicaragua y Haití.

Cuadro IV.29

Distribución porcentual de los primeros nacimientos según edad y situación marital de la madre con ocasión del alumbramiento: Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, fecha	Edad	Nacimientos		
		Antes del matrimonio	Concebidos antes y nacidos después del matrimonio	Concebidos después del matrimonio
Bolivia, 1998	15-19	32.5	22.9	44.6
	20-24	26.3	20.0	51.7
Brasil, 1996	15-19	24.5	26.1	49.4
	20-24	18.7	25.4	55.9
Colombia, 1995	15-19	23.8	18.9	57.3
	20-24	21.4	22.2	56.4
Guatemala, 1995	15-19	7.2	16.4	76.4
	20-24	8.8	15.8	75.5
Haití, 1995	15-19	11.1	34.7	54.2
	20-24	6.9	27.4	65.7
Nicaragua, 1998	15-19	7.0	15.4	77.6
	20-24	4.1	11.7	84.2
Perú, 1996	15-19	24.3	22.4	53.3
	20-24	21.6	22.2	56.1
Rep. Dominicana, 1996	15-19	6.5	16.9	76.6
	20-24	5.4	10.6	84.0

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

La incidencia del porcentaje de mujeres con nacimientos premaritales varía por país. Se distinguen tres grupos. En el primero, de alta incidencia, se ubica Bolivia, donde alrededor de 4 de cada 10 mujeres cuyo primer nacimiento ocurrió antes de los 20 años tuvieron su embarazo antes de la unión. En el segundo grupo, de incidencia media, se cuentan Brasil, Colombia, Haití y Perú, donde el porcentaje varía entre el 30% y 40%. Por último, en el grupo de baja incidencia, Guatemala, Nicaragua y República Dominicana son países en que esta situación es obvia, dada la estrecha relación entre sexualidad y unión. Con objeto de captar la situación actual sobre todos los nacimientos se obtuvo la distribución porcentual de los nacimientos de adolescentes según si el bebé nació antes del matrimonio, si fue concebido antes y nació después, o si fue concebido y nacido después del matrimonio.⁷ En el cuadro IV.29 se confirma que Bolivia es el país con mayor cantidad de embarazos premaritales. El menor porcentaje de embarazos premaritales se reporta en Nicaragua y República Dominicana, donde sólo alrededor de uno de cada diez niños de mujeres entre 15-19 años nacieron o fueron concebidos antes del matrimonio.

Cabe advertir el gran número de niños concebidos antes del matrimonio y nacidos después, lo que sugiere que hay un elevado porcentaje de mujeres que se unen por estar embarazadas. En Brasil, Haití y República Dominicana inclusive es mayor el porcentaje de los bebés concebidos antes y nacidos después de la unión que los nacidos antes de la unión. Así, es

⁷ Se consideran los concebidos antes del matrimonio y nacidos después a los que nacieron durante los primeros 8 meses de la unión. Los hijos de las solteras se consideraron dentro de los nacimientos antes del matrimonio.

válido sostener que uno de los determinantes de la entrada a la unión es la fecundidad. Sin embargo, como ya se afirmó, no es correcto pensar que las uniones de mujeres adolescentes ocurren bajo la presión con mayor frecuencia que en otras edades. Este tema se analizó en el cuadro IV.14, que es diferente al cuadro IV.29 por limitarse a mujeres unidas y por clasificar a las mujeres según su edad con ocasión de la primera unión, no del primer alumbramiento.

Como también se muestra en el cuadro IV.29, casi en todos los casos el embarazo prematrimonial es más frecuente en las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años en comparación con las que lo tuvieron a los 20-24 años, aunque en algunos países (Colombia, Guatemala y Perú) prácticamente no hay diferencia entre ambos grupos. Esta diferencia se mantiene incluso en un análisis multivariado, en donde se controlan el estrato de pobreza, el nivel educativo y otras variables contextuales de las mujeres. Valga destacar que la incidencia de embarazos y nacimientos premaritales se asocia sistemática y positivamente con la edad de la primera relación sexual, o sea, que las mujeres que iniciaron su actividad sexual a una edad más temprana tienden a tener una *menor* proporción de embarazos y alumbramientos premaritales. La razón de este resultado inesperado es que, si bien la actividad sexual temprana reduce la edad del primer alumbramiento, también hace descender la edad del primer matrimonio. Como el segundo efecto es más fuerte que el primero, el resultado neto es una menor incidencia de embarazos premaritales. De nuevo, esta evidencia pone en duda la eficacia de la postergación de la primera relación sexual como estrategia para la disminución de los embarazos premaritales.

Además de la edad de la primera relación, el nivel educativo en la mayoría de los casos también se asocia positivamente con la incidencia de embarazos premaritales, aunque no con alumbramientos premaritales. El conocimiento de métodos anticonceptivos se vincula negativamente con la incidencia de alumbramientos premaritales, pero no con la incidencia de embarazos premaritales. Lo que estos resultados sugieren es que el embarazo premarital es relativamente común entre los estratos de mayor nivel educativo, donde las uniones tienden a ser más tardías, y que no raras veces se trata de embarazos planificados, dado que la asociación negativa con el conocimiento de métodos, que existe en el caso de los alumbramientos premaritales, no aparece aquí.

4. Conclusiones

Como se mostró en este capítulo, se requiere indagar la validez de varias de las nociones existentes sobre la sexualidad y nupcialidad de los y las adolescentes en la región. A diferencia de las afirmaciones frecuentemente enunciadas acerca de este tema, las evidencias empíricas cuantitativas disponibles coinciden en que la iniciación sexual en América Latina y el Caribe es relativamente tardía, aunque esta hipótesis, a su vez, también debe acotarse en los siguientes sentidos.

1. La iniciación sexual de los varones es cerca de 2 años más temprana, en promedio, que la de las mujeres, de modo que ésta se da en edades similares a las que se encuentran en los Estados Unidos o Europa.
2. Aunque no ha sido posible obtener mucha información sobre la subregión del Caribe, las pocas evidencias analizadas sugieren que en esta zona prevalece una iniciación sexual más temprana que en los países del subcontinente latinoamericano.

3. Persisten ciertas dudas sobre la confiabilidad de las encuestas del tipo DHS para captar información sobre este tema, ya que la metodología de grupos focales frecuentemente acusa una mayor incidencia de relaciones sexuales. Sin embargo, se trata de una metodología que proporciona resultados de difícil generalización. Las estimaciones sobre una actividad sexual adolescente mucho más temprana que circulan en la región no se basan en esta fuente alternativa, sino en una interpretación sesgada de los resultados de las encuestas.
4. Aunque son más tardías en promedio, las edades de la iniciación sexual de las mujeres en la región muestran una gran dispersión, siendo que hay grandes disparidades entre la edad típica de la iniciación sexual entre mujeres con diferentes niveles educativos. Como resultado, el porcentaje de adolescentes mujeres que tienen su primera relación sexual antes de los 15 años es más alto que en el Reino Unido y se aproxima al nivel registrado en los Estados Unidos.

No se identifica una tendencia sistemática de reducción de la edad de la primera relación sexual, ni de la edad de la primera unión o del porcentaje de primeros nacimientos que ocurren fuera de las uniones, aunque hay excepciones. En apariencia, la edad de la iniciación sexual de las mujeres bajó en Brasil, Colombia y quizás Haití. La edad de la primera unión de las mujeres puede haber disminuido un poco en Colombia y Nicaragua, pero en la mayoría de los países se mantiene estable.

En el caso de los hombres, no se nota una tendencia clara de la edad de la primera relación sexual, ni de la edad de la primera unión. De cualquier modo, la nupcialidad de los varones adolescentes es baja. Lo que sí preocupa es el largo intervalo entre la primera relación y la primera unión en los hombres, dado que este período frecuentemente se asocia con relaciones irregulares y con múltiples parejas, incluso trabajadoras del sexo. Los detalles del comportamiento sexual de los varones durante este período y la identidad de sus parejas es un asunto sobre el que todavía no existe mucha información sistemática. En el caso de las mujeres, la sexualidad todavía se halla íntimamente relacionada con la unión y la reproducción, aunque este patrón está cambiando gradualmente en los países de la región más adelantados en su transición demográfica. Los embarazos premaritales son comunes tanto en adolescentes como en mujeres de mayor edad, aunque la prevalencia tiende a ser un poco mayor en las adolescentes. Sin embargo, no parece ser correcta la interpretación que atribuye la mayoría de las uniones en adolescentes a un embarazo premarital. Tampoco se ha encontrado una tendencia ascendente en el número de embarazos premaritales a lo largo del tiempo.

V. EL CONOCIMIENTO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LA EDUCACION SEXUAL

José Miguel Guzmán
Juan Manuel Contreras
Martha Falconier de Moyano

Introducción

Se ha considerado que una de las barreras para que los adolescentes se desarrollen plenamente y ejerzan sus derechos en salud reproductiva es la falta de educación sexual adecuada a sus necesidades y de información sobre todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva. Una educación sexual debería permitir a los adolescentes contar con capacidades para decidir informada y responsablemente sobre cuándo iniciar las relaciones sexuales, cómo negociar el tener o no tenerlas, cómo reaccionar a la presión social, cómo establecer relaciones equitativas de género, cómo y cuándo hacer uso de los métodos anticonceptivos, cuándo tener hijos, cómo protegerse de los riesgos de ITS y el SIDA. Ahora bien, las decisiones efectuadas en esos aspectos de la vida se fundamentan en actitudes y valores que se comienzan a formar muy tempranamente. La afirmación de la autoestima y de la asertividad, la construcción de la identidad de género y el pensamiento hacia la elaboración de un proyecto de vida, deben acometerse lo antes posible, tanto en la familia como en la escuela.

El desconocimiento de la fisiología de la reproducción, de los métodos anticonceptivos y de todo lo relacionado con la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH-SIDA, y de la violencia sexual y doméstica, representa un indudable factor de riesgo para los adolescentes, tanto respecto de la posibilidad de un embarazo no deseado, como de una vida sexual no sana ni segura. Por esta razón, en el marco de las estrategias implantadas para la reducción de comportamientos reproductivos no deseados, las políticas encaminadas a ampliar el nivel de conocimiento y al desarrollo de actitudes a través de, entre otros medios, la educación sexual, han sido consideradas herramientas clave.

Sin embargo, pese a los grandes esfuerzos realizados, un elevado número de adolescentes poseen un conocimiento nulo, escaso y/o incorrecto sobre los aspectos más relevantes de la salud reproductiva, y ello los coloca en una posición de vulnerabilidad. Los resultados de diversas investigaciones apoyan la hipótesis de que los adolescentes no poseen los conocimientos suficientes que les permitan tener un cuidado efectivo de su salud.

Una de las preocupaciones comunes de los y las adolescentes es la necesidad de contar con mayor información sobre su propio cuerpo y poder identificar si su desarrollo corporal es normal. Respecto de la reproducción, la mayoría de los y las adolescentes posee un conocimiento muy escaso acerca de cómo ocurre la reproducción, en especial, acerca de la ubicación precisa del período fértil. Por lo general, se maneja una serie de mitos e ideas erróneas sobre los días del ciclo reproductivo en que es más probable que pueda producirse un embarazo. A su vez, los y las adolescentes que desean practicar la anticoncepción se enfrentan a muchos obstáculos; por ejemplo, muchas adolescentes que tienen conocimiento acerca de los métodos no saben dónde obtenerlos, y aun en los casos en que se

tenga acceso, no se sabe cómo utilizarlos en forma adecuada. En consecuencia, se observa una noción distorsionada sobre la forma de uso, el mecanismo de acción y los efectos secundarios de los métodos. Por último, hay una falta de conocimiento entre adolescentes sobre las ETS/SIDA, principalmente sobre los signos y síntomas de estas enfermedades, así como la manera de prevenirlas.

A continuación, se estudia la medida en que las y los adolescentes de América Latina y el Caribe poseen el conocimiento requerido para la toma de decisiones informadas en cada uno de estos aspectos. Este análisis se complementa con un estado de situación sobre los programas de educación sexual en América Latina y el Caribe.

1. Conocimiento sobre la anticoncepción

a) Conocimiento de métodos

El conocimiento de por lo menos un método anticonceptivo, se considera como un mínimo necesario (aunque no suficiente) para poder tomar decisiones informadas en sexualidad y reproducción. De acuerdo con datos de las DHS, alrededor de 8 de cada 10 adolescentes en el mundo conocen por lo menos un método de planificación familiar. En escala planetaria, dentro del África Subsahariana, en Madagascar y Nigeria, es donde mayor desconocimiento existe. En este grupo de países, más de la mitad de las adolescentes no conocen ni siquiera un método; en cambio, dentro de la misma región, en Kenya, Rwanda y Zimbabwe, alrededor del 90% están familiarizadas con algún método. En Asia del Este y el Norte de África, el nivel de conocimiento rebasa el 90% en la mayoría de los países. En América Latina hay una gran heterogeneidad: en algunos países el porcentaje también se ubica alrededor del 90% o más, a excepción de Guatemala y Bolivia .

En el cuadro V.1, con base en encuestas DHS y CDC, se muestra con claridad que este indicador es elevado no sólo en las adolescentes unidas, sino también en aquellas que actualmente están fuera de una unión. En todos los países analizados, el grupo de las no unidas sexualmente activas resultó ser el que mayor conocimiento tenía (incluso mayor que el de las unidas) y el menor el de las no unidas sin experiencia sexual, con diferencias porcentuales significativas, principalmente en Guatemala, y en menor medida en Bolivia, Nicaragua y Trinidad y Tabago.

En cuanto a las mujeres adolescentes según los niveles de escolaridad, el área de residencia y los quintiles de pobreza (cuadro V.2 y V.3), se evidencia que el conocimiento de métodos tiende a ser más bajo en zonas rurales y, especialmente, en mujeres con menor nivel de escolaridad y de estratos más pobres. Sin embargo, en Brasil, Colombia y la República Dominicana, en todos los grupos más del 90 % de las adolescentes declara conocer al menos un método anticonceptivo.

Cuadro V.1

Porcentaje de mujeres adolescentes de 15-19 años que conocen al menos un método anticonceptivo.
Total, unidas, no unidas sexualmente activas y mujeres sin experiencia sexual:
América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Unidas	No Unidas	
			Sexualmente activas	Sin experiencia sexual
Bolivia, 1998	87.4	92.3	95.8	86.3
Brasil, 1996	99.2	100.0	100.0	98.9
Colombia, 1995	98.8	99.7	100.0	98.5
Guatemala, 1995	67.6	68.6	100.0	67.2
Haití, 1995	95.0	99.5	100.0	93.0
Jamaica, 1993	98.7	--	--	--
México, 1997	93.4	94.8	--	--
Nicaragua, 1998	94.0	96.8	100.0	92.4
Paraguay, 1995	90.5	98.5	--	--
Perú, 1996	93.4	94.6	98.4	93.2
República Dominicana, 1996	99.3	99.3	100.0	99.4
Suriname, 1992	94.8	95.1	--	--
Trinidad y Tabago, 1987	93.7	97.8	100.0	92.1

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS, CDC y otras

Una situación opuesta se observa en Guatemala y Bolivia, y en menor medida en Perú. En estos países, una proporción significativa de adolescentes sin escolaridad o con escolaridad baja, o de los quintiles más pobres, no cuentan con el mínimo de información sobre el tema, lo que las ubica como un grupo completamente marginado de un conocimiento considerado un mínimo indispensable. En suma, el desconocimiento de la existencia de métodos anticonceptivos constituye un problema en algunos países y en algunos sectores de éstos. En el caso de Bolivia, Guatemala, y en menor medida en Perú, los bajos índices encontrados se relacionan con la existencia de población indígena, parte de la cual vive al margen del proceso de modernización y de la transmisión de mensajes dirigidos más bien a la población no indígena. Se constató, por ejemplo, que en Bolivia sólo el 54.5% de las adolescentes indígenas habían oído sobre algún método; en Perú el 66% y en Guatemala apenas el 37.5%.

Cuadro V.2
Porcentaje de mujeres adolescentes que conocen al menos
un método anticonceptivo, según zona de residencia y nivel de escolaridad:
América Latina y el Caribe

País, fecha	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad			
	Urbana	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y +
Bolivia, 1998	94.5	65.7	40.0	62.7	94.8	--
Brasil, 1996	99.7	97.4	94.1	97.6	99.8	100.0
Colombia, 1995	99.6	96.3	90.9	96.3	99.9	100.0
Guatemala, 1995	80.6	57.4	33.8	59.7	94.4	100.0
Haití, 1995	98.9	91.5	87.6	94.8	98.9	100.0
Jamaica, 1993	98.9	98.6	--	--	--	--
Nicaragua, 1998	96.7	89.2	81.0	91.2	98.1	100.0
Paraguay, 1990	93.1	84.2	70.0	86.0	92.8	100.0
Perú, 1996	97.9	80.1	69.1	76.6	97.7	100.0
República Dominicana, 1996	99.8	98.4	94.0	99.2	100.0	100.0
Trinidad y Tabago, 1987	95.0	92.8	--	85.4	94.9	--

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS e Informes nacionales Encuestas CDC

En el caso de los varones (véase el cuadro V.4) al igual que las mujeres, los unidos y no unidos sexualmente activos presentan un mayor nivel de conocimiento que los no unidos sin experiencia sexual. En todos los países, los hombres acusan un porcentaje ligeramente mayor de conocimiento que las mujeres; sin embargo, las diferencias no son significativas. Tanto hombres como mujeres conocen de la anticoncepción, pero como se verá más adelante, el conocimiento más específico muestra diferencias por sexo significativas.

Los resultados expuestos anteriormente, como se verá al final de este capítulo, no son ajenos al proceso de difusión de la información sobre planificación familiar que se ha ido generando desde la década de los setenta, y sobre todo en los ochenta y noventa, dentro del cual los programas de educación sexual han jugado un rol importante. Por ejemplo, en Bolivia el porcentaje de adolescentes que conoce algún método aumentó de 70% a 87% entre 1994 y 1998; en Perú de 80% a 93 % entre 1986 y 1996; en Guatemala de 58% a 68% entre 1987 y 1995, y en Paraguay de 1995 a 1999 entre las adolescentes unidas de 98% al 100%.

Así, se constata que el conocimiento anticonceptivo básico no es tan bajo en las adolescentes como se podría creer, aunque en todos los países se encontró que las adolescentes tienen porcentajes de conocimiento de anticonceptivos ligeramente menores que el resto de los grupos de edad (a excepción del grupo entre 40-49 años en Bolivia), lo que no es de extrañar por el hecho de que las adolescentes han estado menor tiempo expuestas a la adquisición del conocimiento con relación al resto de las mujeres.

Cuadro V.3

Porcentaje de mujeres adolescentes que conoce al menos un método anticonceptivo, según niveles de pobreza: América Latina y el Caribe

País, fecha	Niveles de pobreza			
	1	2	3	4
Bolivia, 1998	57.1	79.7	91.2	95.7
Brasil, 1996	97.6	99.4	99.6	99.1
Colombia, 1995	93.9	99.3	100.0	99.8
Guatemala, 1995	37.9	44.7	64.7	81.3
Haití, 1995	81.9	92.5	96.3	97.7
Nicaragua, 1998	83.0	91.8	96.7	97.1
Perú, 1996	74.1	91.6	97.4	98.4
República Dominicana, 1996	98.1	99.1	99.4	100.0

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-III

Cuadro V.4

Porcentaje de hombres adolescentes de 15-19 años que conoce al menos un método anticonceptivo.
Total, unidos, no unidos sexualmente activos y sin experiencia sexual:
América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Unidos	No unidos	
			Sexualmente activos	Sin experiencia Sexual
Bolivia, 1998	89.9	90.3	97.3	84.9
Brasil, 1996	99.5	100.0	100.0	98.5
Haití, 1995	96.6	100.0	98.6	95.1
Nicaragua, 1998	95.5	96.2	100.0	90.6
Perú, 1996	97.1	100.0	98.7	95.1
Rep. Dominicana, 1996	99.3	100.0	100.0	98.7

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-III

El conocimiento de la existencia de los métodos anticonceptivos es un indicador demasiado agregado y por tanto no refleja necesariamente la capacidad de disponer de información adecuada a las necesidades de los y las adolescentes, ni mucho menos la disponibilidad para su uso, dado que lo que se pregunta es si oyó hablar de estos métodos. El panorama descrito en los párrafos anteriores no es tan halagüeño cuando se analiza el conocimiento por métodos (véase el cuadro V.5).

Cuadro V.5
Porcentaje de mujeres adolescentes que conocen métodos anticonceptivos,
por método conocido: América Latina y el Caribe

País, fecha	Método conocido									
	Píldora	DIU	Inyección	Vaginales	Condón	Esterilización		Norplant	Ritmo	Retiro
						Femenina	Masculina			
Bolivia, 1998	77.8	71.8	49.3	35.8	76.5	54.9	24.9	7.6	66.2	20.3
Brasil, 1996	97.3	43.4	69.9	45.8	98.2	84.2	60.3	6.9	73.1	47.6
Colombia, 1995	94.5	74.8	77.1	72.6	96.2	90.3	59.6	45.2	65.9	54.6
Cuba, 1989	99.6	99.5	..	41.4	90.8	89.1	..	0.0	52.5	50.0
Ecuador, 1988	70.4	58.7	46.8	31.3	31.2	62.6	13.0	0.0	31.1	14.1
El Salvador, 1988	83.3	59.3	59.0	39.4	76.8	86.3	53.7	0.0	30.5	7.3
Guatemala, 1995	58.4	24.3	40.9	22.5	43.4	52.4	35.7	2.2	19.0	10.2
Haití, 1995	78.5	15.4	71.3	14.3	90.8	49.7	22.5	31.3	25.9	35.9
Honduras, 1987	94.2	60.0	59.4	34.2	56.9	91.0	31.7	0.0	30.3	20.5
Jamaica, 1997	98.1	63.1	98.0	59.7	99.0	87.2	54.4	31.1	39.3	68.3
Nicaragua, 1998	92.1	66.4	81.2	20.8	85.6	71.7	45.9	4.5	21.9	15.2
Paraguay, 1990	78.8	55.1	73.4	22.1	46.3	47.2	11.5	0.0	44.7	22.6
Perú, 1996	85.0	81.0	76.2	57.3	84.3	81.5	65.9	35.0	76.0	34.4
República Dominicana., 1996	97.2	71.3	75.6	37.3	95.2	93.6	42.4	59.9	45.9	42.9
Trinidad y Tabago, 1987	83.0	53.9	43.0	55.1	85.1	80.7	47.4	0.0	36.7	48.9
Venezuela, 1998	96.2	80.1	70.9	59.7	90.0	90.7	57.5	0.0	70.7	64.7

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS, CDC y otras e Informes Nacionales de Encuestas.

A título ilustrativo, el porcentaje de adolescentes que conocía métodos vaginales es menor del 50% en 11 de 16 países considerados de la región. Una situación casi similar se observa respecto del conocimiento de la abstinencia periódica y el retiro. También se observan porcentajes bajos de conocimiento en DIU y de la vasectomía. En general, se aprecia que, con la excepción de la píldora (identificada por la mayoría de las adolescentes), el nivel de conocimiento de los demás métodos varía significativamente. La mayoría de las adolescentes conocen bien la píldora, pero respecto de otros métodos, la situación cambia considerablemente de un país a otro. Se ha indicado que los patrones divergentes de conocimiento son, en parte, función de la disponibilidad real de los métodos en cada país (Singh y Wulf, 1990).

El problema de la actividad sexual desinformada puede producir entre adolescentes embarazos no deseados y ETS/SIDA. A pesar de los avances, todavía existe un limitado conocimiento de métodos y éste puede ser insuficiente para asegurar un uso efectivo.¹

¹ Por ejemplo, en un estudio realizado en Trinidad y Tabago (Jagdeo, 1988) se encontró que el 57% de hombres y mujeres adolescentes no sabían correctamente la forma de tomar la píldora y el 42% no sabía la manera efectiva de usar el preservativo.

b) Conocimiento de las fuentes de obtención de los anticonceptivos

Los datos del cuadro V.6 muestran que una parte significativa (superior al 30 % en la mayoría de los países analizados) de aquellas adolescentes que declararon conocer al menos un método anticonceptivo, no conoce la fuente de suministro de dichos métodos. Los extremos son Guatemala y Perú (con cerca de un 20 %) y Colombia (40 %).

Cuando se compara la situación de las adolescentes con el resto de las mujeres, en el grupo de aquellas que han tenido hijos y/o son sexualmente activas, que no quieren hijos en los próximos dos años y que declaran conocer algún método, se observa que sistemáticamente las adolescentes están más desinformadas en este aspecto que el resto de las mujeres (véase el cuadro V.7).

A esto hay que agregar que el grupo con menor conocimiento, y por lo mismo más vulnerable, es el de adolescentes pobres, con bajo o nulo nivel de escolaridad y que viven preferentemente en áreas rurales (véase el cuadro V.7). En algunos países como Bolivia, Guatemala y Perú, las diferencias son dramáticas, lo cual es un síntoma de la desigualdad de oportunidades al acceso de información básica en estos países.

Cuadro V.6

Porcentaje de mujeres adolescentes que declara conocer algún método, pero que no conoce ninguna fuente de suministro, por características socioeconómicas:
América Latina y el Caribe

País (fecha)	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Nivel de pobreza				
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y +	1	2	3	4	5
Bolivia, 1998	38.2	33.1	60.9	83.3	63.3	35.1	15.8	66.3	49.1	38.9	31.2	31.5
Brasil, 1996	42.4	39.5	54.9	59.4	57.7	37.5	30.4	53.2	43.6	43.6	36.2	35.8
Colombia, 1995	18.2	15.0	28.2	55.0	32.8	12.3	6.8	34.5	18.4	14.4	13.3	16.8
Guatemala, 1995	40.6	30.4	51.7	70.1	52.5	24.9	3.4	38.9	62.6	50.8	40.2	21.3
Nicaragua, 1998	30.0	26.5	36.5	42.9	36.6	23.6	18.1	44.2	30.9	29.4	25.7	25.4
Perú, 1996	20.6	16.1	36.9	59.6	43.3	17.5	5.3	44.6	24.3	16.2	16.5	15.2
República Dominicana, 1996	32.8	30.2	37.9	47.9	39.8	22.9	20.0	39.2	35.0	34.5	27.4	31.0

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-III

Cuadro V.7

De las mujeres de 15-19 años y de 20-49 años que han tenido hijos y son sexualmente activas y que no quieren hijos en los próximos dos años, porcentaje que declara conocer algún método pero que no conoce ninguna fuente de suministro: América Latina y el Caribe

País, fecha	Adolescentes 15-19 años	Mujeres de 20-49 años
Bolivia, 1998	34.9	18.9
Brasil, 1996	16.0	6.6
Colombia, 1995	6.1	2.0
Guatemala, 1995	30.9	15.7
Nicaragua, 1998	12.4	4.0
Perú, 1996	15.1	7.5
República Dominicana, 1996	11.4	3.7

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-III

Hay claras diferencias entre países por lo que respecta al acceso de las adolescentes a los servicios de planificación familiar (véase el cuadro V.8). Llama más la atención el hecho de que haya países en los que el acceso a servicios anticonceptivos en el sector público es igual entre adolescentes que en el resto de las mujeres (Bolivia, Nicaragua y Perú), mientras que en otros las adolescentes están claramente marginadas de acceder a anticonceptivos dentro del sector público.

Cuadro V.8

Porcentaje de adolescentes y total de mujeres que usan métodos anticonceptivos cuya última fuente visitada para la obtención fue dentro del sector público:
América Latina y el Caribe

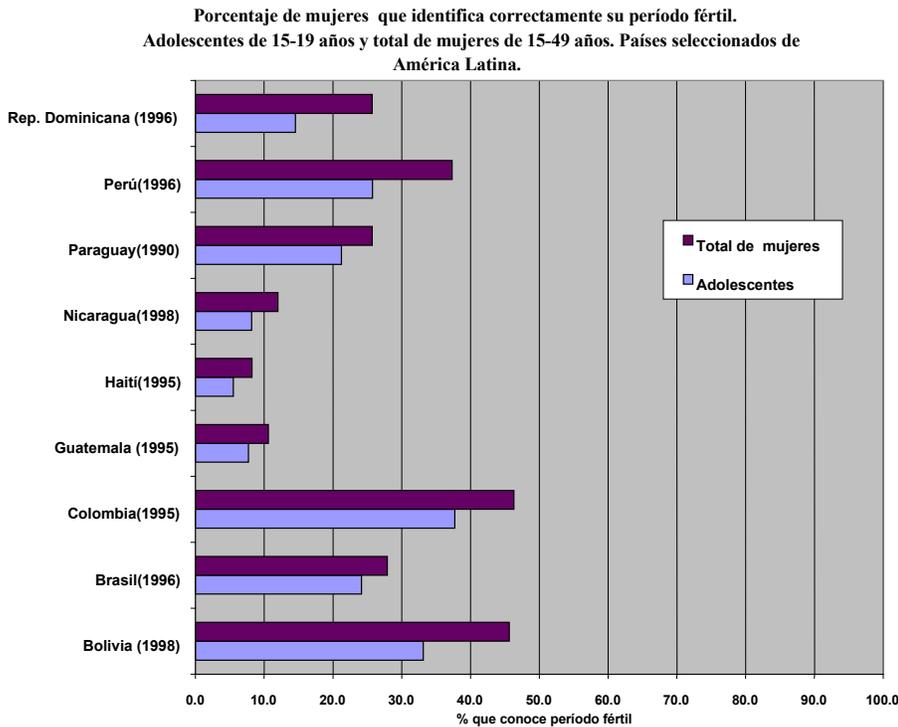
País, fecha	Porcentaje de mujeres cuya última fuente de obtención de anticonceptivos fue el sector público	
	Mujeres adolescentes 15-19	Total de mujeres 15-49
Bolivia, 1998	42.5	41.8
Brasil, 1996	10.5	43.3
Colombia, 1995	8.5	27.1
Guatemala, 1995	11.6	27.1
Haití, 1995	14.6	25.1
Nicaragua, 1998	62.1	65.0
Perú, 1996	70.0	69.7
República Dominicana, 1996	25.0	36.2

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-III

2. Conocimiento del período fértil

El alto porcentaje de mujeres, en especial adolescentes, que no saben correctamente su período fértil es quizá la expresión más evidente de la falta de un conocimiento acabado sobre la reproducción y la sexualidad. El gráfico V.1 muestra la proporción de mujeres que identifican correctamente el período del mes en que pueden quedar embarazadas. En los países con encuestas recientes, se muestran porcentajes más bajos de lo que se esperaría teniendo en cuenta no sólo los niveles de conocimiento antes analizados, sino también los niveles de uso de anticonceptivos. En apariencia, muchas mujeres conocen métodos anticonceptivos y están en capacidad de usarlos, pero sin dominar el funcionamiento de su propia fisiología de la reproducción. Los países en que se encuentran niveles de conocimiento del período fértil más elevados son Colombia, Bolivia y Perú; en estos dos últimos, los valores son congruentes con la mayor prevalencia de la abstinencia periódica como método anticonceptivo. En todos los países observados un gran número de mujeres responde de manera incorrecta al cálculo del período más fértil del ciclo ovulatorio, lo cual sucede en mayor proporción en el caso de las adolescentes; aunque en general las adolescentes están un poco menos informadas que las mujeres de mayor edad, los resultados en algunos casos no son sustancialmente distintos.

Gráfico V.1



Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-III

Este indicador arroja diferencias sustanciales según el área de residencia, nivel de escolaridad, estrato de pobreza y principalmente grupos étnicos (véase el cuadro V.9). Sin embargo, aun mujeres de

mayor nivel de escolaridad o del área urbana o aquellas de los quintiles más altos muestran niveles elevados de desconocimiento del período fértil. Es importante remarcar que en ninguno de los grupos analizados el conocimiento del período fértil supera el 80%. Países con fuerte presencia de poblaciones indígenas evidencian en estos grupos cifras alarmantes. En Bolivia y Perú, este indicador varía entre 8% y 10%, mientras que en Guatemala no alcanza el 1%.

Cuadro V.9

Porcentaje de mujeres adolescentes que identifica correctamente la etapa fértil dentro de su período menstrual, según área de residencia, nivel de escolaridad y quintiles de pobreza:
América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Quintiles de pobreza				
		Urbano	Rural	Ninguno	Pri- maria	Secun- daria	Medio y más	1	2	3	4	5
Bolivia, 1998	33.1	38.5	16.5	3.3	11.3	37.0	67.0	12.0	25.1	33.7	38.0	42.4
Brasil, 1996	24.1	26.9	12.1	..	4.7	30.0	78.3	6.7	16.3	25.2	33.2	38.0
Colombia, 1995	37.7	44.1	18.7	..	11.1	47.7	79.7	13.1	25.8	38.2	47.1	53.5
Guatemala, 1995	7.7	12.3	4.1	1.4	3.0	17.2	37.9	1.6	1.2	4.5	8.8	17.1
Haití, 1995	5.5	7.9	3.4	3.6	2.5	13.0	..	1.3	0.9	5.0	6.0	9.9
Nicaragua, 1998	8.2	10.1	4.8	2.3	4.0	11.8	24.1	2.4	4.0	8.5	10.8	12.5
Paraguay, 1990	21.2	24.3	18.0	21.4	15.7	28.3	37.5	..	..	..	..	..
Perú, 1996	25.7	28.6	17.3	11.6	9.5	27.6	44.1	12.0	22.0	26.4	29.9	31.8
Rep. Dominicana, 1996	14.5	16.7	10.5	7.8	7.7	21.7	63.6	7.9	9.4	13.6	13.3	25.1

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS

No se ha encontrado información cuantitativa sobre varones respecto de este tema, por lo menos en las principales encuestas manejadas. Esta ausencia de información en encuestas dirigidas a los hombres se explica por el proceso de construcción social en torno a la reproducción, en que no se considera al hombre como parte de la decisión reproductiva cuando ésta está asociada a aspectos que se consideran como de la exclusiva responsabilidad de la mujer.

3. Conocimiento de las y los adolescentes sobre ITS y SIDA

Cada vez más tiende a generalizarse el conocimiento de la existencia del SIDA. En 7 de 10 países de América Latina y el Caribe, más del 90% de las mujeres adolescentes de 15 a 19 años han oído hablar del SIDA (véase el cuadro V.10). Incluso en Colombia, Brasil, Jamaica y República Dominicana prácticamente todas las adolescentes saben de la existencia del SIDA. Por otro lado, en Guatemala se observa que un porcentaje significativo de las adolescentes dicen no haber oído hablar del SIDA. Esta situación puede ser consecuencia del alto desconocimiento que afecta a las poblaciones indígenas de este país. De hecho, en estos grupos solamente uno de cada cuatro adolescentes ha escuchado hablar alguna vez de esta enfermedad.

Cuadro V.10
Porcentaje de las adolescentes (15-19 años) que han oído hablar de SIDA, según
características socioeconómicas: América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Quintiles de pobreza				
		Urbano	Rural	Ninguno	Pri- maria	Secun- -daria	Medio y más	1	2	3	4	5
Bolivia, 1998	82	93	49	17	45	94	100	35	70	89	96	94
Brasil, 1996	99	100	97	88	98	100	100	97	100	100	100	100
Colombia, 1995	98	100	93	91	94	100	100	91	98	99	100	100
Guatemala, 1995	68	87	53	25	60	98	100	24	37	68	90	93
Haití, 1995	96	99	94	85	97	100	100	86	95	97	98	100
Nicaragua, 1998	94	98	88	74	91	99	100	80	92	97	98	99
Perú, 1996	89	97	62	41	56	97	100	52	83	97	99	98
República Dominicana, 1996	100	100	99	94	100	100	100	98	100	100	100	100

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-III

Dentro de los países, este indicador se eleva en las áreas urbanas, con mayor nivel de escolaridad y en áreas de menor incidencia de pobreza. Cabe destacar el poco conocimiento de las adolescentes de bajo nivel de escolaridad en Bolivia, Guatemala y Perú, en donde menos de la mitad de las mujeres ha oído hablar sobre la epidemia. Esto revela la dificultad de acceso para algunos grupos de adolescentes a la información transmitida por las diversas instituciones que a lo largo de las últimas décadas han hecho labor de divulgación acerca de esta enfermedad.

En aquellos países en los que se cuenta con información, entre los hombres se observan resultados similares a los encontrados en mujeres. Únicamente en Bolivia y Perú, una mayor proporción de hombres que de mujeres están informados sobre el SIDA (Cuadro V.11).

El hecho de que la mayoría de las adolescentes hayan oído alguna vez sobre el SIDA, no significa que posean un claro conocimiento sobre el tema. En efecto, se ha descubierto que un porcentaje considerable de mujeres adolescentes no están bien informadas. En el gráfico V.2 se observa que al menos en 6 de 8 países de América Latina, más del 10% de las adolescentes que sí habían oído hablar sobre el SIDA señalaron que éste es sólo a veces o casi nunca mortal. Un resultado similar se obtiene cuando se analiza el conocimiento acerca de cómo evitar el SIDA. Por ejemplo, en Guatemala el 37% de las adolescentes con conocimiento declaró no saber; en Bolivia, Perú y Nicaragua alrededor del 20% dio la misma respuesta.

Con respecto a las ITS, debido a la poca información existente para evaluar el conocimiento de las adolescentes sobre este tema, se tomaron en cuenta únicamente cuatro países y las dos ETS más conocidas: sífilis y gonorrea (véase el cuadro V.12). En éstos se aprecia que en general, las

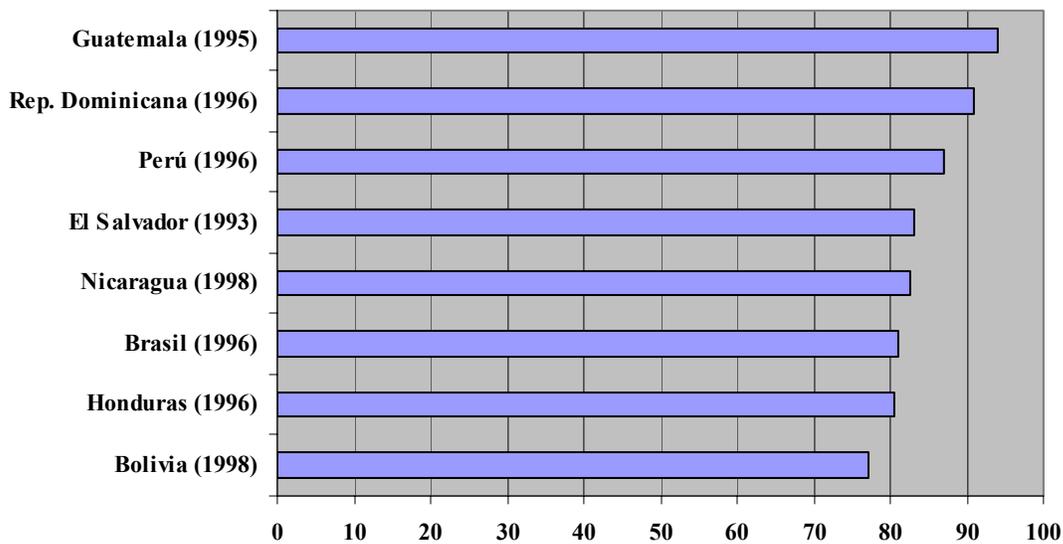
adolescentes han oído hablar en mucho menor proporción sobre estas enfermedades que sobre el SIDA. Al menos en estos países es evidente la notable falta de información sobre el tema, dato preocupante por la gravedad de estas enfermedades y su vinculación directa con el riesgo de infección por el virus de inmunodeficiencia. En Perú es grave que menos de 20% de las adolescentes conozcan alguna de estas enfermedades.

Cuadro V.11
Porcentaje de los hombres adolescentes que han oído hablar de SIDA:
América Latina y el Caribe

País, fecha	Total
Bolivia, 1998	88.6
Brasil, 1996	98.3
Haití, 1995	96.6
Honduras, 1996	96.3
Nicaragua, 1998	96.6
Perú, 1996	94.7
República Dominicana, 1996	99.7

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-III

Gráfico V.2: Porcentaje de mujeres adolescentes de 15-19 años que han oído hablar del SIDA y que declaran que el síndrome casi siempre mortal



Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-III

Cuadro V.12
Porcentaje de adolescentes que ha oído hablar de la sífilis y de la gonorrea:
Países seleccionados de América Latina

País, fecha	ETS	
	Sífilis	Gonorrea
Perú, 1996	15.3	18.1
Brasil, 1996	26.0	31.0
Honduras, 1992	40.8	41.6
República Dominicana, 1996	48.5	67.0

Fuente: Cálculos propios basdos en DHS-III

4. Conocimiento del condón

Existe consenso en la importancia del uso del condón en la prevención de las ETS y el SIDA. Como se planteó anteriormente, los datos revelan una gran heterogeneidad entre los países de la región en cuanto al conocimiento del condón entre adolescentes. En la mitad de ellos, más del 90% de las mujeres adolescentes conocen el condón, con excepción de Guatemala y Paraguay, y en menor medida Bolivia, en los cuales este porcentaje es bajo, influido principalmente por el poco conocimiento de los grupos indígenas y pobres. Por ejemplo, en Bolivia sólo el 27% de las adolescentes pertenecientes a algún grupo indígena conoce el condón; en Perú el 39% y en Guatemala el 2%. Se ha constatado también, al menos en Colombia, que el conocimiento del condón se está extendiendo a edades más jóvenes. Por ejemplo, en la Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Colombia, Ordóñez (1994) reporta que en el grupo de 12-14 años el 66.5% de los varones y el 67.5% de las mujeres oyeron sobre el condón.

Con todo, el haber escuchado hablar del condón en ocasiones no es suficiente para saber que éste es eficiente para la prevención de ITS y SIDA. En el cuadro V.13 aparecen Guatemala, Bolivia, y en menor medida Perú, como países en los que las adolescentes desconocen la función preventiva del condón respecto de las ITS y del VIH/SIDA, y los grupos socialmente más vulnerables están lejos de disponer de un conocimiento adecuado que les sea útil en dicha prevención. La República Dominicana figura como un país donde hay amplia información sobre el tema en todos los grupos sociales.

En suma, aún existen grupos de población en que los riesgos de contraer una ETS o el SIDA son elevados, por un conocimiento incompleto sobre la gravedad de la enfermedad y sobre los mecanismos de contagio.

5. Creencias no fundamentadas

Ya se han señalado algunas de las actitudes y creencias sin fundamento sólido adquiridas por los y las adolescentes. En este apartado se intenta presentar un panorama un poco más amplio sobre esta situación, tan poco favorable para alcanzar una salud sexual y reproductiva sin riesgos. Una de las mayores preocupaciones de la población, y en particular de la población adolescente, es el embarazo no deseado, que puede generarse por la práctica de relaciones con riesgo, dada la carencia de conocimiento de anticonceptivos así como a raíz de percepciones falsas sobre la base biológica de la reproducción.

Cuadro V.13

Porcentaje de mujeres adolescentes (15-19 años) que tienen conocimiento de que el condón puede prevenir las ETS y el SIDA, por características socioeconómicas seleccionadas: América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad			
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y más
Bolivia, 1998	35	44	10	3	10	41	70
Brasil, 1996	83	87	65	44	66	89	100
Colombia, 1995	73	78	59	43	55	81	90
Guatemala, 1995	18	32	12	1	9	42	53
Nicaragua, 1998	50	57	38	27	42	61	56
Perú, 1996	67	80	30	15	25	77	90
República Dominicana, 1996	95	97	91	88	97	100	100

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-III

Entre las creencias no fundamentadas resalta la idea de que una mujer no puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones. En este sentido, en la encuesta CDC en Paraguay (CEPAR y CDC, 1999) de las mujeres entre 15-24 años, el 38.5% afirmó estar de acuerdo con una afirmación en tal sentido. En Río de Janeiro, la Encuesta de BEMFAM (1990) arrojó que, en este mismo grupo de edad, 24% de los varones y 21.5% de las mujeres respondían igual. En un estudio con base en la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes del área urbana de David en Panamá, presentado por Gaitan y Del Cid (1998), esa respuesta fue de 21% en varones y 26% en mujeres, ambos no escolarizados, mientras que para los escolarizados alcanzó 16% en varones y 13% en mujeres.

Se registraron muchas otras afirmaciones falsas en torno a la sexualidad, lo que obstaculiza vivir una sexualidad libre y sin riesgos. En el mencionado estudio sobre el área urbana de David en Panamá, entre el 35% y 40% de los y las adolescentes afirmaron que las pastillas anticonceptivas causan la infertilidad definitiva, lo cual evidencia el miedo de estos grupos respecto de las reacciones secundarias de los métodos anticonceptivos. Otra de las afirmaciones se expresó en relación a que una vez excitados los varones se lastimarían si no continuaban hasta eyacular. En el mismo estudio de

Panamá, un 45% estaba de acuerdo con esta afirmación o dijo no saber. También se sostiene la imposibilidad de tener relaciones sexuales durante el embarazo; en Río de Janeiro (BENFAM, 1990) el 33% de los varones y el 22% de las mujeres jóvenes confirmaron este enunciado como verdadero.

Muchos mitos se han creado también en torno a la masturbación. En el estudio de los adolescentes en la Provincia de Panamá, casi el 30% declaró que la masturbación no es un acto natural dentro de la adolescencia. En el estudio del área de David, el 57% de los y las adolescentes declararon que el masturbarse puede producir enfermedades mentales. En Río de Janeiro, el 31% de los varones y el 24% de las mujeres señalaron que la masturbación era dañina para la salud.

Finalmente, se expresaron muchas creencias y estereotipos falsos en torno a la homosexualidad, gran parte de ellos con relación a las ITS/SIDA, como se verá más adelante. Sin embargo, también se reafirmó la idea de considerar a los y las homosexuales como un grupo enfermo, sin valores morales y con trastornos mentales, principalmente emocionales. Estas creencias, desarrolladas principalmente por ignorancia, debilitan el respeto y el carácter abierto hacia la diversidad que debe caracterizar la construcción de sociedades democráticas y equitativas.

6. Educación sexual en América Latina

En cierta medida, muchas de las lagunas de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes identificadas en este capítulo, se relacionan con las dificultades enfrentadas en la región para implementar programas de educación sexual. Cada vez se acepta más la necesidad de garantizar el acceso a la educación sexual integral y formadora para el ejercicio de los derechos de ciudadanía, comprendidos los derechos sexuales y reproductivos. Precisamente, muchos países han iniciado programas de educación sexual en el ámbito de la educación formal, ante la preocupación por los riesgos relacionados con la salud reproductiva. Si bien la educación sexual no se reduce al sistema educativo, la escuela es la institución con mayor audiencia cautiva cuyas funciones de socialización, transmisión de la cultura y desarrollo de la personalidad, son universalmente reconocidas.

Aún así, estos avances en la mayoría de los países son insuficientes, no sólo porque no se ha logrado una completa cobertura, sino también porque los contenidos no responden a un enfoque integral; en muchos casos los profesores no han sido preparados para impartirlos; su puesta en práctica no se complementa con acciones formativas a nivel familiar y comunitario y, además, esta formación no va acompañada de acceso a servicios.

En términos de la cobertura, se dispone de datos de encuestas sobre cuatro países (Ecuador, El Salvador, Paraguay y República Dominicana) con el porcentaje de adolescentes que han recibido alguna charla de educación sexual (véase el cuadro V.14). En general, la mitad o más de los adolescentes han participado en alguna de estas charlas, incluso en El Salvador tres de cuatro adolescentes declararon haber recibido educación sexual. Sin embargo, es clara la marginación de las áreas rurales con respecto a las urbanas, ya que se registran diferencias altamente significativas.

En cuanto a los contenidos, se observa que en El Salvador la mayor cantidad de información, recibida se refirió al aparato reproductor femenino y masculino, seguido por el desarrollo del cuerpo, relaciones sexuales y menstruación; la menor información fue sobre lactancia materna y género. En Brasil, Paraguay y República Dominicana los temas más tratados fueron los mismos que en El Salvador. Destacan con menor porcentaje las cuestiones referentes al SIDA, prostitución, homosexualidad, pornografía, e incluso métodos anticonceptivos. En la mayoría de los casos, los cursos se recibieron únicamente en la escuela, aunque se mencionan algunas otras instituciones como centros sociales, hospitales, inclusive iglesias. Empero, los y las adolescentes han expresado un gran deseo de recibir educación sexual, tanto dentro como fuera de las escuelas, con una temática amplia.

Cuadro V.14

Porcentaje de mujeres adolescentes que han recibido alguna charla sobre educación sexual, por lugar de residencia: Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, fecha	Porcentaje de mujeres adolescentes que han recibido alguna charla sobre educación sexual		
	Total	Lugar de residencia	
		Urbano	Rural
Ecuador, 1999	50.8	61.8	33.9
El Salvador, 1998	75.8	86.7	63.6
Paraguay, 1999	66.7	80.9	48.2
República Dominicana, 1992	48.0	62.4	33.6

Fuente: Informes Nacionales de Encuesta CEC

A fin de complementar este análisis, hay que enfocarlo desde la perspectiva de los programas mismos. Si bien en muchos el 33% de los países de la región que han reconocido su preocupación por la educación sexual se incluyen en sus programas de educación sexual los contenidos de anticoncepción, estos programas no parecen ser suficientemente eficaces para responder a las necesidades e intereses reales de las y los adolescentes. Y estas necesidades no se refieren sólo a los cambios biopsicosociales que ocurren en la adolescencia y a los riesgos inherentes al ejercicio de la sexualidad sin protección. Las necesidades de las y los estudiantes presentan variaciones notorias según los grupos de edad, en relación con sus conocimientos y experiencias previas, su pertenencia a diferentes grupos socioeconómicos, su origen rural o urbano, su adscripción a grupos étnicos con características socioculturales específicas.

En cuanto a los objetivos de los programas de educación sexual, se estima que aquellos orientados sólo a la información sobre la incidencia de los embarazos adolescentes y la prevención de las ETS y el SIDA, no son por sí mismos suficientes. Asimismo, programas centrados en un enfoque de riesgos, y por tanto de prevención, en los que se trata a la adolescencia como "problema" también parecen ser ineficaces para responder a las necesidades de las y los adolescentes.

Algunos países han pasado por procesos de "consultas nacionales" para la obtención de consensos y apoyos, como Chile, Colombia, Ecuador, Honduras, Paraguay y Perú (véase el cuadro

V.15). Otros han enfrentado importantes conflictos con sectores conservadores de la Iglesia Católica y grupos de padres de familia. La mayoría de los países del Caribe anglófono, incorporan la educación sexual a los currículos de la educación primaria y secundaria mediante diferentes estrategias pedagógicas. Haití la incorporó en los currículos de 1986 dentro del marco de la Educación en Población, y se encuentra actualmente en período de experimentación un nuevo modelo, con miras a su generalización.

En el cuadro V.15 se intenta, a partir de los datos disponibles, sintetizar el soporte institucional de estos programas así como el nivel de implementación y generalización en que se encuentran. Para ello se considera como paradigma de referencia el concepto de una educación sexual integral², entendida ésta no sólo como el dar información sobre la salud reproductiva - incluida la anticoncepción- sino también el educar en los temas de autoestima y asertividad, en la formación de actitudes y de valores como la responsabilidad, la construcción de la identidad de género con un análisis crítico de los estereotipos sexuales vigentes³. Una educación sexual así concebida permite ampliar el discurso sobre la prevención del embarazo adolescente, de ETS y SIDA y de otros riesgos, orientándolo hacia una perspectiva de género y de derechos para la protección de la integridad de las y los adolescentes y que debe ser complementaria de la educación no formal y comunitaria. Este enfoque integral puede satisfacer las necesidades de los adolescentes en términos de educación y mediante servicios de salud accesibles, confiables y confidenciales, en el marco de políticas que los favorezcan.

Algunas experiencias realizadas en Bolivia, Brasil, Ecuador, Perú y Venezuela sugieren que ésa es la línea de acción más adecuada. La educación sexual como exclusividad del sector educación, aun con el enfoque de derechos y de género, es insuficiente para satisfacer las necesidades de los adolescentes y facilitar el ejercicio de sus derechos. Una clara referencia a los servicios y las condiciones de atención diferenciada que éstos ofrezcan a las y los adolescentes son condiciones indispensables en el logro de ese objetivo. Otra condición para el éxito es la articulación con programas de educación no formal y comunitaria.

En el sentido de orientar la educación sexual así concebida, se requiere desmitificar dos ideas que recurrentemente se manifiestan en la región. Una, que los padres y madres se oponen a la educación sexual y al acceso de sus hijos a los servicios de salud sexual y reproductiva. Variadas son las experiencias en América Latina que refutan esa opinión. Cuando los padres de familia conocen los objetivos de los programas educativos y de los beneficios que obtienen sus hijos cuando reciben

² Si bien la educación sexual exhibe una larga trayectoria en la región desde la década de los años sesenta, tuvo en sus inicios un sesgo biológico. Sus contenidos - básicamente informativos- se referían a la fisiología de la reproducción, a la prevención de las ETS y a la anticoncepción. En la década de los ochenta se pasó a un enfoque preventivo y de riesgos. La educación sexual hoy se concibe como parte de la formación integral y conlleva objetivos formativos -en términos de actitudes y valores- referentes al ejercicio de una sexualidad sana, libre, responsable y placentera. Incluye la información sobre la salud sexual y reproductiva y la promoción de actitudes y valores para el ejercicio de la equidad de género. Como tal, se viene incorporando en leyes educativas, planes nacionales, decretos legislativos y en los currículos de la educación primaria y secundaria, con distintos grados de logro en su implementación

³ También se debe incluir el conocimiento del cuerpo y de su fisiología, así como la prevención de la violencia sexual. Por tanto, esta educación sexual se inicia desde que la persona nace. Se puede hacer sistemáticamente valorativa y gradualmente informativa. Aquí se propugna por iniciarla lo mas temprano posible en la escuela, como complementaria de la acción familiar y comunitaria.

atención o asesoría, no hay oposición. En varios países se ha encontrado interés y apoyo, tales como Brasil, El Salvador, Honduras, Paraguay. En otros, como Perú, se realizaron investigaciones que evidencian el interés de los padres de familia de que la escuela se responsabilice de educar a sus hijos en esta materia y de que sus hijos reciban los beneficios del seguro médico escolar (Pathfinder, 1999).

La otra idea que se expresa frecuentemente es que la educación sexual contribuye a "despertar" los intereses por el ejercicio temprano de la sexualidad y promueve la promiscuidad, lo que ha sido refutado por resultados de investigaciones en diversos países (Cuba, la República Dominicana y Venezuela, por ejemplo) en los que se patentiza que los programas de educación sexual integral (no meramente informativos o preventivos) contribuyen a retardar el inicio de las relaciones sexuales y a un ejercicio responsable en aquellos que ya las habían iniciado. En República Dominicana una evaluación de impacto de un programa de formación en salud sexual y reproductiva y acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes y jóvenes de 15-24 años de barrios populares de Santo Domingo y de otras tres ciudades del sur del país, comparando una línea basal a fines de 1998 con una investigación en enero-febrero de 1999, logró determinar que efectivamente dicho programa no contribuyó ni a la mayor precocidad del inicio de la vida sexual ni a la mayor promiscuidad. En cambio, los y las jóvenes involucrados en esta actividad retrasaron el inicio de sus relaciones sexuales y disminuyó el número de parejas sexuales durante el período evaluado (PROFAMILIA, IDDI, FNUAP, 2000).

Se impone generalizar el procedimiento de evaluación de impacto, a fin de determinar la medida en que los programas actualmente en desarrollo con esta visión más integral conducen efectivamente a mejorar las capacidades de los y las adolescentes de tomar decisiones más acertadas en torno a su salud sexual y reproductiva. Las actividades realizadas en este sentido en Cuba, Perú y Venezuela indican el camino a seguir.

7. Conclusiones

En este capítulo se han tratado los temas del conocimiento de los aspectos de salud sexual y reproductiva, así como algunos asuntos relacionados con los programas de educación sexual en la región. Así, se ha mostrado que el conocimiento básico de la existencia de anticonceptivos y del SIDA es generalizado entre adolescentes, salvo algunas variaciones en función de su situación social o económica. La excepción se encuentra en Guatemala, y en menor medida, Bolivia y Perú, países que se caracterizan por la presencia de poblaciones indígenas, que en la mayoría de los casos han estado excluidas de los programas educativos y/o del acceso a la información vía los medios de comunicación.

Existe, sin embargo, casi en todos los países, un desconocimiento o, en el mejor de los casos, un conocimiento precario acerca de los diversos métodos disponibles, de su fuente de obtención, del período fértil, del uso del condón como método de prevención de enfermedades, y de aspectos específicos sobre SIDA y principalmente las infecciones de transmisión sexual (ITS). Esto indica que aún hay mucho por hacer para mejorar el conocimiento y eliminar mitos e ideas erróneas respecto de la sexualidad y la reproducción. En general, en cuestiones más específicas se advirtió que las diferencias por lugar de residencia, nivel de escolaridad y nivel de pobreza son mayores. Este desconocimiento se fortalece aún más por la existencia de creencias no fundamentadas en relación con la sexualidad y la salud sexual, que constituyen la cotidianidad de muchos y muchas adolescentes. Indudablemente, el

conocimiento nulo, escaso y/o incorrecto, representa un factor importante de riesgo que coloca a los y las adolescentes en una posición de franca vulnerabilidad.

Los programas de educación sexual han sido una de las vías que en América Latina ha permitido que los y las adolescentes hayan ido adquiriendo los conocimientos básicos sobre sexualidad y reproducción. El análisis de las experiencias de la región revela que, a pesar de lo logrado en el diseño e implementación de estos programas, estos avances son todavía limitados.

En primer lugar, se han enfrentado serias dificultades para implementar estos programas con cobertura nacional. A pesar de los acuerdos internacionales y el compromiso de los países, su desarrollo se ha encontrado con una serie de barreras, muchas de ellas relacionadas con la no comprensión de su importancia en la formación del adolescente y con la acción de ciertos grupos de presión que en algunos países bloquean muchas de las iniciativas, privilegiando un enfoque limitado a ciertas opciones consideradas como las únicas válidas. Precisamente, los programas existentes presentan la limitación de impartirse en el ámbito escolar o de manera informal por ONG, integrando sólo parcialmente a los adolescentes externos a este círculo. Además de los problemas anteriores, también hay limitaciones en los contenidos; en muchas ocasiones, la educación sexual se limita a aspectos biológicos y se centra poco en el desarrollo más integral del y de la adolescente. Los avances en este sentido son aún incipientes.

Sobre la base de estos resultados, se considera relevante articular las experiencias de los sectores formal y no formal, incluir en los programas de educación los componentes adecuados de educación sexual desde la niñez e incorporar en los programas educativos a la comunidad docente (padres, adolescentes, maestros y comunidad), fomentando metodologías de educación más activas que potencien el autoaprendizaje y el mutuo aprendizaje.

Cuadro V.15
Situación actual de los programas de educación sexual (ES) en los países de América Latina y el Caribe

País	Sustento institucional para la Educación Sexual	Estado de implementación de la Educación Sexual	Limitaciones y oportunidades
Argentina	Contenidos básicos comunes para la Educación General Básica, la Educación Polimodal (secundaria) y Formación Docente, Ministerio de Educación, 1995, que incluyen transversalmente la ES.	Dado que existe autonomía a nivel de provincias (estados), la aplicación de los currículos no está generalizada. Hay experiencias en marcha en las escuelas oficiales de las provincias de Buenos Aires y Mendoza.	Fuerte influencia de algunos sectores de la Iglesia Católica dificultan la generalización de la ES. Necesidad de promoción con gobiernos provinciales.
Bolivia	Ley de Educación No. 1565 del 7 de julio de 1994. Reforma Educativa. Programas de estudio de la educación primaria	Aplicación de los programas de la Reforma Educativa en grados 1 a 4 del nivel primario. Aplicación de nuevos programas en la Educación Alternativa (no formal de jóvenes y adultos) Experiencias demostrativas en la educación secundaria, apoyadas por ONG, UNFPA y otros, en Santa Cruz, La Paz, El Alto y Cochabamba.	Lenta implementación de la Reforma Educativa. Alrededor del 35% de las y los alumnos del primer ciclo de la educación primaria están siendo educados con los nuevos programas de estudio. Necesidad de continuar apoyando los procesos de elaboración curricular y de capacitación de docentes. En Educación Alternativa, de baja cobertura, la aplicación de los nuevos programas está en proceso de generalización. Necesidad de apoyo técnico para la re estructuración de las escuelas normales e Institutos de Formación de Profesores.
Brasil	Parámetros curriculares nacionales aprobados en 1996	Los estados federales están aplicando los nuevos programas con tendencia a la generalización de la ES en todo el país. Realización de experiencias demostrativas en los estados del Nordeste con apoyo del UNFPA.	Necesidad de apoyar la generalización en los estados del Nordeste dada su escasez de recursos humanos y financieros, promoviendo la cooperación horizontal con Estados del Sur.
Países del Caribe	Resolución de los Ministros de Educación del CARICOM sobre Salud y Educación para la Vida Familiar (HFLE). Plan de Acción Regional de la	Barbados, Dominica y Granada no tienen currículos estandarizados, pero la HFLE está incorporada en la educación primaria, aunque en Dominica no	Pese al sostenido apoyo del UNFPA, las experiencias piloto no han sido generalizadas. Hay dificultades para la incorporación en la educación secundaria. Resistencia de los docentes a tratar temas de sexualidad con los alumnos. El sector salud y las ONG se encargan de suplir la función de los docentes, del

País	Sustento institucional para la Educación Sexual	Estado de implementación de la Educación Sexual	Limitaciones y oportunidades
	Cumbre de la Juventud del Caribe, octubre, 1998)	incluye reproducción y anticoncepción. En primaria, al igual que en Santa Lucía, Jamaica aún la está incorporando como parte formal del currículo.	entrenamiento y de la producción de materiales educativos de apoyo. Si bien en Santa Lucía se han producido excelentes materiales de apoyo, su número es insuficiente. El sector salud y las ONG juegan el rol principal en la implementación de HFLE. No es obligatoria la aplicación en el nivel de formación de docentes ni en preparatoria. La Iglesia Católica tiene una importante influencia.
Chile	Política de Educación de la Sexualidad (intersectorial), aprobada en 1993	Los procesos de descentralización educativa dejan libertad a regiones y municipios para la aplicación de los currículos. La ES no está generalizada en el país. Las experiencias de JOCAS han activado el tratamiento del tema.	Resistencia de los docentes que no se sienten calificados limitan la generalización, así como la oposición de algunos sectores de la Iglesia Católica.
Colombia	Ley de Educación No.115 del 8 de febrero de 1994. Resolución No. 03353 del 2 de julio de 1993.	Gran impulso dado por el Proyecto Nacional de ES y por la resolución de obligatoriedad de desarrollar proyectos pedagógicos en todas las escuelas del país.	Desarrollo desigual según departamentos. Necesidad de seguimiento y de apoyo a los departamentos de menores recursos y al Proyecto Nacional de ES que ha perdido presencia en el Ministerio de Educación debido a presiones de la Iglesia Católica.
Costa Rica	Programas Intersectoriales e Interinstitucionales "Amor Joven" y "Construyendo Oportunidades" de la Oficina de la Primera Dama.	El Ministerio de Educación es el encargado de implementar la educación sexual en las escuelas primarias y secundarias. Sin embargo, el proceso no está consolidado. Hay avances en la coordinación entre los proyectos intersectoriales y el proyecto de Educación en Población del Ministerio de Educación.	Algunos grupos de la Iglesia Católica opuestos a "Amor Joven" lograron modificaciones sobre la concepción de los temas de género, participación de los jóvenes y derechos que afectan el enfoque integral de la educación sexual. Existen limitaciones en la concepción e implementación del programa.
Cuba	Programa Nacional de Educación Sexual. Acuerdo Interministerial Educación/Salud. Currículos aprobados (1997). Resolución	La experiencia iniciada con apoyo del UNFPA en 1996 se está generalizando en el país, basándose en la Resolución	Limitaciones de orden financiero para la capacitación de los docentes y para la disponibilidad de materiales de apoyo. No obstante, los resultados de evaluación de impacto realizados muestran claras relaciones entre la implementación de este

País	Sustento institucional para la Educación Sexual	Estado de implementación de la Educación Sexual	Limitaciones y oportunidades
	Ministerial No.90/98.	Ministerial 90/98, que establece la aplicación en todos los centros educativos del programa "Educación Formal para una conducta sexual responsable"	programa integral y cambios en conocimientos, actitudes y prácticas de las y los alumnos. La generalización del programa está dada en el tercer ciclo de la educación básica.
Ecuador	Decreto Ley No. 73 sobre Educación Sexual y el Amor, 1998 y Plan Nacional de Educación Sexual (PLANESA), 1999.	Experiencias demostrativas auspiciadas desde 1993 por UNESCO-UNFPA y ONG, que se han realizado en provincias de Sierra y Costa, servirán de base a la generalización que se espera iniciar en 2000.	Necesidad de apoyar al PLANESA en sus acciones estratégicas para introducir la ES en las actividades pedagógicas financiadas por el Banco Mundial (PROMECEB)
El Salvador	No existe aún. Se trabaja en una Política Nacional sobre Niñez y Adolescencia que incluiría la Educación Sexual.	La Educación en Salud Sexual y Reproductiva está incorporada en los currículos de la educación formal desde la educación parvularia hasta el 9º grado de la educación básica. Sin embargo su implementación no está generalizada.	Escasa sensibilización y capacitación de los docentes y de la sociedad en general. Ausencia de supervisión de la implementación. Oposición de grupos religiosos conservadores.
Guatemala	Acuerdo Intersectorial sobre Educación en Población, 1992, y Acuerdo Legislativo del Congreso de la República, 1995.	Incorporación a los currículos de la Reforma Educativa y aplicación limitada a las escuelas en las que se capacitaron docentes mediante el apoyo de UNFPA.	Necesidad de continuar apoyando a la Comisión Intersectorial para el logro de la generalización de la ES (esta Comisión incluye a la Iglesia Católica).
Haití	Plan Nacional de Educación	Experiencia demostrativa iniciada en 1998 en 39 escuelas de tres departamentos. Reajuste y actualización de los currículos de la enseñanza fundamental, áreas de ciencias sociales y ciencias experimentales que habían introducido algunos temas en la reforma de 1986, que quedó inconclusa por razones políticas	Dificultades para la generalización de la ES debido al predominio de escuelas privadas y las dificultades de coordinación entre gobierno y sector privado. Necesidad de fortalecer al Ministerio de Educación en esta tarea.

País	Sustento institucional para la Educación Sexual	Estado de implementación de la Educación Sexual	Limitaciones y oportunidades
Honduras	Código de Salud, 1991. Plan de Acción Nacional para el Desarrollo Humano, la Infancia y la Juventud, 1992. Código de la Niñez y la Adolescencia (1996). Ley de Prevención del VIH/SIDA, 1999 que incorpora en forma obligatoria la educación sexual en los programas de educación formal.	Los textos escolares de la educación básica, en especial los de 5° y 6° grados incorporan temas de educación sexual en apoyo a los currículos de Ciencias Naturales. En el ciclo común de la educación secundaria (1° a 3°) se incluyen temas de educación sexual en Ciencias Naturales, Estudios Sociales, Actividades Prácticas y Educación Cívica.	Necesidad de apoyar estos procesos que ven limitada su generalización por la oposición de sectores religiosos conservadores.
México	Programa Nacional de Población 1995-2000. Programas y textos escolares para la educación primaria y secundaria, 1993.	La política de textos gratuitos garantiza la generalización de la ES. Los textos escolares de 5° y 6° grado de la educación primaria son un ejemplo de enfoque integral.	Necesidad de apoyar el nivel de formación de docentes, donde no está generalizada la ES (Universidades pedagógicas y otros)
Nicaragua	Política de Educación Sexual del Ministerio de Educación desde 1994. Convenio entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación. Política de Población, 1997	Implementación limitada en cobertura y en contenidos de la educación sexual. La aprobación de la Política de Población y de su Plan de Acción ha favorecido la elaboración de un subprograma de educación en población y de la sexualidad con enfoque integral, que se encuentra en consulta nacional para su posterior aprobación.	En la práctica, la Política de Educación Sexual trata sólo de promoción de la abstinencia. Aún así su implementación no ha sido generalizada. Existe una circular por la que se impide que personas ajenas al Ministerio de Educación lleguen a las escuelas a tratar temas de educación sexual. Se espera que la puesta en marcha de las acciones del nuevo subprograma logren un impacto mayor, dado su enfoque integral y su compromiso con la Política Nacional de Población.
Panamá	Ley No. 4 del 29 de enero de 1999. Código de Familia.	Incluida en la formación magisterial y en los currículos de la educación primaria y secundaria, con apoyo del UNFPA desde 1989.	Implementación parcial debido a insuficiente apoyo político y a limitada capacidad técnica en el nivel central del Ministerio de Educación.
Paraguay	La Reforma Educativa. Delineamientos curriculares, 1993,	Se inició la capacitación de los docentes y, con apoyo del BID,	Oposición de grupos de padres de familia, de la opinión pública y de los propios docentes.

País	Sustento institucional para la Educación Sexual	Estado de implementación de la Educación Sexual	Limitaciones y oportunidades
	establecen la incorporación de la educación familiar y sexual en los currículos de la educación primaria y secundaria	el Ministerio de Educación (MEC) produjo textos escolares para la educación primaria que incluyen educación de la sexualidad con perspectiva de género.	Insuficiencia de formación de los docentes para el desarrollo de la educación sexual, falta de materiales didácticos apropiados y de una estrategia de trabajo con los padres de familia
Perú	Ley de Política Nacional de Población. Programa Nacional de Población 1997-2000. Currículos de los niveles primario, secundario y Formación Docente, 1997-1999 Programa Nacional de Educación Sexual. Acuerdo interministerial educación/salud.	Aplicación en un 70% de las escuelas del nivel secundario. Inicio de la aplicación en el segundo ciclo del nivel primario y en la formación docente.	Necesidad de apoyar estrategias que aseguren la referencia a servicios para adolescentes y generalización del seguro escolar.
República Dominicana	Política Nacional de Adolescencia y Juventud 1998-2003, en su parte relativa a Políticas de Educación, establece el desarrollo de programas de prevención de ETS, VIH/SIDA y embarazo adolescente". El capítulo de Políticas de Salud indica "implementar jornadas de educación sexual para los jóvenes, padres/madres y maestros".	Limitado. El Ministerio de Educación no ha incorporado la educación sexual hasta la fecha.	Fuerte influencia de la Iglesia Católica que limita la implementación y generalización de la educación sexual en el sistema educativo formal. Limitación del enfoque de la política a los aspectos preventivos.
Venezuela	Currículos para los tres ciclos de la educación básica incluyen educación sexual con un enfoque integral.	Inicio de la implementación en las escuelas bolivarianas.	Apoyar el plan de escuelas bolivarianas a fin de lograr la generalización.
Uruguay	No existen programas oficiales que incluyan la educación sexual.	Desarrollo de algunos programas específicos en municipios.	Controversias en el interior del Ministerio de Educación sobre la necesidad de su inclusión.

VI. USO DE ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES

Juan Manuel Contreras

Jose Miguel Guzmán

Ralph Hakkert

Introducción

Aunque los y las adolescentes parecen conocer distintas alternativas de anticoncepción, sólo algunos de ellos ponen en práctica este conocimiento. Además de que una parte de los adolescentes no es sexualmente activa, la escasez de información más precisa sobre la anticoncepción es uno de los problemas asociados al bajo uso de anticonceptivos en este grupo etario. Sin embargo, hay muchos otros factores socioeconómicos y culturales que impiden el uso eficaz de anticonceptivos: las relaciones sexuales repentinas, la dificultad de discutir ampliamente sobre el tema, la actitud negativa hacia los anticonceptivos y la escasez de proveedores de métodos adecuados en tiempo y lugar, son algunas de las barreras en el uso de anticonceptivos en adolescentes. En cuanto al acceso de los adolescentes a métodos anticonceptivos, se destaca que a pesar del auge de la planificación familiar en América Latina y el Caribe, y del impulso dado a la promoción del uso de anticonceptivos, la preocupación por atender las necesidades específicas de los adolescentes es muy reciente.

1. Uso actual

Al caracterizar la situación del uso actual en la región de métodos anticonceptivos en adolescentes (véase el cuadro VI.1), se observa que estos valores no se relacionan directamente con los niveles de fecundidad anteriormente mostrados. Por lo tanto, el uso de anticonceptivos sólo explica parte de las diferencias observadas en la fecundidad adolescente. Otros factores, en especial la edad de entrada en unión, serían aun más relevantes. Por ejemplo, en Haití, a pesar de que el uso de anticonceptivos en mujeres unidas es bajo, la fecundidad es inferior a la de Brasil, debido a que en el primer país las mujeres inician más tardíamente su sexualidad y su nupcialidad.

En general, se observa que el porcentaje del total de adolescentes que usan anticonceptivos es bajo; oscila de 2% al 5% en Bolivia, Guatemala, y Haití, hasta casi 30% en Jamaica, lo que en parte se explica por el hecho de que un gran número de estas adolescentes nunca han tenido relaciones sexuales. Es por ello que se ha calculado este mismo indicador para las adolescentes unidas y las no unidas 'sexualmente activas'. Con la excepción de Guatemala y Haití, países en los que el uso es débil aun en las mujeres unidas (menos del 15 %), en los demás países las adolescentes unidas tienen tasas de prevalencia anticonceptiva cercanas o superiores al 30 %. Sin embargo, incluso en los países que muestran un uso de anticonceptivos elevado en mujeres adolescentes, este uso es menor que en las mujeres de 20 años y más, por el hecho de que en esta edad las mujeres unidas están iniciando su vida reproductiva y probablemente están deseando tener hijos.

Cuadro VI.1

Porcentaje de mujeres adolescentes que usan actualmente un método anticonceptivo.
Total, unidas y no unidas sexualmente activas: América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Unidas	No unidas, sexualmente activas
Belice, 1991	..	26.2	..
Bolivia, 1998	5.1	30.7	63.5
Brasil, 1996	14.8	54.0	65.9
Colombia, 1995	10.9	50.7	66.8
Costa Rica, 1990	2.6	52.0	66.0
Ecuador, 1999	..	37.1	..
El Salvador, 1998	..	33.4	..
Guatemala, 1995	2.8	12.1	43.5
Guyana, 1992	..	18.1	..
Haití, 1995	3.6	10.7	23.2
Honduras, 1996	..	27.6	..
Jamaica, 1993	29.3	58.8	..
México, 1996	7.7	43.5	..
Nicaragua, 1998	11.3	39.9	22.3
Paraguay, 1998	..	44.6	..
Perú, 1996	7.5	46.0	69.8
República Dominicana, 1996	10.1	34.9	57.9
Suriname, 1992	..	29.6	..
Trinidad y Tabago, 1987	9.7	42.4	42.9
Venezuela, 1998	10.3	59.6	40.0

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS, Encuestas CDC y otras

Asimismo, es importante que en la mayoría de los países se registre un mayor uso en las no unidas sexualmente activas que en las unidas, lo que echa por tierra la creencia de que las adolescentes solteras que practican vida sexual no se protegen de un embarazo. Los porcentajes de este indicador en las adolescentes no unidas sexualmente activas, alcanza más del 60% en Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica y Perú. En cambio, el porcentaje menor se presenta en Haití y Nicaragua, países en los que las adolescentes no unidas sexualmente activas estarían exponiéndose a embarazos no deseados.

El mayor uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres no unidas sexualmente activas podría ser consecuencia del deseo por parte de muchas mujeres casadas o unidas de embarazarse. Con objeto de averiguar si esta interpretación es correcta, se preparó el cuadro VI.2, que compara el porcentaje de uso de algún método anticonceptivo entre cuatro grupos

de mujeres: casadas o unidas, sexualmente activas con pareja estable, con parejas ocasionales, y con experiencia sexual pero actualmente no sexualmente activas; en todos los casos las entrevistadas declararon no desear hijos adicionales durante los próximos 12 meses. Como se observa, las diferencias se mantienen, con un uso elevado de anticonceptivos entre mujeres solteras con pareja sexual regular, intermedio entre mujeres casadas o unidas y bajo entre mujeres no sexualmente activas o con parejas ocasionales. En consecuencia, más que diferencias en el conocimiento o acceso a métodos, es probable que sean diferentes grados de motivación los factores que explican estos resultados, en la medida en que las mujeres solteras con pareja sexual regular pueden estar más motivadas para evitar un embarazo no deseado que las unidas, mientras que para las demás categorías, la actividad sexual es algo inexistente o esporádico.

Cuadro VI.2

Porcentaje de uso de anticonceptivos entre mujeres que no desean hijos en los próximos 12 meses, por categoría de actividad sexual: América Latina y el Caribe

País, fecha	Grupos de edades	Porcentaje de uso de algún método anticonceptivo			
		Unidas	No unidas, con pareja sexual regular	No unidas, con pareja sexual ocasional	No unidas, con experiencia sexual, pero sin actividad sexual actualmente
Bolivia, 1998	15-19	31.8	64.3	11.1	11.0
	20-24	45.0	60.0	17.7	14.9
Brasil, 1996	15-19	57.0	70.1	26.0	14.5
	20-24	65.3	85.8	30.8	18.1
Colombia, 1995	15-19	55.0	74.1	15.5	8.6
	20-24	62.2	78.6	32.1	13.1
Guatemala, 1995	15-19	14.7	-	10.0	-
	20-24	23.7	36.4	-	5.0
Nicaragua, 1998	15-19	41.7	57.1	10.9	5.7
	20-24	53.9	50.0	18.0	3.4
Perú, 1996	15-19	47.1	71.1	6.1	8.0
	20-24	60.0	83.8	19.8	7.7
República Dominicana, 1996	15-19	36.9	75.0	18.4	-
	20-24	46.2	65.6	23.9	8.1

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-III

Aun tomando en cuenta los bajos porcentajes de uso de anticonceptivos en mujeres casadas o unidas, al revisar las tendencias en los países, comparando la encuesta más reciente con anteriores, se encontró que entre las adolescentes unidas en todos los países analizados este índice ha aumentado, con mayor énfasis en Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú y República Dominicana.

Al analizar el cuadro VI.3 se constata que el uso de anticonceptivos en áreas urbanas es mayor. A su vez, no es sorprendente que a mayor nivel de escolaridad haya un mayor uso de métodos anticonceptivos. En el desglose por quintiles de pobreza, la situación es similar, a menor pobreza mayor uso. Sin embargo, en Bolivia, Brasil, Colombia y Nicaragua el

quintil con mejor nivel económico no es el que tiene el mayor uso de métodos. Se trata, no obstante, de un grupo significativamente pequeño.

Cuadro VI.3
Porcentaje de mujeres adolescentes de 15-19 años unidas que usan métodos anticonceptivos, por características socioeconómicas: América Latina y el Caribe, 1987-1998

	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Quintiles de pobreza				
	Urbano	Rural	Ninguno	Pri- maria	Secun- daria	Medio y +	1	2	3	4	5
Belice, 1991	55.1	33.2	..	20.4	31.3	..	..	..	..	..	..
Bolivia, 1998	34.8	25.5	12.1	24.4	39.7	..	16.7	27.9	33.3	55.8	25.0
Brasil, 1996	58.6	42.7	64.7	36.6	64.9	..	41.0	57.5	63.6	64.4	61.3
Colombia, 1995	55.9	42.1	..	46.5	57.8	60.0	33.8	43.9	62.0	69.4	52.6
El Salvador, 1998	35.7	31.6	14.0	31.2	37.2	45.2	..	..	..	..	..
Guatemala, 1995	26.6	6.5	0.6	12.0	40.4	..	1.3	5.3	6.3	23.4	44.4
Haití, 1995	16.1	5.8	6.8	8.9	22.2	..	0.0	2.4	9.1	17.9	20.6
Honduras, 1996	30.3	22.7	18.8	27.3	47.6	..	..	..	..	..	..
Jamaica, 1993	62.0	56.6	..	52.2	64.2	..	..	..	..	..	..
Nicaragua, 1998	47.8	31.6	33.3	38.0	46.0	62.5	26.4	40.2	45.5	49.7	43.8
Paraguay, 1990	37.7	34.7	33.3	33.3	48.3	..	..	..	..	..	..
Perú, 1996	53.7	38.4	26.2	42.0	51.8	52.8	33.2	49.6	46.0	61.2	69.0
Rep. Dominicana, 1996	36.2	33.9	23.3	36.8	33.7	..	35.4	26.4	40.6	35.7	37.5
Trinidad y Tabago, 1987	45.2	40.3	..	41.9	42.5	..	..	..	..	..	..

Fuente: Cálculos propios e Informes Nacionales de Encuestas DHS Y CDC

Con respecto a los hombres (véase el cuadro VI.4), el uso de anticonceptivos es mayor que en las mujeres y, al igual que las mujeres adolescentes, los que más se cuidan son los no unidos sexualmente activos. Incluso en Brasil y Perú, alrededor de 3 de cada 4 usan algún método anticonceptivo. El uso mayor entre los varones resulta de su comportamiento sexual, muy distinto al de las mujeres, y se asocia a una práctica sexual más frecuente en estas edades.

Cuadro VI.4
 Porcentaje de hombres adolescentes de 15-19 años que usan actualmente un método anticonceptivo. Total, unidos y no unidos sexualmente activos:
 América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Unidos	No unidos, sexualmente activos
Bolivia, 1998	18.9	39.7	58.2
Brasil, 1996	33.2	63.2	73.0
Haití, 1995	16.5	...	36.2
Honduras, 1996	..	61.6	..
Nicaragua, 1998	16.4	52.0	47.6
Perú, 1996	20.3	50.0	72.2
República Dominicana, 1996	14.6	30.2	49.2

Fuente: Informes Nacionales DHS-III y cálculos propios basados en los mismas Encuestas.

En cuanto a los métodos usados entre las adolescentes unidas (véase el cuadro VI.5), predomina la píldora en la mayoría de los países (Belice, Brasil, Colombia, Ecuador El Salvador Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana, Trinidad y Tabago y Venezuela); sin embargo, en Guatemala y Perú se impone la inyección y en Haití y Jamaica el condón. Bolivia es el único país en que la abstinencia periódica o ritmo, destaca como el método más usado por las adolescentes unidas.

En términos absolutos, hay pocas adolescentes no unidas que se encuentren usando actualmente algún método; sin embargo, entre ellas el método más utilizado en la mayoría de los países analizados fue también la píldora, en tanto que al ritmo se acude en Bolivia y Perú, al DIU en Nicaragua y, al igual que en las unidas, al condón en Haití.

A diferencia de las mujeres, los hombres declaran que el método más utilizado, en todos los países, es el condón, seguido por el ritmo en Bolivia y Perú, el *coitus interruptus* en Haití y la píldora en Brasil, Nicaragua y República Dominicana. Esta conducta se debe a que la mayoría de estos varones no están unidos o tienen relaciones con parejas no estables; al mismo tiempo puede estar asociada a las campañas preventivas del SIDA que incentivan su uso con fines profilácticos.

Las diferencias en los patrones de uso entre hombres y mujeres obedece a que las parejas de uno u otro sexo no están necesariamente en el mismo grupo de edad. Como ya se vio anteriormente, las parejas de las mujeres adolescentes se ubican principalmente en el grupo de hombres de 20-24 años.

Por otro lado, el uso de anticonceptivos en la primera relación es muy bajo. Incluso en países como Ecuador, El Salvador, Haití y Honduras el porcentaje de jóvenes entre 15-24 años que usó anticonceptivos en la primera relación sexual no alcanza el 10%. En Brasil,

Costa Rica y Paraguay es alrededor del 30%. El más alto valor se registró en Jamaica (56%). La principal razón para no usar anticonceptivos declarada por los adolescentes fue que no esperaban tener relaciones en ese momento, que no conocían métodos y que no se preocuparon de eso.

Cuadro VI.5
Distribución porcentual de adolescentes unidas que usan anticonceptivos,
según método usado: América Latina y el Caribe

País, fecha	Método usado por adolescentes unidas							Total
	Píldora	DIU	Inyección	Condón	Ritmo	Retiro	Otros	
Belice, 1991	49.0	6.5	26.8	2.3	6.5	0.0	8.8	100.0
Bolivia, 1998	9.8	12.2	4.9	4.9	56.1	8.5	3.7	100.0
Brasil, 1996	67.2	2.2	5.5	12.0	1.6	9.8	1.6	100.0
Colombia, 1995	37.2	12.8	8.8	8.1	6.1	17.6	9.5	100.0
Ecuador, 1994	33.3	28.8	0.0	7.9	19.1	10.9	0.0	100.0
El Salvador, 1998	33.9	2.7	28.2	9.0	4.2	18.9	0.9	100.0
Guatemala, 1995	29.3	6.7	40.0	10.7	9.3	4.0	0.0	100.0
Haití, 1995	0.0	0.0	19.0	47.6	9.5	19.0	4.8	100.0
Honduras, 1996	36.2	19.6	0.0	7.2	9.4	20.7	6.9	100.0
Jamaica, 1997	30.5	4.3	13.7	45.9	0.0	5.6	0.0	100.0
México, 1992	29.7	33.5	10.6	8.7	16.3	0.0	1.2	100.0
Nicaragua, 1998	52.8	18.7	15.7	7.7	0.9	1.5	2.7	100.0
Paraguay, 1990	27.0	11.7	25.1	17.6	2.1	12.1	4.5	100.0
Perú, 1996	14.0	12.2	31.8	8.6	25.0	4.5	3.9	100.0
Rep. Dominicana, 1996	63.4	3.5	2.8	2.1	2.1	8.5	17.6	100.0
Trinidad y Tabago, 1987	42.4	3.4	0.0	18.6	3.4	25.4	6.8	100.0
Venezuela, 1998	55.4	10.9	3.0	7.9	4.0	18.8	0.0	100.0

Fuente: Informes Nacionales de las Encuestas DHS, CDC y otras

2. Razones declaradas para no usar métodos anticonceptivos en adolescentes

En el cuadro VI.6 se observa que, a excepción de Guatemala y Haití, en la mayoría de los países es bajo el porcentaje de adolescentes que no usan anticonceptivos y no tienen intención de hacerlo en el futuro. Valga puntualizar que, en general, este porcentaje es menor en las no unidas sexualmente activas que en las unidas. Las principales razones que se encontraron a esta postura fueron el miedo a sufrir efectos colaterales por el uso de métodos, el desconocimiento de éstos, la oposición a la planificación familiar y el deseo de más hijos. Las barreras culturales y la falta de información se hacen presentes principalmente en Guatemala, en donde una de cada dos adolescentes unidas no desean usar anticonceptivos. En este país también resalta la proporción de adolescentes que declararon la prohibición de su religión respecto del uso de métodos.

Cuadro VI.6

Porcentaje de adolescentes unidas y no unidas sexualmente activas que no usan anticonceptivos y no tienen intención de usar en el futuro, y razones principales del no uso: América Latina y el Caribe.

País, fecha	Adolescentes que no usan anticonceptivos y no tienen intención de usar en el futuro			
	Unidas		No unidas, sexualmente activas	
	Porcentaje	Principales razones	Porcentaje	Principales razones
Bolivia, 1998	14.2	No conoce métodos, miedo a la efectos colaterales	5.0	Miedo a efectos colaterales
Brasil, 1996	4.7	Se opone a la PF, deseo de más hijos	2.4	Se opone a la PF
Colombia, 1995	2.5	Se opone a la PF, deseo de más hijos	1.4	Miedo a efectos colaterales
Guatemala, 1995	50.3	No conoce métodos, se opone a la PF	19.2	Miedo a efectos colaterales
Haití, 1995	38.6	Se opone a la PF, deseo de más hijos	37.0	No conoce métodos
Nicaragua, 1998	10.8	Se opone a la PF, deseo de más hijos	10.2	Se opone a la PF
Perú, 1996	4.8	No conoce métodos, miedo a la salud	1.0	No conoce métodos
Rep. Dominicana, 1996	8.4	Se opone a la PF, deseo de más hijos	11.6	Miedo a efectos colaterales

Fuente: Cálculos propios basados en DHS-III.

3. Actitudes de los jóvenes hacia el uso de anticonceptivos

a) Aceptabilidad

En el cuadro VI.7 se muestra la aceptabilidad de adolescentes a la planificación familiar. Se observa que, en todos los países, la gran mayoría revela una importante apertura en este sentido. Salvo Guatemala, en el resto de los países analizados entre 8 y 9 de cada 10 adolescentes, tanto varones como mujeres, aprueban la planificación familiar. En el desglose por sexo, las diferencias no son significativas; con todo, sorprende que a excepción de Nicaragua en el resto de los países la aprobación de los adolescentes varones sea ligeramente mayor.

A pesar de la alta aceptación, se descubrió que en la mayoría de los casos, tanto en hombres como en mujeres, había más aceptación en el grupo de 20-39 años. El grupo que menor porcentaje de aceptación presentó entre los varones fue el de mayores de 40 años, excepto en Haití, donde fueron los adolescentes. En muchos casos, los y las adolescentes no declararon aprobar la planificación familiar argumentando que no estaban seguros, lo que refleja un mayor nivel de incertidumbre de ellos respecto de otros grupos de edad.

Cuadro VI.7
 Porcentaje de adolescentes que aprueban la planificación familiar, por sexo:
 América Latina y el Caribe

País, fecha	Porcentaje de adolescentes que aprueban la planificación familiar	
	Mujeres	Varones
Bolivia, 1998	81.8	84.3
Brasil, 1996	86.2	86.4
Colombia, 1995	94.2	..
Guatemala, 1995	55.4	..
Haití, 1995	81.1	87.1
Nicaragua, 1998	91.6	87.1
Perú, 1996	89.2	92.3
Rep. Dominicana, 1996	85.1	..

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-III

En todos los casos, el porcentaje de aceptación fue mayor en adolescentes que viven en áreas urbanas, con mayor grado de escolaridad y de menor nivel de pobreza. Aunque es generalizada la aceptación hacia la planificación familiar, continúa habiendo grupos que se oponen a su desarrollo y difusión, ya sea por factores culturales o por falta de conocimiento integral sobre el tema.

b) Discusión de las parejas sobre planificación familiar

Uno de los aspectos fundamentales en la decisión del uso de anticonceptivos se refiere a la forma en que se toma esta decisión en el interior de la pareja. En muchos casos, hay discrepancias de la mujer con su esposo o compañero, y ello puede limitar la capacidad de la mujer de usar o no un método anticonceptivo. En el cuadro VI.8 se presenta la percepción de las adolescentes unidas con respecto a la actitud de sus esposos sobre la planificación familiar. Se aprecia que, principalmente en Guatemala y Haití, hay una proporción importante que no conoce la actitud de su esposo, lo que refleja el bajo nivel de comunicación en la pareja. A esto se puede sumar el hecho de que en algunos países, especialmente en Guatemala y en menor medida en Bolivia y la República Dominicana, una proporción significativa de las mujeres adolescentes unidas han declarado que sus esposos o compañeros no aprueban la planificación familiar.

Cuadro VI.8

Distribución porcentual de las mujeres adolescentes unidas, según la actitud que perciben en sus esposos en torno a la planificación familiar: América Latina y el Caribe

País, fecha	Actitud del esposo			
	No aprueba	Aprueba	No sabe	Total
Bolivia, 1998	16.1	65.9	18.0	100.0
Colombia, 1995	9.9	84.3	5.8	100.0
Guatemala, 1995	27.1	42.8	30.0	100.0
Haití, 1995	12.7	46.0	41.3	100.0
Nicaragua, 1998	12.8	80.4	6.8	100.0
Perú, 1996	7.4	83.7	8.9	100.0
República Dominicana., 1996	16.7	74.1	9.2	100.0

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-III

Lo anterior se confirma al analizar en el cuadro VI.9 el porcentaje de adolescentes unidas que en el último año no discutieron en ninguna ocasión con su pareja sobre planificación familiar. En Guatemala y Haití, más de la mitad de las adolescentes no discutieron sobre el tema con su pareja. En el resto de los países, la proporción es de alrededor de 1 cada 5. Es claro que en áreas rurales, en las mujeres con menor escolaridad y mayor nivel de pobreza, la comunicación es menor. Este hecho permite deducir la necesidad de fortalecer la comunicación dentro de la pareja en los temas de planificación familiar y salud reproductiva en general, con miras a potenciarla como un espacio de diálogo y entendimiento sobre la base de decisiones libremente adoptadas y consensuadas. Dado que se trata de jóvenes que apenas inician su vida conyugal, la inversión hecha en este sentido puede ser crucial en el curso futuro de la unión.

c) ¿Quién debe usarlos y quién debe tomar la iniciativa?

Las actitudes en torno a la reproducción reflejan que la regulación de la fecundidad se entiende como una cuestión femenina y, por ende, la decisión del uso de métodos debe estar en la mujer. A pesar de que en opinión de muchos varones es responsabilidad de ambos cónyuges hacer algo para regular el número de hijos, en la práctica son las mujeres quienes asumen la mayor responsabilidad, lo que se comprueba en el hecho de que sea la píldora el método más utilizado por las adolescentes. En un estudio realizado por Gaitan y Del Cid en Panamá (1998), alrededor del 75% de los y las adolescentes entrevistados consideraron que la mujer es responsable de cuidarse si no se quiere embarazar.

Con respecto a quién debe tomar la iniciativa, en diversos estudios realizados en México (Szasz, 1998), Paraguay (CEPEP, CDC, 1998) y República Dominicana (IEPD, CDC; 1992) se registra que, aun cuando un número importante de adolescentes considera que la iniciativa para usar un método debe ser de ambos, las mujeres por lo general opinan que ellas son las que la deben de tomar y en los hombres sucede lo mismo, es decir, declaran que ellos son los que deben asumir la iniciativa. Luego, hombres y mujeres pretenden “apropiarse” de ciertas decisiones y responsabilidades en torno a la reproducción; sin embargo, en muchas ocasiones la realidad no se ajusta a la visión

particular de cada sexo y tiende a inclinarse hacia un lado u otro en función de varios factores, entre ellos, el nivel de *empoderamiento* de la mujer.

Cuadro VI.9
Porcentaje de adolescentes unidas que no discutieron ni una sola ocasión con su pareja sobre planificación familiar en el último año, por características socioeconómicas: América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad			Quintiles de pobreza				
		Urbano	Rural	Ninguno	Pri- maria	Secun- daria	1	2	3	4	5
Bolivia, 1998	22.2	21.6	23.5	35.7	25.8	16.8	25.0	24.2	22.2	16.3	12.5
Colombia, 1995	32.1	26.7	41.5	62.5	35.2	27.2	45.1	37.8	22.2	22.4	25.0
Guatemala, 1995	54.4	44.5	58.4	72.4	52.6	16.1	70.9	61.8	60.3	34.0	21.1
Haití, 1995	57.4	50.6	63.1	62.8	61.6	38.2	75.0	68.3	52.9	48.1	50.0
Nicaragua, 1998	19.3	17.0	21.7	26.3	22.1	11.2	24.8	22.8	15.2	12.3	18.6
Perú, 1996	16.3	12.9	19.5	28.6	20.7	11.0	23.6	14.7	11.1	11.6	7.1
Rep. Dominicana, 1996	22.1	19.8	24.6	41.4	22.8	13.5	28.6	19.6	18.8	26.8	6.1

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-III

4. Demanda de métodos

Se ha afirmado que cada vez es mayor la demanda insatisfecha de planificación familiar dirigida a adolescentes. Los resultados para el total de mujeres adolescentes no parecen avalar este postulado. De hecho, excepto en Nicaragua, menos del 20% de adolescentes en el total de mujeres que han tenido relaciones sexuales expresa una necesidad insatisfecha de planificación familiar. Asimismo, en la mitad de los países analizados este indicador es inferior al 10 % (véase el cuadro VI.10).

Cuando se analiza el caso de las mujeres adolescentes actualmente unidas, el panorama es distinto, pues éstas presentan los mayores porcentajes de demanda insatisfecha observados. En seis países, estas cifras oscilan entre el 20% y el 30% del total de mujeres unidas y alcanzan más del 60% en el caso de Haití, lo que indica que las adolescentes unidas se encuentran más desprotegidas que el resto de las mujeres unidas en cuanto al acceso a la planificación familiar. Cuando se desagrega este indicador por nivel socioeconómico se observa la mayor demanda insatisfecha en las mujeres de nivel educativo bajo y de estratos más pobres.

Cuadro VI.10
 Porcentaje de mujeres que tienen necesidad insatisfecha de planificación familiar en el total de mujeres adolescentes que han tenido relaciones sexuales en el total de mujeres unidas actualmente.
 América Latina y el Caribe

País, fecha	Porcentaje de adolescentes con necesidad insatisfecha de planificación familiar	
	Total de mujeres adolescentes	Total de adolescentes unidas
Bolivia, 1998	5.7	33.9
Brasil, 1996	16.7	19.1
Colombia, 1995	12.4	16.2
Guatemala, 1999	9.3	25.4
Haití, 1995	8.6	61.6
Nicaragua, 1998	21.2	28.2
Perú, 1996	9.1	21.8
República Dominicana, 1996	17.6	26.3

Fuente: Informes Nacionales de las Encuestas DHS-III y cálculos propios basados en estas encuestas.

5. Los determinantes del uso de anticonceptivos

A fin de disponer de una visión sintética de los factores que podrían estar afectando la decisión de uso de anticonceptivos en adolescentes, se procedió a realizar un análisis multivariado con los datos de las Encuestas CAP aplicadas a jóvenes en centros de capacitación laboral en cinco ciudades latinoamericanas: La Paz, Quito, Lima, Caracas y Bogotá (OIJ, UNFPA, 2000). Estas encuestas presentan la limitación de que el número de casos es pequeño, especialmente en las mujeres, y que son grupos de población homogéneos.

En el modelo aplicado (véanse los resultados en el cuadro VI.11), la variable dependiente es el uso de anticonceptivos durante el mes anterior a la encuesta (usó siempre en todas las relaciones, usó algunas veces y no usó). La definición de variables independientes consideradas aparecen al pie del cuadro VI.11.

Cuadro VI.11

Coeficientes de regresión entre el uso de anticonceptivos en las relaciones sexuales del último mes y un conjunto de variables independientes

Variable	PERU		ECUADOR		COLOMBIA		VENEZUELA		BOLIVIA	
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
Casos	144	119	139	64	282	63	179	163	215	43
MIEDO	0.828+	0.221	0.0016	0.011	0.019	0.044	0.049*	-0.015	-0.0076	0.058
FACIL	0.470	0.032	0.104*	0.228**	0.0039	-0.049	0.042	0.186**	0.026	0.194
EDUCS	0.013	-0.054	0.157*	0.167+	0.088	0.033	0.0063	-0.0070	0.139*	0.224
ITS	-0.941*	-0.0037	0.042+	0.021	0.027	0.069	0.017	0.014	0.013	-0.101+
EYAC	-1.840	0.0022	0.046	-0.110	0.186+	-0.421	-0.169*	0.198**	0.076	0.078
PFERT	0.0033	0.015	0.132+	-0.163+	-0.021	0.062	0.040	-0.031	0.04	-0.152
FREQ	-0.111	0.036**	-1.34	0.0062	-0.0081**	0.0056	0.025	0.022	-0.0027	0.091
PRIM	-0.904**	-1,101	0.072	-0.0023	-0.131	0.467*	-0.172*	0.081	0.017	-0.197
PROMIS	0.976**	0.330**	0.075	-0.115	-0.0093	-0.368	-0.0027	0.075	-0.015	-0.313
VIVPM	-1.592	-2.803	0.040	0.192	0.033	0.019	-0.070	-0.0048	0.017	-0.049
VIVF	-3.336	-2.547	0.325*	0.095	0.182*	0.02	0.071	-0.107	-0.066	-0.333
VIVAS	-0.571	-5.435	0.027	0.418+	0.070		-0.207	0.388*	0.029	0.41
TRAB	-0.021	-0.482	-0.0039	0.023	-0.117+	0.062	0.020	-0.183+	-0.226	0.134
DEPPM	-2.458	-2.024	0.092	-0.187	-0.125+	-0.206	0.076	0.120	-0.287	0.096
DEPF	1.225	-5.141+	-0.023	0.093	-0.023	-0.152	-0.020	-0.208**	-0.022	0.103
EDAD	-0.790*	0.428	----	----	0.0069	0.0077	0.000082	0.039**	-0.033*	0.046
SOLT	-2.048	0.980	0.189	-0.171	0.014	-0.185	-0.052	-0.075	-0.0092	-0.017

** Significativo al 1%; * Significativo al 5%; + Significativo al 10%

MIEDO: Miedo a las consecuencias de un embarazo no deseado

FACIL: Facilidad de acceso a los métodos anticonceptivos

EDUCS: Ha asistido a algún curso o charla sobre sexualidad

ITS: Número de ITS que conoce

EYAC: Conoce el significado de la palabra eyaculación

PFERT: Conoce los días del período menstrual en que la mujer es fértil

FREQ: Frecuencia de las relaciones sexuales durante el último mes

PRIM: Cree que es posible que la mujer se embarace en la primera relación

PROMIS: Número de parejas sexuales durante el último mes.

VIVPM: Vive con el padre y la madre

VIVF: Vive con otros familiares

VIVAS: Vive con amigos o solo.

TRAB: Trabaja actualmente

DEPPM: Depende de padre y madre para su sustento

DEPF: Depende de otros familiares para su sustento

EDAD: Edad actual en años simples

SOLT: estado conyugal actual (soltero o no)

Los resultados de este análisis no permiten llegar a conclusiones generalizables a todos los países, porque no se identifica un patrón único de relaciones. Sin embargo, se

observan algunas regularidades importantes. En primer lugar, en todos los países, con la excepción de los hombres en Venezuela, la variable MIEDO no muestra una relación significativa. Este resultado niega la idea de que los temores a efectos indeseados de las conductas lleve necesariamente a un cambio en las prácticas de riesgo. Los y las adolescentes, aun cuando perciben riesgos, no actúan en concordancia con este miedo.

Por otra parte, la facilidad de acceso, con la excepción de Venezuela (mujeres) y Ecuador (hombres y mujeres), no parece ejercer un impacto significativo en las prácticas de uso. Este resultado está en desacuerdo con la creencia de que la no disponibilidad de métodos anticonceptivos es un impedimento fuerte para su uso. No obstante, para validar completamente estos resultados habría que contar con indicadores más completos de disponibilidad de anticonceptivos y de variables asociadas, como los costos económicos y sociales de este uso. Además, la homogeneidad de la muestra no refleja la gama de situaciones que se da en la población real.

En relación con las variables que miden el conocimiento de los adolescentes y jóvenes, en todos los países alguna de estas variables muestra una relación significativa con el uso, pero la variable concreta varía de país en país. Por su parte, las variables relacionadas con el contexto familiar no muestran un patrón consistente.

6. Conclusiones

Entre las mujeres unidas, la píldora y los inyectables suelen ser los métodos más usados, aunque en el caso de Ecuador y México el DIU también es un método de uso frecuente. En Haití y Jamaica prevalece el condón, asociado con las campañas de prevención del SIDA, y en Bolivia, y en menor medida en Perú, la abstinencia periódica.

Por otra parte, el uso de anticonceptivos en mujeres adolescentes unidas es más bajo que en las de otras edades, quizás por el mayor deseo de hijos a esta edad, asociado con el inicio de la maternidad en la mayoría de las integrantes de este grupo, o porque se teme menos a los efectos de un embarazo no deseado. También se ha constatado (salvo en Nicaragua y Venezuela) un mayor uso de anticonceptivos en las mujeres sexualmente activas no unidas que en aquellas que están unidas. El análisis realizado ha permitido determinar que estas diferencias no se explican sólo porque se trate, en el caso de las unidas, de mujeres que están iniciando su vida reproductiva y, en consecuencia, podrían estar deseando tener hijos. Las diferencias más bien se explicarían por el mayor grado de motivación en las no unidas pero sexualmente activas por evitar un embarazo no deseado, a causa tal vez de las mayores implicaciones negativas que ellas perciben.

En el caso de los hombres adolescentes, se presenta un patrón similar en cuanto a un mayor uso de anticonceptivos en aquellos no unidos sexualmente activos. En general, se registran mayores niveles de uso que en las mujeres, lo cual se asocia a una práctica sexual más temprana y no necesariamente relacionada con la reproducción, lo que explica la mayor prevalencia de uso del condón en hombres que en mujeres.

En este capítulo, también se ha podido establecer, a base de datos de una encuesta realizada entre jóvenes estudiantes de escuelas de capacitación laboral en cinco ciudades de países andinos, la relación entre el uso de anticonceptivos y una serie de variables que podrían estar determinando este uso. Se ha descubierto que el miedo a un embarazo no deseado no aparece como un determinante del uso de anticonceptivos, lo que debe llevar a replantear aquellas estrategias de comunicación que enfatizan los efectos negativos del embarazo no deseado. En cuanto al efecto del conocimiento sobre el uso, se observa que esta relación se da, según el país, con diferentes variables que miden el conocimiento y no necesariamente con alguna en particular.

Incluso en Brasil y Perú, alrededor de 3 de cada 4 hombres adolescentes sexualmente activos usan algún método anticonceptivo. En general, en ambos sexos, pero principalmente en hombres, existen niveles de uso más elevados entre los no unidos sexualmente activos que entre los unidos, los que muestran una prevalencia anticonceptiva aun mayor. Este hecho de algún modo desmitifica la creencia de que los y las adolescentes no casados ni unidos que tienen una vida sexual no se protegen de un embarazo. Asimismo, se ha comprobado que el uso del condón sigue siendo bajo, principalmente entre las adolescentes unidas y en condiciones socioeconómicas desfavorables. El uso de anticonceptivos es mayor en los varones que en las mujeres, y al igual que ellas los que más se cuidan son los no unidos sexualmente activos. Se identificó que el uso en la primera relación es muy bajo, y la principal razón de esta situación es que los y las adolescentes no esperaban tener relaciones en ese momento.

En términos de los métodos usados, entre las adolescentes unidas predomina la píldora en la mayoría de los países; sin embargo, en Guatemala y Perú prevalece la inyección, en Haití y Jamaica el condón y en Bolivia la abstinencia periódica.

Los adolescentes manifiestan una gran aceptabilidad hacia la planificación familiar y pocos son los que declaran que no tienen intención de usar anticonceptivos en el futuro; con todo, hay un porcentaje importante de adolescentes con necesidad insatisfecha de planificación familiar (alrededor del 30% de adolescentes unidas), principalmente para espaciar la fecundidad.

VII. CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Ralph Hakkert

Introducción

El embarazo temprano como problema puede enfocarse desde diferentes ángulos. Para algunos observadores, sería un problema o no en función de la percepción subjetiva de los individuos afectados, de acuerdo con lo expuesto en el capítulo III. Si la propia adolescente y su entorno inmediato, siguiendo sus patrones culturales vigentes, lo aceptan como algo normal e incluso deseable, no habría por qué considerarlo un problema. Otros juzgan que este tipo de relativismo cultural es inaceptable, ya sea porque los individuos no siempre son conscientes de las consecuencias de sus acciones, o bien porque consideran que ciertos valores tienen una vigencia universal que trasciende las percepciones individuales de los sujetos, o porque ciertos comportamientos individuales repercuten en la sociedad como un todo. En los Estados Unidos, por ejemplo, uno de los dos motivos principales que hicieron del embarazo en adolescentes un problema de política pública fue la creciente dependencia de las madres adolescentes de fondos públicos, de la seguridad social. Se estimaba que en 1985 los gastos públicos de tres programas del gobierno federal vinculados a embarazos de adolescentes totalizaban 16.6 mil millones de dólares: 8.3 mil en el programa de Asistencia a Familias con Niños Dependientes (AFDC), 3.4 mil en cupones de alimentos y 4.9 mil en asistencia médica (Burt, 1986).

La problematización del tema en términos de políticas públicas, entre otros aspectos, introduce un elemento de cuantificación empírica. En el contexto de la región de América Latina y el Caribe, cada segmento específico de la población presenta sus propios problemas de salud y de salud reproductiva. Si se analizan por separado, cada uno de estos problemas puede justificar intervenciones en el grupo considerado. Pero ¿cuál es la justificación para privilegiar este grupo y no aquel otro? ¿Los problemas de salud reproductiva en adolescentes son cuantitativamente más graves que en mujeres de más de 35 años? ¿Según qué criterio de cuantificación? ¿Según la incidencia del problema o según el número futuro de años de vida en los que la adolescente de hoy será afectada? ¿O será que los problemas son cualitativamente diferentes? Varios de los problemas comúnmente identificados en relación con los embarazos de adolescentes también afectan, con intensidad igual o mayor, a mujeres de otras edades. Como se acotó en el capítulo II, el porcentaje de embarazos no deseados o no oportunos en adolescentes generalmente es menor que en mujeres de otras edades. Sin embargo, se podría argumentar que desde el punto de vista cualitativo un embarazo no deseado en una adolescente representa algo distinto y más grave que en una mujer de mayor edad.

Estas ponderaciones se complican cuando las causas y efectos están entrelazados. Por ejemplo, hay cierto consenso de que, desde el punto de vista fisiológico, un embarazo en una adolescente saludable de 17 años no representa riesgos especiales para su salud. Sin embargo, si ella está anémica y desnutrida, los riesgos sí aumentan. Pero en este caso, ¿cuál es el problema? ¿El embarazo? ¿O la desnutrición? La respuesta depende de qué posición se adopte ante el fenómeno. El obstetra confrontado con un embarazo en curso de una adolescente crónicamente desnutrida, sabe que la desnutrición es un factor que ya no puede ser totalmente eliminado; resta enfrentar el problema inmediato que representa el embarazo. Pero, el tomador de decisiones en materia de política social, que puede invertir tanto en la prevención de embarazos en

adolescentes como en programas de suplemento nutricional para adolescentes pobres, se plantea el problema en otros términos. Por otro lado, por más adversas que sean las condiciones del embarazo actual de una adolescente, ¿serían menores los riesgos si la misma mujer, con las mismas características, tuviera el mismo hijo tres años más tarde? En el caso de la desnutrición tal vez sí, pero en el caso de otras condiciones adversas asociadas a la pobreza no necesariamente.

El contexto del embarazo adolescente en los países más desarrollados es distinto al de gran parte de los países en desarrollo. Mientras que en algunos países, como Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda, Reino Unido y Suecia, los embarazos de adolescentes experimentaron un aumento a fines de los ochenta y volvieron a disminuir a partir de los noventa, la región de América Latina y el Caribe no parece haber seguido esta tendencia. Por otra parte, diversos estudios indican que la mayor parte de los embarazos adolescentes en países más desarrollados ocurren fuera del matrimonio y son privativos de un grupo de mujeres bastante particular (Geronimus, 1987). Por lo general, este tipo de embarazo sufre algún tipo de sanción social y generalmente se relaciona con ciertas características psicosociales de las personas afectadas, como el bajo nivel de autoestima, la escasez de control interno y las pocas aspiraciones y expectativas. Debido a estas características del embarazo en adolescentes y a las tendencias del fenómeno durante la década de los ochenta, numerosas investigaciones en estos países han intentado responder preguntas como las siguientes:

- ¿Cuál es la incidencia del problema en diferentes subgrupos de la población? El interés que el tema ha provocado en los Estados Unidos se debe en parte al hecho de que la fecundidad adolescente en aquel país es mucho más elevada que en otros países industrializados. Su incidencia es particularmente elevada en la comunidad hispánica, que en la actualidad presenta tasas de fecundidad adolescente de aproximadamente 100 por mil, que incluso son elevadas en comparación con muchos de los países de América Latina.
- ¿Cuáles son las principales diferencias entre las condiciones económicas, sociales y psicológicas de las familias de procreación de madres adolescentes y de madres que tuvieron sus hijos más tarde? ¿De qué forma estas diferencias evolucionan con el tiempo, en la medida que los hijos crecen?
- ¿Hasta qué punto las desventajas que se constatan en la situación de las madres adolescentes se deben al propio embarazo precoz? ¿En qué medida se deben a sus características preexistentes? Este asunto ha dado origen a más debates, ya que las madres adolescentes son un grupo altamente seleccionado, con características previas que no son representativas del conjunto de mujeres de su edad.
- ¿Hasta qué punto las desventajas pueden atribuirse a la circunstancia de haber asumido su maternidad en una edad muy temprana y hasta qué punto son más bien consecuencia del hecho de que muchas madres adolescentes en los Estados Unidos y otros países más desarrollados son solteras?
- Si fuera posible postergar todos los embarazos adolescentes hasta después de los 20 años, ¿cuáles serían los beneficios en términos demográficos, económicos, sociales y de bienestar ?

En última instancia, las respuestas a éstas y otras preguntas semejantes son necesarias para determinar cuáles son los problemas y cuál es la eficacia potencial de diferentes estrategias para enfrentarlos. Numerosas investigaciones sobre las consecuencias del embarazo en la adolescencia han sido sistematizadas en una serie de artículos publicados por el *Urban Institute*

(Maynard, 1996) y en algunas revisiones de la literatura, como Levine Coley y Chase-Lansdale (1999).

En virtud de las tendencias referidas anteriormente, gran parte de la literatura producida en los países más desarrollados estudia el aumento del porcentaje de alumbramientos de madres solteras, más que el embarazo en adolescentes como tal. En los Estados Unidos, en 1992 sólo 13% de los alumbramientos de mujeres solteras correspondían a mujeres con menos de 18 años, pero la proporción de madres adolescentes solteras se ha expandido explosivamente. Esta situación difiere de la encontrada en América Latina y el Caribe, como se mostró en el capítulo IV. Las explicaciones del incremento varían desde interpretaciones más conservadoras, que lo atribuyen en gran medida a las mayores facilidades de obtener apoyo de la seguridad social por medio del programa AFDC (Murray, 1994), e interpretaciones más liberales, que subrayan la disponibilidad decreciente de buenos empleos de baja escolaridad, que permitieran a trabajadores jóvenes casarse y formar una familia (Wilson, 1987). Una tercera interpretación (Akerlof, Yellen & Katz, 1996) señala la mayor disponibilidad de métodos anticonceptivos y principalmente del aborto como factor causal. Estos autores muestran que, desde fines de la década de los sesenta, ha habido un descenso marcado en el porcentaje de primeros matrimonios forzados (“*shotgun marriages*”): entre la población blanca, el porcentaje disminuyó de 59.2% en 1965-1969 a 42% en 1980-1984 y entre la población negra de 24.8% a 11.4%. Este descenso explica 75% del aumento de la incidencia de alumbramientos entre madres solteras en la población blanca y 60% entre la población negra. Los autores sostienen que la disponibilidad de alternativas para el embarazo (anticoncepción, aborto) les ha restado a los hombres gran parte de su responsabilidad tradicional por asumir el matrimonio, en caso de un embarazo no planeado. Por otro lado, también se verifica un descenso en el número de adopciones, lo que redundó en un incremento notable en el porcentaje de madres solteras.

Las primeras investigaciones sobre este asunto en los Estados Unidos, realizadas en los años setenta, trataron de documentar las desventajas sociales significativas resultantes del embarazo de mujeres solteras, y más específicamente de las adolescentes. Sin embargo, más recientemente se han producido varias evaluaciones nuevas, cuyos resultados sugieren que las afirmaciones anteriores acerca de los efectos sociales y económicos dañinos del embarazo en adolescentes podrían haber sido exageradas. Por un lado, se ha demostrado que, con el paso del tiempo, las madres adolescentes tienden a superar muchas de sus desventajas iniciales. Por otro lado, hay cierto consenso respecto de que una parte considerable de las consecuencias negativas asociadas con el embarazo temprano obedecen a las desventajas sociales anteriores de las madres (Bachrach & Carver, 1992; Hollingsworth *et al.*, 1982; Luker, 1991; Makinson, 1985; Maynard & Rangarajan, 1994). Aun antes de embarazarse, las madres adolescentes tienden a caracterizarse por problemas muy agudos, como el fracaso escolar, desajustes de conducta, la disfuncionalidad familiar y la pobreza (Moore *et al.*, 1995). Por ejemplo, en 1988, 60% de las madres adolescentes en los Estados Unidos ya vivían en la pobreza antes de dar a luz (Alan Guttmacher Institute, 1994). Lo mismo vale para los efectos de haber tenido un hijo cuando soltera. En Francia, un estudio sobre las consecuencias del embarazo de madres solteras, que incluyó madres solteras adolescentes, concluyó que “es probable que la pobreza asociada a las familias de un solo progenitor esté a la raíz de muchos de los problemas pediátricos, psiquiátricos y sociales que se detectan en tales familias, lo que va en contra a la creencia de que el vivir en una familia de un solo progenitor en sí sea la razón principal del surgimiento de estos problemas” (Berthier & Oriot, 1998).

Algunos investigadores llegan a afirmar que las características negativas de las familias de procreación de las madres adolescentes proceden enteramente de condiciones preexistentes (Hotz *et al.*, 1997; Geronimus & Korenman, 1993), pero la mayoría encuentra efectos pequeños o moderados directamente atribuibles a la circunstancia de tener que cuidar un hijo mientras todavía se vive en la adolescencia (Ahn, 1994; Moore *et al.*, 1993; Hoffman *et al.*, 1993; Maynard, 1997; Moore & Wertheimer, 1982). Considerando que el embarazo en la adolescencia puede ser tanto consecuencia como causa de los problemas señalados, algunos investigadores (Moore & Sugland, 1996) han formulado propuestas para intervenir directamente en los factores condicionantes, que son costosas, pero podrían ayudar en la prevención de otros problemas.

Comparado con el nivel que alcanza en los países más desarrollados, el conocimiento sobre los procesos sociales subyacentes y resultantes del embarazo en la adolescencia en los países en desarrollo es muy deficiente. Sin embargo, este conocimiento específico se torna necesario en la medida en que las características del embarazo de adolescentes en los países en desarrollo son muy distintas. En función de las diferencias del contexto económico y sociocultural, los resultados obtenidos en los países más desarrollados no se aplican necesariamente a la región de América Latina y el Caribe. La cuestión ha sido estudiada más intensamente en África y principalmente en países como Kenya y Botswana (véase, por ejemplo, Bledsoe & Cohen, 1993; Division of Family Health / GTZ Support Unit, 1988; Ferguson, 1988; Gage, 1998; Lloyd & Mensch, 1999). Hay una enorme carencia de estudios analíticos profundos sobre la fecundidad y sexualidad adolescente en la región de América Latina y el Caribe, y entre los existentes, muy pocos analizan en detalle las consecuencias de los alumbramientos de madres adolescentes. Además, el interés de estos estudios se ha concentrado en las consecuencias biomédicas, aunque, como se mostrará más adelante, éstas pueden no ser las más significativas. Por otro lado, aun en los Estados Unidos y otros países más desarrollados se padece una escasez de estudios sobre las consecuencias psicosociales y particularmente sobre las consecuencias para los adolescentes varones.

Dos factores por lo menos estarían influyendo en la falta de estudios analíticos más detallados en América Latina y el Caribe.

- Las limitaciones de las fuentes de información. Como se demostró en el capítulo II, en muchos países no hay certeza ni sobre los niveles y las tendencias de la fecundidad adolescente, y la reconstrucción de esta información para las últimas dos décadas exige un trabajo de análisis demográfico minucioso que todavía deja márgenes de incertidumbre importantes. Esta falta de información se acentúa cuando se trata de temas sociales como la relación entre el embarazo y el abandono escolar o la inserción laboral. En especial, hay muy pocas encuestas longitudinales que permitan averiguar las consecuencias de un embarazo temprano a lo largo de la vida de los individuos afectados.
- La deficiente tradición en materia de investigación social aplicada en gran parte de los países en desarrollo, incluida la región de América Latina y el Caribe. Con la excepción de unas pocas instituciones, la mayoría de los países no dispone de una masa crítica de investigadores con un dominio suficiente de las metodologías de investigación necesarias para develar las relaciones complejas involucradas en este tipo de problemas. Por consiguiente, abundan los estudios descriptivos, pero son muy pocos los trabajos analíticos que permitan hacer una evaluación más objetiva de los fenómenos.

Esta falta de estudios empíricos más detallados a veces conduce a interpretaciones sesgadas del fenómeno del embarazo en la adolescencia, basadas en patrones no generalizables que se observan en los Estados Unidos y otros países más desarrollados. En lo que sigue se pretende revisar la literatura existente, con el criterio de reconocer las limitaciones de los estudios realizados en países más desarrollados para la comprensión de la situación en la región, aunque se hará referencia frecuente a estos resultados, por falta de trabajos comparables en contextos más próximos. En la medida de lo posible, éstos se completan con análisis existentes de la situación en la región y con algún material original sobre la región de América Latina y el Caribe, preparado predominantemente sobre la base de las encuestas DHS III. El objetivo no apunta a comprobar si el embarazo en la adolescencia constituye o no un problema. Como se indicó anteriormente, ésta es una pregunta que involucra aspectos normativos imposibles de responder a nivel puramente empírico. Sin embargo, se investigará la validez de algunas afirmaciones empíricas frecuentemente formuladas acerca del tema, con el objetivo de identificar mejor cuáles son los aspectos del embarazo en adolescentes que arrojan consecuencias comprobadamente negativas para la adolescente, su pareja o la sociedad como un todo.

1. Riesgos del embarazo en adolescentes para la salud de madres e hijos

a) Mortalidad materna

Tradicionalmente, la literatura sobre las consecuencias fisiológicas del embarazo en adolescentes plantea una serie de problemas de salud resultantes de la inmadurez del cuerpo de la mujer, como la desproporción cefalo-pélvica y la mayor prevalencia de toxemia, anemia, eclampsia y fistulas váscovaginales (véase, por ejemplo, Bonham & Placek, 1978; Buvinic & Kurz, 1997; McDevitt *et al.*, 1996; Strobino, 1987). Las adolescentes parecen ser más vulnerables a determinadas causas de mortalidad materna, como la eclampsia, y menos a otras, como la hemorragia (Vieira Matos *et al.*, 1985), pero el efecto neto de estas vulnerabilidades diferenciadas sería una mayor mortalidad materna en mujeres muy jóvenes. Senderowitz (1995) afirma que, en el conjunto de causas, el embarazo en adolescentes de 15-19 años se asocia con un riesgo adicional de 20-200% de mortalidad materna, además de mayores riesgos de prematuridad, bajo peso al nacer y una serie de otras complicaciones.

Sin embargo, no es evidente que, desde el punto de vista estrictamente biológico, el embarazo en la adolescencia presente un riesgo intrínseco para la salud de la mujer. En los Estados Unidos, Shapiro, Schlesinger y Nesbitt (1968) no detectaron ninguna diferencia en la mortalidad materna en el período de 1959-1961 entre adolescentes de 15-19 y mujeres de 20-34 años. La inspección de datos recientes tampoco revela una sobremortalidad sistemática en el grupo de 15-19 años, como se muestra en el cuadro VII.1. Por el contrario, en la mayoría de los años del período 1989-1997, la mortalidad materna en el grupo de menos de 20 años fue la más baja de todos los grupos etarios. Igual tendencia se observa en el Reino Unido. Pero cabe cierta cautela, pues datos como éstos podrían no ser representativos, en dos sentidos:

- En los países en vías de desarrollo, donde existen muchas amenazas a la salud de la mujer que no se presentan en los países más desarrollados, las mujeres de menos de 20 años sí podrían constituir un grupo de riesgo. Por ejemplo, en circunstancias donde la anemia y la desnutrición son comunes, aun en mujeres de 18-19 años el embarazo puede representar un riesgo desproporcional (Molina & Romero, 1985). En Bangladesh, se ha reportado una razón de mortalidad materna de 860 por 100,000 nacidos vivos en el caso de mujeres de 15-19 años, contra 479 en el grupo de 20-34 (WHO, 1989). Aun en los Estados Unidos la

mortalidad materna en mujeres blancas de menos de 20 años antes de 1980 era mayor que en los grupos de 20-24 y 25-29, aun cuando entre las mujeres negras alcanzaban su mínimo en el grupo de 15-19 años (Rochat, 1981).

- Por estar muy agregado, el grupo de menos de 20 años podría ocultar la mortalidad materna particularmente elevada entre las mujeres muy jóvenes, de menos de 16 años. Según Starrs (1987), adolescentes africanas de menos de 15 años afrontan un riesgo 7 veces mayor de morir en el embarazo o el parto que mujeres de 20-24, mientras que en Nigeria, Harrison *et al.* (1985) reportan un riesgo 2-3 veces mayor en adolescentes de menos de 16 años que en mujeres de 16-29. Sobre los Estados Unidos, el Alan Guttmacher Institute (1981) estimó que la mortalidad materna de madres con menos de 15 años era 2.5 veces mayor que en mujeres de 20-24. En América Latina y el Caribe, esto puede representar un riesgo significativo, en la medida en que en algunos países y sectores sociales el número de alumbramientos de mujeres de menos de 16 años es considerable. Según el cuadro II.8 del capítulo II, el porcentaje de mujeres de 20-49 años que tuvieron un hijo antes de los 15 años varía entre 1.2% en Costa Rica y 5.8% en Nicaragua, pero llega a niveles mucho más altos entre los grupos menos favorecidos; por ejemplo, 11.3% de las mujeres nicaragüenses en el quintil de pobreza más bajo y 12.9% de las mujeres dominicanas sin instrucción. Entre las mujeres de 20-29 años del quintil de pobreza más bajo, 7% en Brasil y Haití y 18% en Nicaragua tuvieron un hijo antes de los 16 años.

Cuadro VII.1

Razones de mortalidad materna por 100,000 nacimientos: Estados Unidos, 1989-1997

Edades	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Todas edades	7.9	8.2	7.9	7.8	7.5	8.3	7.1	7.6	8.4
Menos de 20	5.8	7.5	6.8	7.1	4.5	6.9	3.9	*	5.7
20-24	6.4	6.1	5.9	6.9	5.9	7.6	5.7	5.0	6.6
25-29	6.7	6.0	5.9	4.8	5.9	7.1	6.0	6.6	7.9
30-34	10.0	9.5	8.8	9.2	7.7	6.5	7.3	7.6	8.3
Más de 35	15.3	20.7	19.0	16.9	19.6	18.3	15.9	19.0	16.1

Fuente: Estadísticas vitales de National Center for Health Statistics (NCHS) de los Estados Unidos de América (www.CDC.GOV/NCHS/)

Por lo que se refiere a las mujeres muy jóvenes, parece que los riesgos efectivamente son mayores. Por otro lado, la importancia cuantitativa de este riesgo no debe exagerarse. En los Estados Unidos, la mortalidad materna en mujeres blancas menores de 15 años en el período 1968-1975 fue de 23.0 por 100,000 nacimientos, lo que supera la proporción de los grupos de 15-19 años (9.7) ó 20-24 años (8.3). Sin embargo, se trata de una diferencia relativamente pequeña si se compara, por ejemplo, con las diferencias entre las tasas de mujeres blancas y negras. Estas últimas en ningún grupo etario fueron inferiores a 27.6 por 100,000 (Rochat, 1981). Por otro lado, en términos absolutos se trata de números muy pequeños. En México, el Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI) registró un promedio anual de sólo 6 muertes maternas de mujeres menores de 15 años en el período de 1985-1993, lo que representa menos del 0.5% del total de muertes maternas en el país.

Muchos de los resultados que parecen indicar un mayor riesgo de alumbramientos de mujeres en el grupo de 15-19 años se apoyan en datos hospitalarios. La observación estadística y demográfica basada en datos poblacionales sugiere que las diferencias entre adolescentes y mujeres de mayor edad pueden ser menos significativas de lo que se pensaba anteriormente. El perfil promedio de la razón de mortalidad materna por edad que se muestra en el cuadro VII.2 procede de los datos de 25 Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) recientes, de países de África, Asia y América Latina, con niveles de salud variables. La unidad corresponde a la razón global, de todas las edades.

Cuadro VII.2
Índices promedio de mortalidad materna (razón de mortalidad materna del grupo / razón global) de 25 países, por grupos de edades

Edades	Índice de mortalidad materna
15-19	0.95
20-24	0.72
25-29	0.75
30-34	0.92
35-39	1.50
40-44	2.55
45-49	6.25
15-49	1.00

Fuente: Informes de país de la DHS

A pesar de las múltiples desventajas de embarazos en mujeres adolescentes descritas, por ejemplo, por Bledsoe y Cohen (1993), y algunos estudios empíricos que documentan la sobremortalidad de madres de menos de 20 años en el caso de África, este perfil basado en la DHS sería todavía más ventajoso para el grupo de 15-19 años si se limitara a las encuestas africanas, con números índice entre 0.70 y 0.75 para todas las edades entre 15 y 30. Incorporando información de Asia y América Latina, se observa un patrón en que la mortalidad materna del grupo de 15-19 años se ubica sólo un poco (5%) por debajo de la razón global. La mortalidad materna más baja se encuentra en el grupo de 20-29 años; después de los 35 años, el riesgo aumenta rápidamente, llegando a niveles 5-10 veces mayores que los encontrados en la adolescencia.

Todas las observaciones de niveles de mortalidad materna apoyadas en las DHS deben interpretarse con cierto cuidado, porque se basan en el método de las hermanas. Este método exige que las personas entrevistadas se acuerden de si su hermana estaba o no embarazada o recién había dado a luz en el momento de su muerte. Esto sugiere la posibilidad de una mayor omisión de muertes maternas en el grupo de 15-19, debido a que la persona entrevistada puede no saber o no admitir que su hermana estaba embarazada cuando murió. Por otro lado, la situación no resulta muy diferente cuando se analiza en términos de otros tipos de datos. El estudio de Castellanos, Ochoa Vasques y David (1990) sobre la mortalidad materna en Honduras, por ejemplo, descubrió una razón de mortalidad materna de 230 por 100,000 nacidos vivos en mujeres menores de 18 años, casi igual a la razón de 210 entre mujeres de 18-34 años y sustancialmente menor que la de 400 característica de las mujeres con 35 años o más. Las

estadísticas vitales de Colombia sobre el período de 1991-1995 apuntan una razón de mortalidad materna en el grupo de 15-19 años que es 23% menor que el promedio de todas las edades y que supera (en 20%) sólo a la del grupo de 20-24 años (Baldión, 1999: cuadro 13). En México, las estadísticas vitales del INEGI sobre los períodos de 1986-1988 y 1992-1994 muestran niveles prácticamente iguales de la mortalidad materna en los grupos de 15-19 y 20-29 años. En Nicaragua, Hernández (1991) estima que 21% de las muertes maternas corresponden a adolescentes; dado que las adolescentes también generan 24% de los nacimientos en el país, esto implica una mortalidad materna aproximadamente 10% menor que el promedio. En Jamaica, Walker *et al.* (1986) informan de una sobremortalidad de sólo 10% entre mujeres de menos de 20 años en comparación con el grupo de 20-24 años; mientras que Farnot *et al.* (1988) y Speckhard *et al.* (1986) averiguaron que en Cuba y Puerto Rico la razón de mortalidad materna de adolescentes de 15-19 era incluso menor que la del grupo de 20-24 años.

Como ya se señaló, un tema crucial en toda la discusión de las consecuencias del embarazo temprano es la selectividad social del fenómeno. El nivel levemente superior de la mortalidad materna que en varios países caracteriza al grupo de 15-19 años en comparación con el de 20-29, posiblemente no es resultado de factores biológicos, sino efecto de dicha selección, puesto que las madres adolescentes normalmente son de clases sociales más bajas y por ello enfrentan mayores riesgos ambientales que las madres de 20-29 años, independientemente de la edad en que tengan su primer alumbramiento. Además, sus alumbramientos corresponden por lo general a primeros nacimientos, que pueden ser más problemáticos.

Algunos autores afirman que el embarazo temprano incluso presenta ventajas biológicas. En el caso de la población afroamericana de los Estados Unidos, por ejemplo, existe una hipótesis controversial, autoría de Geronimus (1987, 1992), según la cual, desde el punto de vista fisiológico, el embarazo en la adolescencia tiene cierta racionalidad, debido a los mayores problemas de salud (hipertensión, diabetes) que las mujeres negras enfrentan típicamente a partir de los 25 años. Además, cuentan con más apoyo familiar y del gobierno como adolescentes que en etapas posteriores de sus vidas, lo que proveería otro incentivo para tener hijos en edad temprana. Como se mencionó anteriormente, esta tesis encuentra cierto apoyo en el hecho de que históricamente los índices de mortalidad materna entre la población negra han sido más bajos en el grupo de 15-19 años, además de evidencias de que otras consecuencias del embarazo en adolescentes son más favorables en mujeres negras que en mujeres blancas, como se verá más adelante. También se ha averiguado que el riesgo posterior de cáncer mamario es más bajo entre mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años (Logan, 1975). A pesar de argumentar a favor de la reducción de los embarazos en la adolescencia, Nortman (1974: 4) reconoce que “a los 18 o 19 años, la hembra humana puede estar en o cerca de su condición física óptima para la reproducción”. Sin embargo, en algunos aspectos de salud la relación es contraria, no sólo en cuanto al embarazo precoz, sino también a la actividad sexual muy temprana. Barron (1986), por ejemplo, ha observado que el riesgo de cáncer cervical es dos veces mayor en mujeres que iniciaron la actividad sexual antes de los 16 años que en aquellas que la iniciaron después.

En este contexto, digno de atención es el caso de Bolivia en el cuadro VII.3, que muestra los niveles de la razón de mortalidad materna por grupos etarios encuestados en las DHS recientes de cuatro países latinoamericanos. Aun cuando presenta las condiciones de salud más precarias, Bolivia es el único país de los cuatro donde el riesgo de mortalidad materna aumenta de forma continua con la edad de la mujer. No se conocen las razones de este comportamiento atípico. Como ilustra este caso y los de África y de las mujeres afroamericanas en los Estados

Unidos, mencionados anteriormente, la noción de que las malas condiciones de salud afectan especialmente a las adolescentes, incrementando su riesgo obstétrico relativo, debe considerarse con cuidado.

Cuadro VII.3
Razones de mortalidad materna por 100,000 nacimientos:
Cuatro países de América Latina

Edades	Bolivia, 1998	Brasil, 1996	Guatemala, 1998	Perú, 1996
15-19	210	127	122	286
20-24	214	61	167	140
25-29	217	143	98	185
30-34	361	271	123	188
35-39	507	249	227	312
40-44	1142	243	220	980
45-49	2083	3900	1200	2400

Fuente: Informes de país de la DHS III

Evidentemente, se debe tomarse en cuenta que los datos sobre la mortalidad materna no son muy confiables en la mayoría de los países, y en ocasiones la evidencia es contradictoria. Sin embargo, la interpretación actualmente más común es que los riesgos diferenciales observados en adolescentes mayores se deben en gran medida a la situación socioeconómica más desfavorable de las madres adolescentes y a su menor acceso a servicios médicos de buena calidad (Carvalho, 1983, 1984; Suárez Ojeda, Roberts & Cuminsky, 1985; Trussell, 1988; Villaseca, 1989). En países donde las condiciones de salud son satisfactorias, un embarazo de una adolescente de 16-19 años no representa una amenaza fisiológica especial (Makinson, 1985; Scholl, Hediger & Belsky, 1994) e incluso puede tener resultados más favorables que en mujeres de mayor edad. Aun en países o estratos sociales donde las condiciones de salud son más adversas, no siempre el riesgo relativo de las mujeres adolescentes es mayor, ya que en buena medida depende del entorno social.

b) Mortalidad infantil

De igual forma que la mortalidad materna, la mortalidad infantil, como función de la edad de la madre, muestra un patrón en U, aunque el aumento de la tasa en mujeres mayores de 35 años es menos acentuado que en el caso de la mortalidad materna. Hay cierta controversia sobre las razones de la mortalidad infantil levemente superior entre mujeres de 15-19 años. Según algunos investigadores, esta mortalidad mayor refleja simplemente un efecto de selección socioeconómica y posiblemente el hecho de que en el grupo de 15-19 años hay una alta proporción de primeros nacimientos, los cuales pueden estar sujetos a riesgos mayores. Aun controlando estos factores, diversos investigadores (Hobcraft, McDonald & Rutstein, 1985; Preston, 1985; Sullivan, Rutstein & Bicego, 1994) han encontrado asociaciones significativas entre la maternidad precoz y riesgos más altos de mortalidad infanto-juvenil. Hobcraft, McDonald y Rutstein, por ejemplo, analizaron los datos de 34 países en desarrollo recolectados

en la Encuesta Mundial de Fecundidad en términos de la educación de la madre, su edad, el orden y el intervalo de nacimiento del hijo y su sexo, además de la supervivencia del hijo anterior y del siguiente. Aun con estos controles, averiguaron que el riesgo de muerte durante el primer mes era 24% más alto en los hijos de mujeres de 15-19 años que en hijos de mujeres de 25-34 años. La diferencia era más marcada todavía en el segundo año de vida. Bailey (1991) constató que, aun después de controlar un gran número de variables epidemiológicas y socioeconómicas, la maternidad antes de los 18 años elevaba el riesgo de muerte infantil en su análisis de la ENESF de Honduras de 1987. Pebley & Stupp (1987), que analizaron datos de Guatemala mediante un modelo multivariado, también detectaron un efecto significativo según la edad de la madre.

Cuadro VII.4

Tasas de mortalidad infantil ajustadas por regresión logística, antes y después del desplazamiento de los alumbramientos de madres adolescentes hasta después de los 20 años, por edad de la madre y por quintiles de pobreza: Países seleccionados de América Latina y el Caribe

Grupos de madres	Bolivia, 1998		Brasil, 1996		Colombia, 1995		Guatemala, 1995	
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
<15	84.7	51.2	49.9	29.6	52.2	31.0	80.8	48.6
15-17	88.2	58.5	46.2	30.1	49.5	32.3	66.8	43.9
18-19	73.3	55.9	38.8	29.3	42.4	32.0	56.5	42.9
20% más pobres	90.0	86.2	44.8	41.1	48.3	44.7	58.7	55.2
Próximos 20%	73.6	70.1	29.4	26.7	34.2	31.5	56.2	52.1
Próximos 20%	58.1	54.8	23.9	21.9	27.3	25.4	50.1	46.6
Próximos 20%	41.6	39.0	22.0	20.4	22.5	20.7	37.9	35.1
20% más ricos	30.2	28.5	19.6	18.5	19.9	18.9	23.3	21.7
Total	64.0	60.9	30.4	27.9	32.5	30.1	48.2	45.0
Grupos de madres	Haití, 1994/95		Nicaragua, 1998		Perú, 1996		República Dominicana, 1996	
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
<15	115.8	70.9	48.8	28.9	80.2	48.2	80.1	48.2
15-17	97.1	64.5	44.8	29.2	62.7	41.1	69.3	45.5
18-19	83.4	63.7	37.0	27.9	52.1	39.4	58.1	44.0
20% más pobres	83.9	81.0	41.0	37.3	58.9	55.6	59.4	53.2
Próximos 20%	80.3	77.0	35.1	31.6	45.8	43.1	49.6	45.2
Próximos 20%	71.8	68.5	30.7	27.2	34.3	32.4	42.8	38.7
Próximos 20%	62.0	57.6	25.8	23.3	29.0	27.4	37.0	34.3
20% más ricos	44.2	42.1	20.7	19.0	20.3	19.5	33.9	31.3
Total	70.7	67.4	32.4	29.3	41.4	39.1	46.0	41.8

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

Las cifras del cuadro VII.4, que se basan en un análisis de las historias de vida de 48,000 hijos nacidos vivos durante un período de 1-4 años antes de las entrevistas de ocho encuestas recientes de la DHS, tienden a confirmar que, aun controlando un gran número de variables contextuales, las diferencias entre los hijos de madres adolescentes y madres mayores se mantienen. Los resultados se obtuvieron mediante un modelo de regresión logística. Como la base de datos abarcó a los ocho países, se incluyeron variables dicotómicas para identificar cada país, que fueron significativas en el caso de Bolivia, Haití (sobremortalidad en relación al nivel esperado), Nicaragua (mortalidad más baja que la esperada) y República Dominicana,. Además, se descubrieron efectos significativos según el sexo del niño (mortalidad infantil ligeramente más baja en las hijas), el orden de nacimiento (mortalidad infantil más alta entre los órdenes de nacimiento mayores de 5), zona de residencia, posesión de un refrigerador, años de educación formal de la madre, tipo de apoyo médico en la fase prenatal y el parto, número de visitas prenatales y categoría etaria de la madre, mientras que no se reportaron efectos significativos según el saneamiento básico (agua, alcantarillado), ni el nivel de pobreza. Tampoco se identificó un efecto significativo en cuanto a la edad de la mujer en su primer alumbramiento, variable que había sido incluida para diferenciar entre los efectos directos de una edad baja de la madre sobre el hijo en cuestión y los efectos, aun en los hijos posteriores, de las características estructurales de madres que comenzaron a tener hijos a edades tempranas.

Con el modelo multivariado resultante, se simuló cuál sería la probabilidad esperada de muerte de cada hijo en las condiciones dadas (antes) y la probabilidad resultante si todos los alumbramientos de madres adolescentes fueran postergados hasta después de los 20 años (después). En este segundo caso también se supuso que las madres aprovecharían este intervalo para aumentar su nivel de educación en un año. Como se observa en el cuadro VII.4, la reducción de la mortalidad infantil sería sustancial en las madres adolescentes, en particular aquéllas menores de 18 años. Sin embargo, como se trata de un grupo relativamente pequeño dentro de la población total, la disminución global de la mortalidad infantil en ningún caso pasaría de 4.2 por 1,000. Suponiendo que sólo los nacimientos indeseados o inoportunos de madres adolescentes fueran evitados, el descenso evidentemente sería menor: de 64.0 a 62.7 en Bolivia, de 30.4 a 29.2 en Brasil, de 32.5 a 31.6 en Colombia, de 48.2 a 47.6 en Guatemala, de 70.7 a 69.0 en Haití, de 32.4 a 31.7 en Nicaragua, de 41.4 a 40.4 en Perú y de 46.0 a 44.9 en la República Dominicana.

No hay mucha investigación sobre las causas de los riesgos mayores enfrentados por hijos de madres adolescentes. La mayor mortalidad de hijos de madres adolescentes, principalmente de madres menores de 18 años, se mantiene aun cuando se controle el efecto de los cuidados prenatales, pero no hay duda de que este factor contribuye para elevar el riesgo relativo de estos niños, por lo menos en algunos países. En la base de datos usada para construir el cuadro VII.4, se notó que en Brasil, Colombia, Guatemala, Perú y República Dominicana aumentaba el número de consultas prenatales a mayor edad de la madre. La calidad del apoyo médico recibido antes y durante el parto por mujeres mayores también era mejor en Guatemala y Perú, aunque no se advirtió una diferencia sistemática en Bolivia, Haití y Nicaragua.

La misma tendencia se ha constatado en varios países, tanto desarrollados como en desarrollo (por ejemplo, Cordero, 1987, en República Dominicana; Duarte Contreras, 1975; Prada-Salas, Singh & Wulf, 1988, en Colombia; Singh & Wulf, 1990, en Perú; Makinson, 1985, en los Estados Unidos; y Hendry & Shea, 1980, en Canadá). Recientemente, Freitez, Di Brienza

y Zúniga (2000: 74) confirmaron con datos de la Encuesta Nacional de Población y Familia (ENPOFAM), de Venezuela (1998), que sólo 68% de las madres adolescentes venezolanas habían recibido un control prenatal desde el primer trimestre, frente a 80% de las mujeres de 20-34 años.

A ciencia cierta no se ha determinado la razón de la menor atención prenatal recibida por las madres adolescentes. Podría asociarse a la menor preparación psicológica de las adolescentes para la maternidad, pero también podría deberse a la mayor censura que ellas sufren por parte de los proveedores de salud o de la comunidad; incluso sería válido suponer la influencia de las desventajas socioeconómicas que las madres adolescentes sufren, por provenir de estratos más pobres de la población. Atkin, Givaudan y Vargas (1989) sugieren que, en el caso de México, la atención nula o tardía en adolescentes se debe predominantemente a problemas por la aceptación del embarazo, la patología pregestacional y gestacional y la actitud del compañero hacia el embarazo. En los Estados Unidos, hay evidencias de que las adolescentes tienen menos cuidado con su salud, independientemente de estar embarazadas o no, y que durante el embarazo fuman o toman alcohol con más frecuencia que gestantes de otras edades (Dryfoos, 1990; Marino & King, 1980). Ellas también presentan una menor propensión de amamantamiento (Martínez & Krieger, 1984) y de disciplina en los esquemas de vacunación de los hijos (Ventura, 1984).

Pero el cuidado prenatal no explica todo; incluso hay indicios de que la diferencia relativa entre los riesgos enfrentados por hijos de madres adolescentes y madres adultas en realidad se incrementa en el período postneonatal. Algunos estudios en Reino Unido y Estados Unidos (Adelstein *et al.*, 1981; Lawrence & Merritt, 1983) registran, por ejemplo, que la incidencia del síndrome de muerte infantil repentina (*sudden infant death syndrome*) es significativamente superior entre los hijos de madres adolescentes que entre los hijos de madres mayores de 20 años. Hasta ahora no se ha hallado una explicación biológica convincente para esta diferencia. En Reino Unido también se han constatado evidencias de que los hijos de madres adolescentes son admitidos en el hospital con una frecuencia aproximadamente 20% mayor que los hijos de madres mayores de 20 años, particularmente debido a la mayor incidencia de accidentes (Taylor, Wadsworth & Butler, 1983). En el caso de segundos o terceros hijos, hay riesgos especiales por el hecho de que una proporción alta de estos nacimientos se producen en un corto intervalo. Sin embargo, no se tiene conocimiento de estudios que comparen el riesgo de mortalidad infantil de hijos con lapsos intergenésicos cortos de madres adolescentes con los equivalentes de mujeres de otras edades.

Por otro lado, ni el cuadro VII.4 ni los análisis multivariados de Hobcraft, McDonald y Rutstein (1985) o de Preston (1985) controlan la heterogeneidad no observada entre las madres a través de diseños experimentales más rigurosos. Hoffman, Foster y Furstenberg (1993) y Hotz, McElroy y Sanders (1997) sí lo hicieron analizando las trayectorias de hermanas y otros grupos de control, respecto de los efectos socioeconómicos del embarazo en la adolescencia para la madre. Esto deja abierta la posibilidad de que gran parte de la variación encontrada en las tasas de mortalidad infantil sea explicable en términos de factores preexistentes. Según Geronimus (1987), la heterogeneidad no observada entre madres es la principal responsable de la asociación aparente entre las tasas de mortalidad neonatal y la baja edad de la madre en los Estados Unidos. En su comparación de la mortalidad neonatal de hijos de madres adolescentes con la de los hijos de sus primas, que se embarazaron más tarde, no se detectaron diferencias significativas. Geronimus y Korenman (1993) averiguaron que en la mayoría de los casos el estado de salud de madres adolescentes no era peor que el de otros miembros de sus familias. Incluso, entre madres

negras urbanas, la mortalidad infantil puede ser más baja en la adolescencia que después. En Harlem, New York, por ejemplo, Geronimus comprobó una mortalidad infantil de 11 por mil en el caso de madres menores de 20 años, contra 22 en madres con más de 20 años.

En los Estados Unidos se ha determinado que principalmente las madres menores de 15 años se caracterizan por una mayor incidencia de hijos prematuros o de bajo peso y ello influye en la mortalidad infantil (Gustín & Agüero, 1986; Strobino, 1987). Además, la literatura menciona una mayor incidencia de abortos espontáneos en madres adolescentes (Menken, 1980; Mednick & Baker, 1980). Bobadilla, Schlaepfer y Alagón (1990), basándose en datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de México de 1987, confirmaron una mayor mortalidad infantil de hijos de madres menores de 20 años, pero no reportaron una mayor incidencia de abortos espontáneos.

De nuevo, el problema puede ser el menor nivel socioeconómico de las madres adolescentes, ya que, según Kreutner y Hollingsworth (1978: 121), “el factor más importante entre los determinantes de un resultado favorable o desfavorable de un embarazo es el nivel socioeconómico de la paciente y su familia”. Menken (1972), por ejemplo, descubrió que, en ausencia de diferenciales de ingreso, las mujeres estadounidenses menores de 20 años tenían una menor proporción de hijos de bajo peso que las mayores de 20. En parte, el menor peso de los hijos de madres adolescentes en los Estados Unidos también se explica por el hecho de que las madres provienen frecuentemente de grupos poblacionales de menor peso y estatura promedio (Garn & Petzold, 1983). En el caso de Venezuela, Freitez, Di Brienza y Zúñiga (2000: 75), detectaron 7% de nacimientos prematuros en los datos de la ENPOFAM de 1998, tanto para las madres menores de 20 años como para las de 20-34.

Algunas investigaciones de tipo clínico también relativizan el carácter causal de la asociación entre el alumbramiento de adolescentes y las condiciones de salud de sus hijos. Pinero *et al.* (1994), por ejemplo, en su estudio de datos hospitalarios de 200 mujeres de bajo ingreso en Santiago de Chile, recolectados en 1992-1993, concluyeron que “entre mujeres de status socioeconómico, paridez y acceso a la atención médica adecuada, las diferencias frecuentemente observadas entre los resultados en los nacimientos que ocurren a madres adolescentes y mujeres de mayor edad desaparecen”. De la misma forma, Carvalho (1983, 1984) no halló diferencias estadísticamente significativas en las condiciones de salud o la mortalidad neonatal de hijos de mujeres de 16-19 años que dieron a luz en diferentes maternidades del Estado de São Paulo, en comparación de madres de 20-24 o 20-29 años. En los Estados Unidos, McAnarney *et al.* (1976) investigaron los embarazos y partos de adolescentes predominantemente negras de Rochester NY, cuya edad promedio al alumbramiento era de 16 años, sin que éstas revelaran mayores problemas con la salud que las mujeres mayores de 20 años. En Suecia, donde el acceso al sistema de salud es casi universal, Deschamps y Valentin (1978) determinaron que 80% de los partos de mujeres menores de 18 años ocurrieron sin complicaciones, frente a 70% de los partos de mujeres de 18-19 años y 67% de los partos de mujeres mayores de 20 años. Semmens y Lamers (1968), que estudiaron un gran número de embarazos en adolescentes en los Estados Unidos, también concluyeron que las complicaciones son raras y que los casos de muerte prenatal en adolescentes son menos frecuentes que en mujeres mayores.

Resumiendo todo este cuerpo de evidencias, a veces contradictorias, Hofferth y Hayes (1987: 124) concluyen que “a pesar de algunas evidencias de que los riesgos a la salud de las madres y sus bebés no pueden ser enteramente eliminados, por lo general los problemas médicos

asociados al embarazo en adolescentes pueden ser significativamente reducidos con un cuidado apropiado de salud, especialmente con atención prenatal y una buena nutrición.” Baldwin y Cain (1980) también afirman que, con una atención médica de buena calidad, los resultados de los embarazos de mujeres adolescentes no son diferentes y hasta pueden ser mejores que en el caso de mujeres mayores. De la misma forma, Trussell (1988: 268) subraya que la mayor parte de las consecuencias negativas aparentes del embarazo de adolescentes deben atribuirse a la selectividad socioeconómica desfavorable de las madres adolescentes. “Los efectos dañinos (muy reducidos) de la edad materna precoz que aún se observan *dentro* de los estratos socioeconómicos probablemente se deben principalmente a los cuidados prenatales inadecuados entre las adolescentes”.

Singh y Wulf (1990: 72-73) incluso van un poco más lejos en sus apreciaciones: “... En las investigaciones realizadas en los países más desarrollados se llega a la conclusión de que las adolescentes, en especial después de los 16 años de edad, y recibiendo los cuidados y el control prenatal debidos, tienen casi la misma probabilidad de dar a luz a un bebé saludable y gozar de buena salud durante el embarazo y el parto que la de las madres de más edad. Se ha demostrado que todo aumento del riesgo de mortalidad infantil o materna está más relacionado con factores socioeconómicos que con los efectos de la edad en sí (Makinson, 1985). Es decir, las madres adolescentes tienen mayores probabilidades de tener partos prematuros y de dar a luz a criaturas con peso insuficiente – los dos principales factores relacionados con las tasas de mortalidad infantil más elevadas – porque, en primer lugar, tienen mayores probabilidades de pertenecer a grupos sociales desfavorecidos (las mujeres pobres, las minorías étnicas y las de las zonas rurales). El análisis comparativo de datos de encuestas de América Latina, la experiencia subjetiva y los resultados de estudios médicos en pequeña escala indican que se podría llegar a las mismas conclusiones que se sacaron en los países desarrollados respecto a la maternidad entre las adolescentes.”

2. El embarazo como causa de abandono escolar

Además de sus posibles riesgos de salud, el embarazo en adolescentes puede tener consecuencias desfavorables desde el punto de vista social, interrumpiendo o modificando un proyecto de vida y forzando al padre, y principalmente a la madre adolescente, a suspender su educación y eventualmente a buscar un trabajo para dar sustento a su familia. El tema de la deserción escolar ha atraído un interés especial, por su relación con la formación de capital humano y la superación de la pobreza. Sin embargo, en los países en desarrollo, de un modo general, existe poca investigación sistemática sobre la importancia del embarazo precoz como motivo de abandono escolar.

Los primeros estudios sobre el embarazo adolescente en los Estados Unidos (por ejemplo, Moore & Waite, 1977) en general concluyeron que había una fuerte asociación causal entre el embarazo en la adolescencia y el abandono escolar prematuro. Trabajos más recientes han establecido asociaciones más modestas. Por un lado, hay políticas más progresistas con relación a la aceptación de alumnas embarazadas y a la expansión de programas especiales que permiten a los desertores escolares completar su educación por otras vías. Sin embargo, varios estudios también han señalado que las asociaciones inicialmente establecidas estaban sobreestimadas, por no prestar la debida consideración a condiciones preexistentes (Hoffman, Foster & Furstenberg, 1993; Hotz, McElroy & Sanders, 1997; Marini, 1984; Moore *et al.*, 1993). Controlando algunos de los factores contextuales, Card y Wise (1978) constataron que el efecto del embarazo se

reducía, pero no desaparecía completamente. En el grupo de menor nivel socioeconómico (los afroamericanos), el efecto era menor que para los blancos (Waite & Moore, 1978), mientras que para los padres era menor que para las madres. Irónicamente, en el caso de los Estados Unidos las adolescentes que tienen su primer hijo entre los 16 y 18 años corren mayores riesgos de no terminar la educación que las de 14 o 15 años, porque estas últimas tienden a quedarse con sus familias y acaban por regresar a la escuela, en tanto que las mayores se casan o se independizan, de modo que ya no gozan de condiciones para asistir a la escuela (Furstenberg & Crawford, 1978).

A pesar de controlar algunas variables contextuales clave, los estudios mencionados en el párrafo anterior no incluyeron la heterogeneidad no observada, o sea, el efecto de aquellos factores psicosociales no fácilmente observables que podrían predisponer a una adolescente tanto al abandono escolar como al embarazo precoz. Algunos estudios han comparado las experiencias educativas y laborales de hermanas que tuvieron o no un hijo durante la adolescencia, pero que, en lo demás, compartían las mismas ventajas o desventajas sociales. Basándose en este tipo de comparaciones, Hoffman, Foster y Furstenberg establecieron que el efecto promedio de la postergación del alumbramiento de una madre adolescente hasta después de los 20 años era de sólo 0.38 años de educación adicional. Hotz, McElroy y Sanders compararon madres adolescentes con adolescentes de la misma edad que se embarazaron pero tuvieron un aborto espontáneo. Aunque en ambos grupos poco más del 50% terminó su educación secundaria, las madres tuvieron que recurrir con más frecuencia a programas especiales para lograr una educación equivalente al diploma secundario. Olson y Farkas (1989), que usaron modelos econométricos, no hallaron ningún efecto entre el embarazo y la deserción escolar en alumnas secundarias negras y pobres, mientras que Ribar (1994, 1996), sobre la base de técnicas semejantes, no registró efectos en adolescentes blancas, ni negras ni hispanicas. Moore *et al.* (1993) sólo descubrieron una relación significativa en el caso de las adolescentes hispanicas. Upchurch y McCarthy (1990), finalmente, determinaron que las madres adolescentes que siguen en la escuela tienen prácticamente la misma probabilidad de terminar su educación secundaria que sus compañeras. Sin embargo, una vez que abandonan la escuela, su probabilidad de terminar es de sólo 30%, la mitad de la probabilidad de alumnas que desertan por otros motivos.

Las cifras existentes sobre la relación entre el embarazo en adolescentes y el abandono escolar en los países en desarrollo se refieren generalmente a los números de desertoras escolares. Senderowitz y Paxman (1985) estimaron que anualmente se expulsan 2% de las alumnas primarias y secundarias en Zambia por motivos de embarazo. Aun cuando estos números son más altos en el nivel secundario, su impacto sobre la escolaridad femenina promedio, principalmente en los países donde ésta es muy baja, tiende a ser relativamente modesto porque gran parte de las alumnas ya desertaron por otros motivos, antes de alcanzar la edad en que el embarazo pudiera constituir un motivo de abandono escolar. Como observan Engle y Smidt (1998: 412) en su trabajo sobre comunidades rurales en Guatemala: “En los Estados Unidos..... la maternidad adolescente representa un desajuste entre las tareas que exige la adolescencia y la maternidad. Es poco probable que ese desajuste haya existido en Guatemala rural, donde la mayoría de las mujeres está fuera de la escuela antes de que empiece la menarquia y tiene a sus primeros hijos antes de los 20 años.”

En este contexto, valga recordar que, según las estadísticas sobre tasas de matrícula de la Organización de las Naciones Unidas para la Ciencia, la Educación y la Cultura (UNESCO), la edad promedio de la finalización de la educación primaria y secundaria (sea por graduación o por

deserción) en los Estados Unidos es de 17.8 años, en ambos sexos. Esto se compara con 16.7 años en Perú, 16.2 años en Cuba, 16.1 años en México, 14.9 años en Colombia y 14.1 años en Costa Rica. Al mismo tiempo, la edad mediana de la iniciación sexual de las mujeres en América Latina (pero no en el Caribe) es aproximadamente 1.5 años más tardía, como se mostró en el capítulo IV. Esto significa que el intervalo entre la finalización de la educación y el inicio de las relaciones sexuales de las mujeres en América Latina es aproximadamente 3-4 años mayor que en los Estados Unidos, razón por la cual el tema de la actividad sexual en escolares en América Latina tiene características muy diferentes de la situación estadounidense. Aun en los Estados Unidos, los estudios realizados sobre el tema sugieren que hay una proporción significativa de adolescentes que abandonan la educación formal en el año *antes* de su embarazo (Moore, 1978). Considerando el intervalo mucho mayor entre la finalización de la educación y el inicio de la actividad sexual en las mujeres latinoamericanas, sería de esperar que esta situación se presentara con mucho mayor frecuencia en la región.

Algunos estudios han comprobado que existe una asociación entre el embarazo de alumnas y el bajo rendimiento escolar previo al embarazo. Un estudio en Kenya, por ejemplo, demostró que la deserción escolar por embarazo entre alumnas en el cuartil más bajo de desempeño académico era más del doble de la deserción en el cuartil más alto (Division of Family Health / GTZ Support Unit, 1988). En muchos de estos casos, existe la posibilidad de que la adolescente se haya embarazado deliberadamente, para poder abandonar la escuela (Dynowski-Smith, 1989). En México, Pick de Weiss *et al.* (1991) averiguaron que la adolescente que se embaraza típicamente tiene aspiraciones escolares más reducidas que la que no se embaraza; a su vez, Pick de Weiss, Atkin y Karchmer (1988) descubrieron que un alto porcentaje abandonaba la escuela antes de embarazarse; además, se trata de un grupo socialmente más aislado desde antes de embarazarse que las adolescentes que no se embarazaron. El estudio de Walker *et al.* (1994), de 452 adolescentes de 13-14 años que asistían al octavo grado de nueve escuelas en comunidades de bajos ingresos de Kingston, Jamaica, apunta en la misma dirección. Por una parte, se encontró que 16 de estas adolescentes (3.5%) abandonaron la educación a lo largo de un período de 2 años por motivos relacionados con embarazos, mientras que 34 (7.5%) lo hicieron por otros motivos. Sin embargo, más sorprendente tal vez fue que la asistencia y el desempeño escolar de las alumnas sexualmente activas eran más bajos, con tasas de deserción más elevadas, que en el caso de las sexualmente inactivas, independientemente que se hubieran embarazado o no. Así, el resultado estaría indicando que no sólo el embarazo en mujeres adolescentes, sino también la actividad sexual muy temprana son selectivas y más comunes en mujeres con un desempeño escolar y perspectivas socioeconómicas más desfavorables.

Trussell (1998: 268) comenta los sesgos de muchos de los estudios existentes, por su inadecuado control de factores contextuales: “Es plausible ... que el nivel final de estudios alcanzado por las madres adolescentes sea más bajo no porque ellas dieron a luz a una edad precoz, sino porque tenían un mal desempeño escolar y habrían abandonado la escuela aun si no se hubieran embarazado”. Por esto, no es razonable asumir que, si la adolescente no se hubiera embarazado, seguiría en la escuela. En las palabras de Lloyd y Mensch (1999: 85), que describen la situación en Kenya: “...la literatura sobre el embarazo en alumnas en los países en desarrollo implícitamente asume que las adolescentes que son forzadas a retirarse de la escuela por embarazo continuarían en la escuela si no se hubieran embarazado. Sin embargo, hay muchas otras razones por las cuales una adolescente pudiera abandonar la escuela durante la adolescencia. Además, en el caso de las adolescentes que sí se embarazan, la falta de apoyo recibido por parte del ambiente escolar puede aumentar las probabilidades de que ellas darán a

luz, en vez de buscar un aborto y continuar su educación. En realidad, puede no ser el embarazo que lleva a las adolescentes a abandonar la escuela, sino la falta de oportunidades sociales y económicas para adolescentes y mujeres y las demandas domésticas a las cuales están sujetas, junto con las desigualdades de género del sistema educativo, las cuales pueden resultar en experiencias escolares insatisfactorias, bajo desempeño académico, y la aceptación o la opción por la maternidad temprana”.

Bledsoe y Cohen (1993: 162) también enfatizan que el problema de fondo puede ser otro: “...las oportunidades de una buena educación, prontamente disponibles para las adolescentes de familias acomodadas, pueden desincentivar la fecundidad adolescente. Por otro lado, la poca posibilidad de obtener una buena educación, junto con otros factores, puede estimular a las adolescentes de familias pobres a embarazarse. Estas adolescentes muchas veces tienen menor posibilidad de acompañar el ritmo académico, debido a las demandas que enfrentan para ayudar en el hogar, las cuales les dejan poco tiempo para estudiar. También son las que tienen menos condiciones de comprar materiales escolares o de matricularse en las escuelas privadas costosas que escrupulosamente monitorean las idas y venidas de sus alumnas..... No debería de ser sorprendente que adolescentes de este tipo decidan que los vínculos con un hombre a través del embarazo pueden ser más ventajosos que continuar los estudios.”

Además de estadísticas sobre el abandono escolar, otro tipo de información sobre los efectos de la adolescencia temprana en la educación, disponible a través de las DHS, se refiere al número de años estudiados. Prado-Salas (1996: Tabla 17.6), por ejemplo, muestra con datos de la DHS de Colombia de 1986 que sólo 32% de las mujeres rurales y 67% de las mujeres urbanas de 20-29 años que tuvieron su primer hijo antes de los 20 completaron 5 ó más años de educación, frente a 49% y 82%, respectivamente, en el caso de las demás mujeres. Singh y Wulf (1990: 76) brindan cifras semejantes para otros países de la región. Las menores diferencias se observan en Trinidad y Tabago: 93% de las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años, 96% de las que tuvieron su primer hijo después de los 20 y 97% de las mujeres sin hijos. En la mayoría de los países las brechas son mayores, por ejemplo, 19%, 38% y 51%, respectivamente, en el caso extremo de Guatemala. Sin embargo, es poco probable que estas diferencias se deban al abandono escolar por embarazos accidentales, pues una mujer con 5 años o menos de educación normalmente ya no está en la escuela en el momento de embarazarse de su primer hijo.

Las cifras referentes al término de 10 años de educación, también aportadas por Singh y Wulf, pueden ser más relevantes. Estas demuestran diferencias todavía mayores, por ejemplo, 8%, 27% y 46%, respectivamente, en el caso de Brasil. A fin de explorar mejor las diferencias educativas entre madres adolescentes y madres que tuvieron su primer hijo más tarde, el cuadro VII.5 analiza el número promedio de años de instrucción formal por grupo de mujeres. De la misma forma que con las cifras anteriormente citadas, sólo una parte de las diferencias presentadas en el cuadro VII.5 puede atribuirse a estos factores. Es más probable que estas cifras reflejen los comportamientos distintos de diferentes clases sociales con relación al inicio de su vida reproductiva.

Cuadro VII.5

Número promedio de años de escolaridad de mujeres de 25-34 años según su edad al nacimiento del primer hijo: Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, fecha	Edad al nacimiento del primer hijo		
	Menos de 18	18-20	21-29
Bolivia, 1998	5.06	6.42	8.03
Brasil, 1996	4.55	5.7	7.53
Colombia, 1995	5.13	6.57	8.59
Guatemala, 1995	2.16	3.38	5.95
Haití, 1995	1.63	2.4	3.76
Nicaragua, 1998	4.28	6.46	8.51
Perú, 1996	5.15	6.6	8.97
Rep. Dominicana, 1996	5.07	7.29	10.23

Fuente: Cálculos propios basados a las Encuestas DHS III

Cuadro VII.6

Distribución porcentual de razones declaradas para el abandono escolar de mujeres con edades actuales de 15-24 años: Países seleccionados de América Latina y el Caribe

Razones	Bolivia, 1998	Brasil, 1996	Colombia, 1995	Guatemala, 1995	Nicaragua, 1998	Perú, 1996	República Dominicana, 1996
Asiste actualmente	52.5	47.7	40.4	27.0	40.9	44.8	32.6
Quedó embarazada	3.8	4.9	4.7	0.8	5.4	6.6	3.4
Se casó o unió	5.9	6.0	5.1	3.2	10.5	4.3	17.1
Para cuidar los niños	2.1	2.2	1.0	1.9	2.2	2.2	1.9
Familia necesitaba ayuda	11.6	2.5	1.2	11.5	1.8	4.4	1.4
No pudo pagar estudios	1.7	2.8	16.6	5.6	9.9	10.7	5.1
Necesitaba ganar dinero	9.1	9.9	6.8	7.8	5.0	9.1	8.3
Se graduó, suficiente estudio	2.5	2.9	1.6	3.9	0.7	3.4	0.1
No pasó los exámenes	0.5	0.8	1.4	1.7	...	0.8	...
No quiso estudiar	2.9	8.1	15.2	23.6	13.3	5.3	15.7
Escuela muy lejos	2.6	6.6	1.8	2.9	3.0	1.1	4.2
Padres no quisieron	...	...	0.7	...	...	...	...
Razón médica	...	1.1	1.2	...	...	...	...
Otra razón	2.5	3.7	2.4	5.2	2.8	6.0	9.3
No sabe/sin información	0.5	0.6	...	3.2	1.1	1.2	0.8

Fuente: Informes de país de la DHS III

Una idea más realista sobre el efecto de la deserción escolar por embarazo en el nivel educativo de las adolescentes se obtiene usando otro dato, el que está disponible en las encuestas DHS más recientes. La tercera ronda de la DHS III contiene una pregunta dirigida a mujeres de más de 15 años que ya no están en la escuela, sobre la razón de abandonar la educación. El cuadro VII.6 identifica los resultados sobre mujeres de 15-24 años en algunos países de la región. Como se aprecia en este cuadro, las razones económicas (familia necesitaba de ayuda, no pudo pagar estudios, necesitaba ganar dinero) suelen ser las más importantes, y provocan desde

28% de las deserciones escolares en Nicaragua, hasta 47% en Bolivia. El peso de factores académicos (se graduó, ya estudió lo suficiente, no pasó los exámenes, no quiso estudiar) varía mucho de país a país, desde 12% de las deserciones en Bolivia hasta 31% en Colombia. El cuadro no permite evaluar directamente cuál es la importancia del motivo de embarazo. La razón “quedó embarazada” evidentemente debe interpretarse como consecuencia directa de un embarazo precoz, que puede ser deseado o no deseado. Sin embargo, “se casó o unió” y “para cuidar los niños” no significan necesariamente que haya habido un embarazo. Comparando la fecha de la primera unión con el nacimiento del primer hijo, se averiguó que en la mayoría de los países de la región, entre 30% y 35% de las adolescentes que mencionaron el motivo de matrimonio o unión ya habían dado a luz o estaban embarazadas cuando se casaron, con un porcentaje mayor (55%) en Guatemala y menores en Nicaragua y República Dominicana. En cuanto al motivo “para cuidar los niños”, se decidió atribuir todos los casos a embarazos precoces, aunque de hecho hay casos en que se trata de hermanas y hermanos menores y no de hijos propios.¹ En suma, se estima que los embarazos tempranos pueden causar un máximo de 15%-20% del abandono escolar en todos los niveles en la mayoría de los países.

Cuadro VII.7

Porcentaje máximo de abandono escolar en todos los niveles y número promedio de años de escolaridad por mujer perdidos por abandono escolar debido a embarazos: Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, año	Porcentaje de abandono debido a		Años de educación perdidos debido a	
	Todos embarazos	No deseados	Todos embarazos	No deseados
Bolivia, 1998	17.2	9.8	0.88	0.45
Brasil, 1996	17.5	10.6	0.69	0.39
Colombia, 1995	12.3	8.1	0.51	0.32
Guatemala, 1995	5.7	3.3	0.27	0.16
Nicaragua, 1998	16.1	7.3	0.67	0.29
Perú, 1996	18.9	11.4	0.65	0.39
Rep. Dominicana, 1996	17.0	9.4	0.80	0.42

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

También se calculó, basándose en la intensidad y las razones del abandono escolar de mujeres con edades actuales inferiores a 25 años, cuál habría sido el aumento de la escolaridad promedio (en años completados de estudio) si los embarazos no deseados o todos los embarazos que llevaron a una deserción escolar hubieran sido evitados. Los resultados se observan en el cuadro VII.7. Son cifras mucho más modestas que las mostradas anteriormente en el cuadro VII.5. En ningún país de la región la postergación de todos los embarazos en adolescentes hasta después de los 20 años aumentaría la escolaridad femenina promedio en más de un año. La razón de este impacto tan leve es la presencia de muchos otros factores que pueden propiciar el abandono escolar, principalmente en los años anteriores a que el embarazo comience a constituir una amenaza real.

El número promedio de años de educación perdidos en el cuadro VII.7 cálculo debe interpretarse como un límite superior. Además de haberse interpretado todos los casos de

¹ En Guatemala, por ejemplo, más de la mitad de las mujeres que citaron este motivo no tenían hijos, pero en otros países de la región existe una mayor probabilidad de que se trate de hijos propios.

abandono por “cuidar de niños” como abandono resultante de un embarazo, no se tomó en cuenta que una parte de las desertoras escolares regresa posteriormente o completa su educación por otras vías. Por otro lado, en el cálculo del cuadro VII.7 se supone implícitamente que los diferentes motivos de abandono escolar son estadísticamente independientes, o sea, que una adolescente cuyo embarazo se evita sigue sujeta a las mismas probabilidades de abandono escolar por otros motivos que sus colegas. En la realidad, las adolescentes que se embarazan también están sujetas a probabilidades más altas de abandono por otros motivos. Esto se percibe, por ejemplo, al dividir la población por quintil de pobreza, lo que hace las poblaciones más homogéneas y el supuesto de independencia más realista. El cuadro VII.8 muestra los resultados para Brasil y Nicaragua.

Cuadro VII.8

Número promedio de años de escolaridad por mujer perdidos por abandono escolar y porcentaje de abandono escolar en todos los niveles atribuible a embarazos, según quintiles de pobreza: Brasil y Nicaragua

País, año Estrato	Porcentaje de abandono debido a		Años de educación perdidos debido a	
	Todos embarazos	No deseados	Todos embarazos	No deseados
Brasil, 1996	17.5	10.6	0.69	0.39
20% más pobres	16.2	9.5	0.49	0.27
Próximos 20%	19.4	11.6	0.67	0.35
Próximos 20%	16.3	10.3	0.52	0.32
Próximos 20%	19.3	11.3	0.62	0.34
20% más ricos	15.7	10.0	0.47	0.32
Nicaragua, 1998	16.1	7.3	0.67	0.29
20% más pobres	7.9	3.4	0.24	0.07
Próximos 20%	11.8	6.2	0.53	0.21
Próximos 20%	22.7	14.6	1.03	0.53
Próximos 20%	21.8	8.6	0.69	0.21
20% más ricos	19.8	10.1	0.71	0.34

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

Mediante este cuadro se demuestra también que los efectos son más moderados en los estratos más pobres y más ricos: en el estrato más rico porque el embarazo en la adolescencia es menos común, en el estrato más pobre porque relativamente pocas mujeres alcanzan el nivel de escolaridad donde el embarazo podría constituir un motivo de abandono escolar.

No es necesariamente correcto pensar que las adolescentes que abandonaron la escuela por razones ligadas al embarazo sean aquellas a quienes les faltó el conocimiento adecuado para evitar el embarazo. En todos los países de la región, el grupo que claramente tiene menos conocimiento sobre métodos anticonceptivos entre las adolescentes de 15-17 años abarca a las adolescentes sin experiencia sexual y que están fuera de la escuela. En general, aquellas que tienen experiencia sexual o que incluso ya tienen un hijo y que asisten a la escuela, son las que más conocimiento tienen. Las madres que abandonaron la escuela debido a su embarazo vienen

en seguida. Sin embargo, estos resultados deben de interpretarse con cautela, pues no se sabe si ellas ya tenían este conocimiento antes de embarazarse.

Una de las limitantes de las Encuestas DHS es que no proveen información sobre la edad del abandono escolar, salvo que éste se haya producido como resultado de un embarazo o matrimonio. La Encuesta Nacional de Población y Familia (ENPOFAM) de Venezuela (1998), por otro lado, estableció la edad en que la mujer terminó su educación, independientemente de la causa. Esto permite averiguar cuál fue el momento de este evento con relación al primer embarazo. Según Freitez, Di Brienza y Zúñiga (2000: 83), sólo el 28% de las mujeres de 20-29 años que fueron madres antes de los 20 años alcanzaron por lo menos 10 años de escolaridad, contra 53% de las que postergaron la maternidad hasta después de los 20 años. Asimismo, averiguaron que 3 en cada 4 madres adolescentes que no estaban en la escuela habían terminado su educación antes del nacimiento de su primer hijo.

Cuadro VII.9

Probabilidades (por 1,000) de abandono escolar por edad de mujeres de 25-39 años, según la edad en que tuvieron el primer hijo y momento antes o después del primer embarazo: Venezuela

Edad	No fueron madres adolescentes	Fueron madres adolescentes	
		Probabilidades antes del primer embarazo	Probabilidades durante el embarazo y después
10	11.7	17.0	
11	16.2	20.8	
12	52.0	91.5	45.5
13	58.2	114.8	371.0
14	61.7	153.2	281.6
15	76.4	235.7	486.8
16	88.5	251.1	343.6
17	136.6	410.5	368.7
18	167.5		289.9
19	100.0		141.7

Fuente: Cálculos propios basados en la ENPOFAM 1998

El cuadro VII.9 profundiza este análisis. Aquí se calcularon las probabilidades retrospectivas de deserción escolar de mujeres de 25-39 años, divididas en dos grupos: las mujeres sin hijos o que tuvieron su primer hijo después de los 20 años y las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años. Para estas últimas, las probabilidades se dividen entre las probabilidades de deserción hasta 2 años antes del nacimiento del primer hijo y las probabilidades de deserción posterior. Como se observa, las probabilidades que caracterizan este segundo grupo son considerablemente más elevadas, tanto antes como después del primer embarazo. Aplicando las probabilidades a una cohorte ficticia, se obtiene que 59.2% de las mujeres del primer grupo permanecerían en la escuela hasta los 18 años, frente a 19.1% del segundo grupo. Sin embargo, si las mujeres del segundo grupo no se embarazasen, pero en lo demás mantuviese sus mismas características, este segundo porcentaje se elevaría sólo de 19.1% a 22.1%.

3. Efectos negativos sobre empleo y pobreza

Aunque los efectos de un embarazo en la adolescencia sobre la carrera laboral y los futuros ingresos de la madre probablemente son más significativos que los efectos de salud, no han sido investigados con la misma intensidad que éstos, principalmente en América Latina y el Caribe. Debido, entre otras cosas, a la multiplicidad de criterios involucrados (efectos de corto o largo plazo, empleo o calidad del empleo, bienestar financiero o satisfacción con una situación de vida, etc.) y la variedad de metodologías, los resultados de diferentes investigaciones que se han realizado en los Estados Unidos, sobre las relaciones entre el embarazo adolescente y la situación económica posterior de la mujer, no siempre coinciden. Hoffman, Foster y Furstenberg (1993), en su comparación de las trayectorias de vida de hermanas, encontraron que un nacimiento en la adolescencia rebaja la razón de ingreso/necesidades de una mujer de 21-33 años en más de 30% y aumenta su probabilidad de pobreza de 16% a 28%. Ribar (1996) descubrió que un embarazo en la adolescencia generalmente reduce la probabilidad posterior de empleo. Klepinger, Lundberg y Plotnick (1997), que basaron su análisis en un modelo econométrico, detectaron efectos bastante fuertes, en términos educativos y laborales. Tanto en mujeres blancas como negras, estimaron una reducción promedio de 2.6 años de educación y una disminución en los niveles de ingreso a consecuencia de la maternidad adolescente. La diferencia de 2.6 años parece enorme, dado lo averiguado en el apartado anterior. En mujeres blancas, pero no en las negras, también calcularon una reducción de 2.2 años, en promedio, de experiencia de trabajo como adulto. Trussell y Abowd (1980) tampoco hallaron efectos en el empleo de mujeres negras, pero sí una asociación positiva en las mujeres blancas, mientras que Grogger y Bronars (1993) no observaron ningún efecto en mujeres blancas, pero sí un efecto negativo fuerte en mujeres negras.

De nuevo, es crucial que análisis de este tipo sean controlados por factores contextuales, para no atribuir al efecto del embarazo diferencias preexistentes entre grupos de mujeres. En este sentido, Geronimus y Korenman (1992) no descubrieron efecto negativo alguno en términos del empleo actual. En otro trabajo (Geronimus, Korenman & Hillemeier, 1994), los mismos autores verificaron que más de 70% de la diferencia de ingresos entre madres adolescentes y mujeres que tuvieron sus hijos más tarde (16,000 dólares por año comparados con 27,000 dólares) se explicaba en términos de factores preexistentes. Hotz, McElroy y Sanders (1997), que compararon madres adolescentes con mujeres que habían tenido un aborto espontáneo en la adolescencia, comprobaron que las madres adolescentes en las edades de 20-29 años ganaban ingresos incluso un poco más altos que las otras mujeres. Aunque las primeras inicialmente resultaban perjudicadas, recuperaban la ventaja después de los 25 años, principalmente cuando todos sus hijos ya alcanzaban la edad escolar. Otro trabajo de los mismos autores (Hotz, Mullin & Sanders, 1997) confirmó que, una vez superadas las desventajas inmediatas de un alumbramiento en la adolescencia, las mujeres no negras que fueron madres adolescentes trabajaban más horas y ganaban ingresos más altos que sus pares que tuvieron hijos más tarde. Furstenberg, Brooks-Gunn y Morgan (1987) siguieron una muestra de 300 mujeres negras de bajos ingresos que habían sido madres adolescentes en los años sesenta y notaron que su situación económica de un modo general era más satisfactoria que lo esperado sobre la base de sus circunstancias inmediatas después del nacimiento de sus hijos. Tres cuartos tenían empleos regulares y un tercio había adquirido alguna educación superior. Horwitz *et al.* (1991) llegaron a conclusiones semejantes al estudiar una muestra de madres adolescentes originalmente matriculadas en un programa de asistencia social después de 20 años.

Dada la importancia del tema para procesos como la transmisión intergeneracional de la pobreza, es sorprendente que en la región de América Latina y el Caribe se hayan realizado muy pocas investigaciones sobre los efectos económicos del embarazo en la adolescencia para la madre y sus hijos. Uno de los pocos esfuerzos en este sentido es el estudio comparativo del Population Council entre Barbados, Chile, Guatemala y México, coordinado por Buvinic (1998). Este estudio verificó que, aun controlando la educación de la mujer y su situación económica en la niñez, las circunstancias económicas posteriores de madres adolescentes en Chile, Guatemala y México sufrían un deterioro significativo. En Chile (Santiago), por ejemplo, el ingreso mensual de madres adolescentes provenientes de estratos pobres cinco años después del alumbramiento era cerca de 50% más bajo y el sueldo por hora 25% más bajo que entre las mujeres que habían tenido su hijo después de los 20 años. No se investigó el ingreso familiar total. La autora concluye que el embarazo en la adolescencia agrava las desventajas socioeconómicas de mujeres pobres. Su recomendación insistía en proveer más escolaridad y oportunidades de empleo a mujeres pobres jóvenes, especialmente si son madres. Una limitante del análisis de Buvinic es que el período de referencia en Chile y México fue de sólo 4-5 años, que es breve si se considera que algunos estudios citados arriba sugieren que las desventajas económicas iniciales de madres adolescentes desaparecen con el tiempo.

Informalmente se comenta que la prostitución en América Latina y el Caribe guarda una relación con el embarazo de adolescentes, en la medida en que a menudo constituye la actividad económica más viable para una mujer adolescente sin pareja y con pocas calificaciones laborales para sostener un hijo. Aunque no hay duda de que la necesidad de sostener un hijo es un motivo común para dichas actividades en la región, hasta la fecha se desconoce algún estudio que haya comprobado que esta tendencia sea más fuerte en madres adolescentes que en aquellas que pasaron por la experiencia de la maternidad y del abandono de la pareja en una fase posterior de sus vidas. Sin embargo, aunque no hubiera esta relación, posiblemente se trata de una experiencia más común en madres adolescentes, debido a la mayor tendencia de disolución precoz de las uniones de madres muy jóvenes (véase el tema 5).

4. Aumento de la fecundidad global

Parte de la inquietud por el embarazo en adolescentes en los países en desarrollo proviene de la circunstancia de que se trata del grupo etario que hasta ahora ha sido más resistente a la baja de la fecundidad observada en otras edades. Como se demostró en el capítulo II, esto puede entenderse teóricamente por la fuerza del deseo por hijos de órdenes más bajos y principalmente por los primogénitos. En la medida en que el deseo por los hijos disminuye en los órdenes de nacimiento más altos, sin que haya mecanismos compensatorios de postergación del primer alumbramiento y de aumento de los intervalos intergenésicos, la consecuencia lógica es el rejuvenecimiento del patrón etario de la fecundidad. No se ha realizado mucha investigación empírica para averiguar en qué condiciones la disminución del deseo por hijos de órdenes de nacimiento mayores es acompañado o no por cambios en la localización de los nacimientos en el tiempo, pero aparentemente las sociedades de la región han sido relativamente resistentes a estos cambios.

En términos generales, las tasas de crecimiento demográfico son más altas en los países donde una gran proporción de mujeres tiene su primer hijo antes de los 20 años (Senderowitz & Paxman, 1985). En el plano individual, también se puede comprobar que las mujeres que inician su fecundidad de forma temprana tienden a tener más hijos durante su vida reproductiva. En el

caso de Colombia, Prada-Salas (1996: Table 17.7), a base de la DHS de 1986, demostró que las mujeres rurales de 35-39 años que tuvieron un hijo antes de los 20 tenían un promedio de 6.5 hijos nacidos vivos, contra 4.4 en el caso de las demás mujeres.² En el área urbana, estos promedios eran de 4.9 y 2.9 hijos, respectivamente. En las edades actuales más altas, las diferencias absolutas aumentan. Singh y Wulf (1990: 74-75) también reportan disparidades semejantes en varios países de la región, que van desde 1.7 a 2.7 hijos de diferencia entre mujeres que tuvieron su primer hijo antes o después de los 20 años. Las diferencias disminuyen un poco si se controla el nivel educativo de la mujer, pero aun entre mujeres de 35-39 años con menos de 6 años de escolaridad la brecha es considerable. En los Estados Unidos, algunos autores han realizado cálculos controlando algunos factores de contexto. Moore y Hofferth (1978) identificaron una diferencia muy grande, de 3 hijos, entre la fecundidad acumulada de mujeres estadounidenses de 35-52 años que habían tenido su primer hijo a los 15 años y aquellas que habían esperado hasta los 24, aun controlando factores como raza, religión y educación. De la misma forma, Card y Wise (1978) informan que, entre las mujeres de 29 años, aquellas que habían tenido su primer hijo a los 18 años o antes tenían un promedio de 3.1 hijos, frente a un promedio de 2.2 de mujeres con características socioeconómicas semejantes que comenzaron a tener hijos después de los 20 años. Buvinic (1998), por otro lado, constató una asociación entre la fecundidad acumulada y la edad del primer alumbramiento en Barbados y Guatemala, pero no en Chile y México.

El mayor número de hijos de las madres adolescentes no sólo es una consecuencia directa de su mayor período de exposición al embarazo. Ellas también tienen hijos más frecuentemente, como se aprecia en el cuadro VII.10, que muestra el número promedio de hijos nacidos durante los primeros diez años después del nacimiento del primero, en función de la edad que tenía la mujer cuando éste nació. Los intervalos intergenésicos más cortos en las madres adolescentes se deben en parte a su nivel social y educativo más bajo, por lo que se estandarizó por quintil de pobreza. Aun así, se nota que el número de hijos nacidos vivos durante los diez años después del nacimiento del primero en las mujeres que tuvieron su primer hijo en la adolescencia es mayor que en mujeres que tuvieron el primer hijo después de los 21 años: por ejemplo, 3.92 contra 3.48, en el caso de Bolivia.

Vale preguntarse cuál sería el efecto demográfico de la reducción o eliminación de la fecundidad en la adolescencia. A escala mundial, Nortman (1974) ha intentado responder esta pregunta en el sentido de estimar cuál sería el efecto de la reducción del período fecundo al intervalo de 20-34 años. Su resultado fue que la tasa mundial de natalidad disminuiría de 20 a aproximadamente 13 por mil. Este cálculo se basa en el supuesto discutible de que las tasas de fecundidad abajo de los 20 años y por arriba de los 35 serían reducidas a cero, sin afectar la fecundidad en el intervalo de 20-34 años.

² Esta comparación puede estar un poco sesgada por el hecho de que el segundo grupo incluye mujeres sin hijos. Tal vez un criterio mejor sea la comparación de mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 20 con aquellas que tuvieron su primer hijo cuando tenían 20-24 años.

Cuadro VII.10

Número promedio de hijos nacidos durante los primeros diez años después del nacimiento del primero (e incluyendo éste) según la edad de la madre cuando nació el primer hijo, sin y con estandarización por quintiles de pobreza: Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, año	Sin estandarización			Con estandarización		
	<18	18-20	21-29	<18	18-20	21-29
Bolivia, 1998	4.00	3.75	3.35	3.92	3.78	3.48
Brasil, 1996	3.68	3.33	2.87	3.56	3.34	3.02
Colombia, 1995	3.54	3.24	2.83	3.45	3.26	2.97
Guatemala, 1995	4.21	3.97	3.45	4.11	4.01	3.66
Haití, 1995	3.87	4.05	3.82	3.83	3.96	3.81
Nicaragua, 1998	4.14	3.68	3.18	4.09	3.79	3.42
Perú, 1996	3.89	3.59	3.16	3.78	3.58	3.29
Rep. Dominicana, 1996	3.75	3.49	3.07	3.67	3.50	3.18

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

En el caso de Nicaragua, por ejemplo, la tasa de fecundidad en el grupo de 15-19 años, según el informe de la última DHS, es de 139 por mil. Si esta fecundidad no se concretara, las mujeres tendrían, en promedio, 0.70 hijos o menos durante su vida reproductiva. Sin embargo, este tipo de cálculo no sería realista, pues no considera la posibilidad de que las mujeres recuperen después de los 20 años parte de sus nacimientos no tenidos. En realidad, el efecto final de la postergación del primer nacimiento hasta después de los 20 años depende enteramente de la forma como las mujeres absorben este evento a lo largo de sus vidas posteriores. El escenario anterior (hipótesis I) supone que los nacimientos ocurridos antes de los 20 años dejan de suceder, sin afectar los nacimientos posteriores. Otro escenario (hipótesis II), posiblemente más realista, sería que toda la vida reproductiva de la mujer sufriera un desfase en función de la postergación del primer nacimiento; como esta postergación tiene límite, ya que la fertilidad disminuye en las edades más avanzadas, se podría suponer que, a partir de los 35 años, las mujeres ya no recuperarían los nacimientos perdidos y tendrían sólo aquellos propios de su esquema de fecundidad original. Por ejemplo, una mujer que tuvo hijos a los 16, 18, 24, 26, 29, 32 y 38 años en este escenario de desfase tendría hijos a los 20, 22, 28, 30, 33 y 38, dado que el hijo nacido a los 32 años en el esquema original ya no nacería.

Un tercer escenario sería que las mujeres, tras la postergación de su primer nacimiento hasta después de los 20 años, tendrían la misma fecundidad posterior de las mujeres con características comparables que efectivamente tuvieron su primer hijo a los 20 años. Para estudiar esta posibilidad (hipótesis III) en algunos países de América Latina y el Caribe, se formuló un modelo de regresión para explicar el número acumulado de hijos nacidos vivos de mujeres de 40-49 años, usando un gran número de variables explicativas. Algunas de estas variables, como los deseos reproductivos del marido, el conocimiento de métodos anticonceptivos, el conocimiento del ciclo reproductivo y la condición de haber sido unida en algún momento, fueron no significativas en la mayoría de los países y se eliminaron.

Cuadro VII.11

Disminución estimada de la fecundidad acumulada de mujeres de 40-49 años si todas las que tuvieron hijos en la adolescencia hubieran postergado su primer alumbramiento hasta los 20 años: Países seleccionados de América Latina y el Caribe

Estrato	Bolivia, 1998	Brasil, 1995	Colombia, 1995	Guatemala, 1995	Haití, 1994/ 95	Nicaragua, 1995	Perú, 1996	República Dominicana, 1996
Hipótesis I								
20% más pobres	.557	.572	.752	.852	.573	1.252	.828	1.204
Próximos 20%	.606	.575	.729	.846	.589	1.242	.738	.877
Próximos 20%	.570	.474	.613	.841	.514	1.176	.663	.693
Próximos 20%	.457	.355	.587	.731	.499	.905	.554	.779
20% más ricos	.306	.301	.309	.424	.213	.783	.327	.414
Total	.482	.434	.560	.712	.485	1.029	.586	.755
Hipótesis II								
20% más pobres	.250	.172	.254	.405	.256	.579	.391	.377
Próximos 20%	.238	.085	.105	.378	.235	.494	.289	.192
Próximos 20%	.159	.054	.099	.357	.138	.357	.143	.128
Próximos 20%	.105	.032	.049	.214	.142	.251	.100	.108
20% más ricos	.045	.026	.020	.045	.031	.140	.044	.025
Total	.150	.064	.092	.256	.166	.329	.172	.148
Hipótesis III								
20% más pobres	.285	.199	.271	.404	.267	.601	.360	.418
Próximos 20%	.314	.193	.247	.370	.274	.610	.314	.323
Próximos 20%	.258	.166	.234	.367	.230	.594	.273	.281
Próximos 20%	.224	.128	.191	.314	.246	.451	.237	.291
20% más ricos	.160	.105	.110	.164	.116	.394	.142	.149
Total	.238	.151	.197	.299	.230	.507	.247	.278

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

Las variables que sobraron fueron: número de años de instrucción, estrato de pobreza (40% más pobres, 40% del medio y 20% más ricos), zona de residencia actual y anterior, condición de estar unida actualmente y de estar estéril, conocimiento de alguna fuente para la obtención de métodos anticonceptivos, número ideal de hijos y edad al primer alumbramiento. Con estas variables fue posible explicar entre 45% y 60% de la varianza, lo que es razonable, considerando que se trata de datos a nivel de personas, que normalmente contienen una elevada proporción de variación individual no explicada. A continuación se calculó, a base de esta ecuación de regresión, cuál sería el efecto del aumento de la edad del primer alumbramiento hasta los 20 años, suponiendo al mismo tiempo que las mujeres afectadas aprovecharían este intervalo para aumentar su instrucción en un año, mientras que sus demás características seguirían iguales.

Los resultados de los tres escenarios, diferenciados por estrato de pobreza, se muestran en el cuadro VII.11. Como se observa, el efecto final de la eliminación de alumbramientos en adolescentes es más fuerte en la hipótesis I y más débil bajo la hipótesis II, de desfase, mientras que la hipótesis III arroja valores intermedios. Los resultados también varían mucho de país a país y entre estratos: en el caso de la hipótesis III, desde un promedio de 0.105 hijos entre el estrato más rico de Brasil y 0.110 en el mismo estrato en Colombia a 0.601 y 0.610, respectivamente, en los dos estratos más pobres de Nicaragua.

La hipótesis III no contempla la variación individual no explicada, o sea, la posibilidad de que las mujeres que comenzaron a tener hijos muy temprano estén psicológicamente predisuestas a tener un mayor número de hijos, aun en las etapas posteriores de su vida. Si éste fuera el caso, las cifras referentes a la hipótesis III pueden estar sobreestimadas, y la hipótesis II podría representar una aproximación más razonable a la realidad..

5. Otros efectos sociales del embarazo adolescente

Otro tema que ha sido objeto de inquietud es el de la inestabilidad de las uniones de madres adolescentes. En los Estados Unidos, 48% de las uniones de mujeres que se casaron con menos de 20 años terminan cuando ellas tienen entre 30-39 años, en comparación con sólo 35% de las uniones de mujeres que se casaron más tarde (Singh & Wulf, 1990). Haber tenido un embarazo o principalmente un nacimiento premarital también aumenta la probabilidad de separación o divorcio en los matrimonios o uniones posteriores (Billy, Landale & McLaughlin, 1986; Morgan & Rindfuss, 1985; O'Connell & Rogers, 1984; Teachman, 1983). Furstenberg, Brooks-Gunn y Morgan (1987), entre otros, han mostrado que las madres adolescentes padecen divorcios y otros trastornos maritales, y registran más nacimientos fuera del matrimonio. Junto con lo anterior, esto implica que las madres adolescentes pasan una mayor proporción de sus vidas solas, mientras cuidan de sus hijos menores.

Varios de estos estudios han confirmado que el impacto de un alumbramiento prematrimonial sobre la estabilidad de la unión subsecuente ha disminuido con el tiempo, por lo menos en la población blanca. Por otro lado, también se ha observado que la inestabilidad de las uniones deriva más de la temprana edad al casarse que del embarazo precoz en sí: las madres adolescentes que se casan más tarde muchas veces tienen tasas de separación y divorcio parecidas a las de mujeres que se casaron a la misma edad, sin haber tenido un embarazo previo. Este último hecho no se da en América Latina, por la simple razón de que las mujeres que se embarazan antes de la unión no entran en uniones más tempranas que las mujeres que entran en uniones sin estar embarazadas. Como se aprecia en el cuadro VII.12, en la mayoría de los países la situación es más bien opuesta.

Cuadro VII.12

Edad promedio de la primera unión entre mujeres alguna vez unidas de 25-34 años, por condición de embarazo en el momento de la unión:
Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, año	Unión antes de primer embarazo	Unión durante primer embarazo	Primer hijo nació antes de unión
Bolivia, 1998	19.21	20.04	21.80
Brasil, 1996	19.87	19.42	21.54
Colombia, 1995	19.91	19.89	22.21
Guatemala, 1995	18.07	18.77	20.49
Haití, 1995	19.90	19.72	20.32
Nicaragua, 1998	17.71	18.01	19.63
Perú, 1996	19.50	20.12	21.81
Rep. Dominicana, 1996	18.83	19.03	19.67

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

Bennett, Bloom y Miller (1995) y más recientemente Lichter y Graefe (1999) han estudiado las historias maritales de mujeres en los Estados Unidos que tuvieron o no un hijo cuando todavía eran solteras. Lichter y Graefe verificaron un efecto significativo, que no podía ser explicado por factores previos, del hecho de haber sido madre soltera. Sin embargo, este efecto no era necesariamente más fuerte en las madres solteras adolescentes. Más bien, el porcentaje de madres solteras adolescentes que se habían casado alguna vez antes de los 40 años (73.0%) era un poco superior al porcentaje total de madres solteras que alguna vez se casaron (71.7%), aunque bastante inferior al porcentaje en mujeres que nunca habían sido madres solteras (88.3%). Más específicamente, descubrieron que una mujer soltera que tuviera un hijo a la edad de 15 años tendría una probabilidad de 16.3% de no casarse hasta los 35, contra una probabilidad de 13.1% para mujeres de 15 años que no fueron madres solteras. Sin embargo, una madre soltera de 19 años tendría una probabilidad de 28.7% de no casarse hasta los 35, en comparación de 18% para mujeres solteras sin hijos a los 19 años, o sea, que la probabilidad de no casarse de una mujer soltera de 19 años sin hijos es mayor que la de una madre soltera de 15 años. En apariencia, el hecho de ser madre soltera, más que la edad en que nace el primer hijo, determina las probabilidades futuras de matrimonio.

Prada-Salas (1996: Tabla 17.8) presenta datos de Colombia que muestran una mayor propensión a la disolución de uniones en mujeres que se casaron o unieron por primera vez antes de los 20 años. Por ejemplo, entre mujeres urbanas de 30-39 años unidas antes de los 20 años, 33% de las uniones ya se habían disuelto, contra 19% en las demás mujeres urbanas del mismo grupo etario; en el área rural, las cifras eran de 26% y 15%, respectivamente. Singh y Wulf (1990: 78) reportan datos semejantes para otros países de la región. En algunos países, como México y Ecuador, la diferencia no aparece entre las mujeres de 30-39 años, mientras que en otros (Guatemala y Perú) es muy pequeña. Las mayores brechas se dan en Brasil y Colombia. No se hizo una diferenciación entre mujeres que se unieron debido a un embarazo previo y aquellas que sólo se embarazaron después de casadas.

Comparaciones de este tipo pueden estar afectadas por el hecho de que evidentemente las uniones de mujeres realizadas antes de los 20 años son más antiguas y por lo mismo tienen mayor probabilidad de que ya se hayan disuelto. Aunque se controló este efecto, un criterio más

transparente sería formular la comparación no en términos de la edad actual de la mujer, sino en términos de la duración de la unión, criterio que Goldman (1981) aplicó en un estudio comparativo de la disolución de uniones en Colombia, Panamá y Perú. Además, diferenció entre uniones formales y uniones consensuales. Su conclusión fue que la probabilidad de disolución de la primera unión después de 10 años en Panamá y Perú era levemente mayor en el caso de mujeres casadas antes de los 20 años, con una diferencia más significativa en Colombia. Sin embargo, las uniones consensuales son altamente inestables en todos los casos, independientemente de la edad de unión de la mujer. Como las uniones consensuales son más comunes entre la población pobre y rural, esto podría indicar que el problema de inestabilidad marital resultante de uniones muy tempranas es más característico de las clases medias y altas urbanas.

Buvinic (1998), por otro lado, que analizó sólo la situación conyugal actual de mujeres que habían sido madres adolescentes o no, sin diferenciar entre las distintas trayectorias, no detectó diferencias significativas en su estudio de Barbados, Chile, Guatemala y México. En Chile (Santiago), 49% de las madres adolescentes eran solteras en el momento del alumbramiento, contra 30% de las madres mayores de 20 años, pero cinco años más tarde, 80% de las madres solteras vivían en uniones, contra 78% de las mujeres que tuvieron su hijo después de los 20 años.

El cuadro VII.13 contiene información de las DHS más recientes de Colombia (1995) y Nicaragua (1998), usada para averiguar cuál ha sido la influencia de la edad de la madre cuando tuvo su primer hijo, además de su situación conyugal en aquel entonces, sobre su situación conyugal aproximadamente diez años (7-13 años) más tarde. Precisamente, se observa que las mujeres que tuvieron hijos a temprana edad presentan menor tendencia de estar todavía en su primera unión después de 10 años, aunque los resultados no son consistentes en el caso de las madres solteras. Esta mayor inestabilidad de las uniones generalmente no lleva a la madre adolescente a vivir sola; más bien, las madres adolescentes que se casaron o unieron antes o durante el embarazo tienen mayor incidencia de uniones múltiples que las que se casaron más tarde. Sin embargo, el cuadro también muestra otro dato importante. De la misma forma que en los Estados Unidos, una madre soltera tiene mayor probabilidad de casarse o unirse posteriormente si tiene sus hijos en la adolescencia, en vez de tenerlos después de los 21 años. Así, esto demuestra las presiones sociales contradictorias a las cuales están expuestas las adolescentes.

Cuadro VII.13

Mujeres que han tenido su primer hijo hace 7-13 años, por edad cuando nació el hijo, situación conyugal en aquel entonces y situación conyugal actual: Colombia y Nicaragua

Situación conyugal cuando nació el primer hijo y actualmente	Colombia, 1995			Nicaragua, 1998		
	<18	18-20	21-29	<18	18-20	21-29
Unida antes de embarazo						
- En primera unión	53	62	74	51	55	62
- Viuda/divorciada/separada de 1ª unión	12	13	12	8	9	16
- En 2ª, 3ª, etc. Unión	30	20	11	33	26	16
- Viuda/divorciada/separada 2ª, 3ª, etc. Vez	5	5	3	8	10	6
Unida durante embarazo						
- En primera unión	61	64	78	53	60	70
- Viuda/divorciada/separada de 1ª unión	11	17	17	9	12	17
- En 2ª, 3ª, etc. Unión	22	18	4	33	20	10
- Viuda/divorciada/separada 2ª, 3ª, etc. Vez	6	1	1	5	8	3
No unida cuando nació primer hijo						
- Nunca unida	23	19	31	7	4	13
- En primera unión	52	62	59	53	74	40
- Viuda/divorciada/separada de 1ª unión	15	10	6	7	11	7
- En 2ª, 3ª, etc. Unión	8	8	4	29	11	23
- Viuda/divorciada/separada 2ª, 3ª, etc. Vez	2	1	-	4	-	17

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

Una limitante de las encuestas DHS es que contienen muy poca información sobre las uniones pasadas del informante. Sólo se sabe si hubo o no uniones anteriores, pero no cuántas, ni mucho menos sus características. La ENPOFAM de 1998 de Venezuela provee datos más completos sobre este tema, razón por la cual fue posible ejecutar un análisis de regresión del número total de uniones de las mujeres. Para este propósito se seleccionaron mujeres que tuvieron por lo menos una unión y un hijo nacido vivo, y se formuló un modelo de regresión con las siguientes variables explicativas: tiempo desde el nacimiento del primer hijo, edad al primer alumbramiento, años de instrucción, residencia rural o urbana y tiempo entre la primera relación sexual y el primer alumbramiento. Todas estas variables se mostraron altamente significativas, ya que el número de uniones fue mayor en mujeres que tuvieron su primer hijo a edades más tempranas y menor en la medida en que hubo un mayor intervalo entre la edad de la primera relación sexual y el primer alumbramiento.

El cuadro VII.14, finalmente, expone la situación de las mujeres que tuvieron su primer hijo hace 7-13 años en términos de su relación con el jefe del hogar. En la mayoría de los países se nota un *aumento* de la jefatura de las mujeres con la edad del primer alumbramiento y un *descenso* del porcentaje de mujeres que viven en la situación de cónyuge del jefe, aunque hay algunas excepciones a esta tendencia. En algunos países (principalmente Brasil y Colombia), se observa una tendencia a la mayor convivencia con los padres en mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años que en mujeres que tuvieron su primer hijo más tarde, pero no se trata

de una relación sistemática; y en otros países (Guatemala, Nicaragua, Perú) sucede lo opuesto. En su conjunto, los datos no apoyan la hipótesis de que las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años muestren una mayor propensión de vivir posteriormente sin esposo, en el hogar de sus padres o como jefes de su propio hogar, conclusión ésta que coincide con la de Buvinic (1998).

Cuadro VII.14

Porcentajes de mujeres que tuvieron su primer hijo hace aproximadamente 10 (7-13) años antes de la encuesta y que son jefes o cónyuges del jefe de su hogar, por edad que tenían con ocasión del primer alumbramiento: países seleccionados de América Latina y el Caribe

País, año	Mujer es jefe				Mujer es cónyuge de jefe			
	<20	20-24	25-29	30+	<20	20-24	25-29	30+
Bolivia, 1998	6.2	8.1	12.9	14.1	78.4	78.3	77.1	76.1
Brasil, 1996	9.1	6.7	8.5	16.1	75.4	82.6	82.4	75.8
Colombia, 1995	5.6	11.7	12.0	15.3	68.3	69.5	73.9	60.5
Guatemala, 1995	8.7	10.9	10.7	17.0	75.3	74.6	63.4	55.3
Haití, 1995	21.8	26.6	23.2	20.0	51.0	51.2	56.1	63.3
Nicaragua, 1998	12.2	15.4	22.1	26.3	55.3	55.4	47.6	42.1
Perú, 1996	7.0	6.8	10.4	13.6	73.7	73.6	70.5	59.3
Rep. Dominicana, 1996	11.9	18.7	18.0	24.0	66.1	63.8	64.4	50.7

Fuente: Cálculos propios basados en las Encuestas DHS III

Por lo que se refiere a la calidad de la vida afectiva de las mujeres y los problemas que tienen con la crianza de sus hijos, como ya se dijo, Furstenberg, Brooks-Gunn y Morgan (1987), entre otros, han mostrado que las madres adolescentes estadounidense sufren divorcios y otros trastornos maritales y registran más nacimientos fuera del matrimonio. Junto con lo anterior, las madres adolescentes pasan una mayor proporción de años solas, mientras cuidan de sus hijos menores. No hay evidencias consistentes que comprueben que las madres adolescentes sean menos cariñosas o que maltraten más a sus hijos que madres de mayor edad (Kinard & Klerman, 1980), aunque sí se ha observado una menor riqueza en la interacción verbal entre las madres adolescentes y sus hijos (Field, 1981), lo que puede explicar el inferior desempeño de estos niños durante el período preescolar. Luego, el problema es que no todos los estudios controlan la interferencia de factores contextuales, lo que puede exagerar las diferencias aparentes entre las madres de edades distintas.

Los hijos de madres adolescentes, cuando llegan a la adolescencia, se caracterizan por incidencias más altas de repetición escolar, delincuencia, encarcelamiento y actividad sexual temprana que los hijos de mujeres adultas (Furstenberg, Brooks-Gunn & Morgan, 1987; Grogger, 1997; Moore, 1986; Moore, Morrison & Greene, 1997). Haveman, Wolfe & Peterson (1995, 1997) han investigado la probabilidad de que los hijos completen la escuela secundaria, la probabilidad de que una hija acabe teniendo, a su vez, un embarazo en la adolescencia y la probabilidad de ser madre soltera. Controlando una serie de condicionantes previos, ellos llegaron a la conclusión de que el hecho de haber sido madre antes de los 15 años (en vez de postergar el nacimiento hasta después de los 20 años) reducía la probabilidad de que los hijos completaran la educación secundaria de 81.9% a 71%. La probabilidad de que una hija diera a luz antes de los 18 años aumentaba de 14% a 18.5% en el caso en que naciera cuando su madre

tenía menos de 15 años. En un estudio de Baltimore (Furstenberg, Brooks-Gunn & Morgan, 1987) y el estudio longitudinal de Horwitz *et al.* (1991), se encontró que un tercio y un cuarto, respectivamente, de las hijas de madres adolescentes a su vez se convertían en madres adolescentes.

Sin embargo, los autores advierten que, a pesar de la existencia de una relación, la situación socioeconómica y la pobreza de las hijas son determinantes más importantes de su comportamiento en la adolescencia que la edad de sus madres cuando ellas nacieron (Brooks-Gunn & Furstenberg, 1986). Por otro lado, muchos de los efectos negativos de la maternidad adolescente sobre los hijos dependen de la presencia o no del padre o de un padrastro en la familia (Furstenberg & Harris, 1993). En su revisión de la literatura, Levine Coley y Chase-Lansdale (1999) también señalan que varios de los estudios realizados sobre los impactos de la maternidad adolescente en la generación de los hijos necesitan de controles más rigurosos para separar los efectos propios de la maternidad temprana de los efectos resultantes de condiciones preexistentes. Por ejemplo, Geronimus, Korenman e Hillemeier (1994), que compararon el desarrollo socioemocional y cognitivo de hijos de madres adolescentes con las características de los hijos de sus primas, que no eran madres adolescentes, no revelaron diferencias significativas. De la misma forma, un estudio anterior con 375,000 niños y niñas en los Estados Unidos concluyó que las diferencias de desempeño escolar entre los hijos de madres adolescentes y otras madres tendían a desaparecer una vez que se controlaban ciertos factores contextuales de las familias. Al llegar a los 30 años, prácticamente ya no había diferencias entre los niveles de ingreso de hijos de madres adolescentes y de otras madres (Card, 1982).

Todos los estudios mencionados arriba fueron realizados en los Estados Unidos, con mujeres blancas o afroamericanas. La validez de sus resultados para la población hispánica dentro de los Estados Unidos o para las poblaciones de América Latina ha sido cuestionada. Engle y Smidt (1998) afirman que, debido al contexto sociocultural distinto, muchas de las consecuencias negativas del embarazo en adolescentes que se transmiten a la próxima generación no se observan en estas poblaciones. Por ejemplo, Erickson *et al.* (1991) determinaron que entre tres grupos de adolescentes embarazadas de bajos ingresos (residentes de la Ciudad de México, mujeres mexicanas poco asimiladas residentes en los Estados Unidos y mujeres mexicanas muy asimiladas en los Estados Unidos) el grupo más asimilado tenía la proporción más alta de solteras sin relación con el padre del bebé en el momento del nacimiento (47%), comparado con el grupo inmigrante menos asimilado (36%) y el grupo mexicano (26%). Otros investigadores (Aneshensel, Becerra & Becerra, 1989; Atkin & Alatorre, 1991; Moss, Iris & Mendoza, 1991) también reportan que la sociedad mexicana y las comunidades mexicanas en los Estados Unidos se caracterizan por patrones culturales que compensan muchas de las tendencias negativas señaladas por Furstenberg, Brooks-Gunn & Morgan (1987) y otros que han basado sus análisis en la población blanca o afroamericana de los Estados Unidos.

En su investigación con mujeres pobres rurales en Guatemala, Engle y Smidt verificaron que no existía una relación entre la edad del primer alumbramiento y la probabilidad de ser madre soltera. Además, observaron que los hijos varones de madres que vivían solas durante la infancia calificaron más alto en pruebas cognitivas, de lectura y de vocabulario, en comparación con los hijos adolescentes con padres en unión. Estas diferencias se mantenían cuando se controlaba por indicadores de estatus socioeconómico de calidad de vivienda y escolaridad de la madre. Sin embargo, Alatorre y Atkin (1998), en su estudio con tres generaciones de mujeres en México, que también sirve de base para Buvinic (1998), constataron que los hijos de madres adolescentes

presentaban un menor desarrollo de lenguaje y más problemas conductuales. Este estudio también confirmó la tendencia de repetición del embarazo en la adolescencia entre una generación y otra, principalmente si la madre, además de haber tenido su primer hijo a una edad temprana, vivía sola o en una unión libre inestable. Buvinic también encontró mayores niveles de desnutrición entre los hijos de madres adolescentes pobres en Chile (Santiago), aun cuando se controlaban algunos factores de contexto. Entre las mujeres no pobres no había ninguna asociación con la edad del alumbramiento.

6. Conclusiones

En las palabras de Trussell (1988: 270), “nunca escuché a un adulto argumentando que las adolescentes deberían tener hijos”. Como se observó en la Introducción, un embarazo en la adolescencia no deja de ser una manifestación de una transición prematura a la vida adulta. Lo que no está claro, sin embargo, es la primacía causal que hay que atribuir al embarazo en la adolescencia como el elemento desencadenador de una situación problemática. Más bien, los datos parecen indicar que otros factores, como el fracaso escolar o el deseo de abandonar el hogar paterno, pueden tener una mayor incidencia causal en la configuración del complejo de problemas que determinan una adolescencia prematuramente terminada. Una vez que esta situación está configurada, tampoco está claro hasta qué punto el embarazo contribuye a agravarla.

Gran parte de la literatura sobre las consecuencias del embarazo en adolescentes ha enfocado las consecuencias biomédicas. Sin embargo, es justamente en esta área que las evaluaciones más recientes sugieren que los efectos negativos pueden ser considerablemente menores que lo pensado anteriormente. Una vez eliminadas las diferencias preexistentes entre madres adolescentes y madres de mayor edad y los sesgos del sistema de salud contra la atención de adolescentes embarazadas, no hay indicios claros de que un alumbramiento en adolescentes de 16-19 años represente riesgos especiales para la futura madre. Hay cierto consenso de que los riesgos aumentan en adolescentes menores de 16 años, pero aun así el número absoluto de muertes maternas en estas edades en América Latina y el Caribe no pasa del 3% del total. En el caso de la salud de los hijos de estas madres, persiste una cierta sobremortalidad en hijos de mujeres adolescentes, aun cuando los factores preexistentes y los sesgos de la atención médica sean eliminados. Sin embargo, no se puede descartar la posibilidad de que se trate de riesgos resultantes de las características de las madres, que no necesariamente serían eliminados si el primer nacimiento se diera más tarde. Este tema todavía provoca algunas divergencias en la literatura.

Probablemente la expresión más clara de la incompatibilidad entre la adolescencia como fase preparatoria de la vida adulta y la responsabilidad por la crianza de hijos se plantea con relación a la educación. Existe consenso de que es altamente indeseable que las adolescentes y sus parejas tengan que interrumpir su educación para poder cuidar de hijos recién nacidos. Sin embargo, en el contexto de América Latina y el Caribe, donde se dan múltiples razones para el abandono escolar precoz, los casos de abandono provocados únicamente por un embarazo no deseado son relativamente raros. En la mayoría de los casos, las madres adolescentes ya han abandonado la escuela antes de embarazarse y aun en los casos donde el embarazo se da antes de la deserción escolar, es probable que por otros motivos muchas habrían desertado muy pronto. El número promedio de años de escolaridad perdidos por embarazos precoces, de todos modos es

relativamente pequeño. Más que un problema de evitar embarazos en escolares, el desafío aquí parece ser cómo aumentar la motivación de las adolescentes para continuar sus estudios, en lugar de optar para una transición prematura hacia la vida adulta.

Una fuente de inquietud algo diferente se refiere al aumento de la fecundidad global en función del inicio temprano de la procreación. Las mujeres que inician su fecundidad en edades muy precoces no sólo se caracterizan por un período de exposición mayor, sino que también tienden a embarazarse más frecuentemente, con intervalos intergenésicos más cortos. Sin embargo, no está claro cómo la fecundidad global sería afectada si se lograra postergar estos nacimientos precoces. Todo depende de la forma como el evento sea absorbido en la vida reproductiva posterior de la mujer. Generalmente se supone que los alumbramientos de la adolescencia simplemente dejarían de suceder, sin afectar la vida reproductiva de la mujer después de los 20 años. Con todo, éste no es el único escenario posible. En este capítulo se mostraron dos escenarios alternativos e igualmente aceptables, los cuales implican una reducción sustancialmente menor de la fecundidad global. Cuál sería el efecto real del inicio más tardío de la reproducción todavía es una pregunta abierta.

En cuanto a las uniones posteriores de madres adolescentes, no se han encontrado evidencias de una mayor tendencia a vivir solas, como jefas de sus hogares. Lo que sí es evidente es que las mujeres que tuvieron su primer hijo a temprana edad tienden a tener un mayor número de uniones a lo largo de sus vidas. Esta diferencia entre madres adolescentes y mujeres que tuvieron su primer hijo más tarde se mantienen aun cuando se controlen algunas variables contextuales.

Una cuestión muy poco explorada, por lo menos en el contexto de América Latina y el Caribe, es la de los efectos de largo plazo sobre la situación económica de la mujer, sus perspectivas de movilidad social y la transmisión intergeneracional de la pobreza. Algunos estudios realizados sobre este tema sugieren que la responsabilidad temprana por la crianza de uno o más hijos puede constituir un obstáculo importante para las oportunidades económicas posteriores de la mujer. Sin embargo, estos estudios no han sido replicados en muchos otros contextos y cubren períodos de observación relativamente cortos. En los Estados Unidos, por otro lado, varios estudios parecen indicar que los efectos iniciales pueden ser significativos, pero tienden a desaparecer con el tiempo. A pesar de la innegable importancia de este tema, se trata de un área donde las evidencias empíricas todavía son mucho más escasas que las hipótesis. Lo mismo vale para temas como el trato de las madres adolescentes con sus hijos, la calidad de su interacción, su capacidad para proveer un ambiente estimulante para el desarrollo psicológico y social, la incidencia de violencia doméstica y otros aspectos relevantes para un resultado favorable del proceso de crianza de los hijos. En América Latina y el Caribe, prácticamente no se han realizado investigaciones empíricas sobre estos asuntos, y tampoco hay información sobre la forma como las vidas posteriores de los padres de hijos de madres adolescentes son afectadas por su paternidad temprana. Hasta que se recoja más información sobre estas incógnitas, la evaluación de las consecuencias del embarazo en adolescentes todavía es una tarea repleta de incertidumbres.

VIII. ITS y VIH-SIDA EN ADOLESCENTES

Juan Manuel Contreras

José Miguel Guzmán

Ralph Hakkert

Introducción

El SIDA irrumpió en la década de los ochenta y se ha convertido en Pandemia. Su alta incidencia en muchos países ha rebasado la capacidad de respuesta de las instituciones, que han respondido principalmente con paliativos y mediante ciertas acciones preventivas dirigidas a frenar o atenuar su diseminación. Sin embargo, debido a prejuicios, discriminación y negligencia, esta enfermedad ha seguido extendiéndose. En un principio la epidemia se expandió en grupos marginados, como homosexuales, población negra, pobres y usuarios de drogas, por lo que fue estigmatizado. Esto determinó que inicialmente se destinaran pocos recursos socioeconómicos dirigidos a combatir la crisis (Weeks, 1998). Cuando el fenómeno empezó a afectar a la población “normal” heterosexual de los países occidentales, a través fundamentalmente de las relaciones sexuales y por transmisión vertical, se multiplicaron los esfuerzos para contener el crecimiento de la infección. A pesar de los esfuerzos realizados, continúa habiendo obstáculos que impiden conocer con exactitud su incidencia en la población.

Por otra parte, merced a la utilización de terapias antimicrobianas, el impacto de las infecciones de transmisión sexual (ITS)¹ se redujo considerablemente. No obstante, las ITS son enfermedades muy comunes, principalmente en los países en desarrollo, y aún tienen un impacto significativo en la morbilidad y mortalidad de ciertos grupos sociales. Ahora bien, no es sino hasta los últimos años, con la aparición del VIH/SIDA, que las ITS se convierten nuevamente en objeto de políticas específicas y adquieren cierta prioridad en las políticas de salud de los países. Esto obedece a que las ITS favorecen la transmisión del VIH, ya que su esparcimiento en fluidos genitales aumenta con lesiones e inflamaciones originadas por ITS y ello determina que individuos infectados eleven su probabilidad de adquirir el VIH (Dallabeta, *et al.*, 1997). De acuerdo con WHO (1996), los estudios epidemiológicos realizados en África Subsahariana, Europa y Norteamérica indican que el riesgo de adquirir el VIH casi se cuadruplica en presencia de una ITS.

¹ En la actualidad se sugiere el uso de Infecciones de transmisión sexual (ITS) en lugar de Enfermedades de Transmisión Sexual. Para una discusión sobre el tema ver: **Sexually Transmitted Diseases or Sexually Transmitted Infections?** http://www.who.int/HIV_AIDS/knowledge/sexually_transmitted_diseases_or.htm

RECUADRO VIII.1
Incidencia del VIH/SIDA y de las ITS

Se ha estimado que a fines de 1999 33.6 millones de personas vivían con VIH, de los cuales el 46% eran mujeres. De acuerdo con UNAIDS/WHO (2000), casi la mitad de las personas que contraen el VIH se infectan antes de cumplir los 25 años y fallecen antes de llegar a los 35. Además, el 95% de los infectados con VIH habitan en países en desarrollo. Según las mismas estimaciones, aproximadamente 1.7 millones de habitantes en América Latina y el Caribe entran al siglo XXI con esta infección. De hecho, el área del Caribe padece una de las peores epidemias; sólo en las regiones de África Subsahariana y el Sur y Sureste de Asia se advierte una mayor incidencia de la enfermedad que en América Latina y el Caribe.

Con respecto a las ITS, se dispone también de estimaciones globales. Dallabeta *et al.* (1997) indican que, según WHO, 333 millones de nuevos casos de ITS curables se presentan en mayores de 15 años, de los cuales 12 millones son sífilis, 62 millones gonorrea, 89 millones clamidia y 170 millones tricomoniasis.

Con respecto al riesgo de adquirir alguna ITS o infectarse por el VIH, diversos estudios señalan que los y las adolescentes son un grupo de alta vulnerabilidad por razones fisiológicas, psicológicas y socioculturales. Dallabeta *et al.* (1997) reportan que en los países en desarrollo uno de cada 20 adolescentes contrae alguna ITS cada año. El Instituto Alan Guttmacher (1999) señala que uno de cada 4 adolescentes estadounidenses con experiencia sexual adquieren alguna ITS. En Rumania y la Federación de Rusia más de la mitad de todos los casos anuales de sífilis son de adolescentes (Panchaud *et al.*, 2000). En muchos países (UNAIDS, 1998), alrededor del 60% de los nuevos casos de infectados de VIH corresponden a individuos entre 15 y 24 años. Agréguese a este fenómeno que muy probablemente un porcentaje considerable de adultos ya fueron contagiados durante su adolescencia o están expuestos a serlo.

Basándose en un estudio de vigilancia de VIH/SIDA en 25 Estados con sistemas integrados de registro de estas afecciones, durante el período enero de 1994 a junio de 1997, en los Estados Unidos se halló que los y las adolescentes y jóvenes (13 a 24 años) representaban una proporción mucho más alta de los casos de VIH que de los casos de SIDA, lo que sugiere que en el futuro la distribución mayor de casos de SIDA por edad se dará en jóvenes. Se mostró además que, contrario a la declinación observada en los casos anuales de SIDA, no hay una

disminución similar en el número de nuevos casos de VIH en adolescentes y jóvenes (CDC, 2000). Más alarmante aún es el hecho de que si bien en el grupo de personas de 25 años y más los casos diagnosticados de VIH en hombres representan el 71% del total de casos, en el grupo 20-24 años esta cifra es de 56% y en el grupo 13-19 años, los casos de mujeres representan casi dos tercios del total (CDC, 2000). En este grupo de edad se observa una participación creciente de la población negra y latina que en 1999 constituía un 60% de los casos, a pesar de que sólo representa el 15% del total de la población de los Estados Unidos.

En comparación con los adultos, los y las adolescentes enfrentan un mayor riesgo de adquirir ITS o VIH/SIDA porque están expuestos a un mayor número de relaciones sexuales sin protección, entre otras razones por las mayores dificultades de acceso a la educación sexual y servicios de salud adecuados a esta población.

El mismo proceso de construcción de la masculinidad promueve prácticas sexuales de riesgo. Muchos hombres adolescentes y adultos tienen prácticas sexuales con personas pertenecientes a grupos de riesgo. Dadas las limitadas posibilidades de negociación, las mujeres se exponen, a través de las relaciones sexuales con sus parejas, al contagio de ITS y de VIH/SIDA. Del mismo modo, las mujeres adolescentes, especialmente aquellas de los grupos más pobres, están expuestas a la violencia sexual, que además de sus secuelas psicológicas puede también ser un factor de riesgo de contagio importante. Dado que la adopción de prácticas sexuales seguras es la única medida con la que se cuenta para la prevención de la transmisión por vía sexual del VIH/SIDA (que es la más común), propiciar una mayor equidad de género que permita a la mujer, y a la adolescente en particular, posicionarse frente a su pareja en una relación de mayor equidad, constituye un eje central de las políticas y acciones dirigidas a la disminución de la incidencia de estas infecciones .

1. La incidencia del SIDA en adolescentes en América Latina y el Caribe.

En el cuadro VIII.1 se muestra la distribución porcentual por grupos de edad de los casos de SIDA en nueve países de América Latina reportados a UNAIDS/PAHO/WHO(1999). Se observa que el peso de los adolescentes (10-19 años) en el total de casos de SIDA es bajo, ya que en ningún país representan más del 4%. En cambio, un gran número de casos se cuentan entre los 20 y 30 años. Si se considera que el tiempo mediano entre la infección y el diagnóstico dura alrededor de 10 años, esto significa que una gran parte de jóvenes y adultos se habría contagiado en su adolescencia.

Con miras a disponer de una estimación más cercana a la incidencia del VIH en el grupo de adolescentes se usaron datos publicados por UNAIDS/PAHO/WHO (1999) sobre dos países de la región con alta incidencia: Brasil y Honduras. Del total de personas diagnosticadas con SIDA entre 1995-1997 se calculó, en cada sexo, la proporción que posiblemente se habría contagiado entre los 10 y 19 años. Así, se realizó una simulación en que los casos actuales de SIDA eran "retroproyectados" hacia el momento probable de la infección, usando como distribución teórica del tiempo de incubación, la elaborada por Brookmeyer y Gail (1988). Los resultados se muestran en el cuadro VIII.2.

Cuadro VIII.1
Distribución porcentual de los casos de SIDA reportados
hasta 1997, por grupos de edad: América Latina y el Caribe

Edad	Porcentaje de casos de SIDA en cada grupo de edad								
	Bahamas	Chile	Ecuador	Guatemala	Guyana	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Uruguay
0-9	8	2	1	3	3	1	5	2	6
10-19	1	1	2	4	2	2	2	2	3
20-29	21	27	34	41	41	33	25	36	33
30-39	36	38	33	31	31	38	35	39	37
40-49	19	20	20	13	12	16	20	15	13
50 y +	15	12	10	8	11	10	13	6	8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: UNAIDS/PAHO/WHO (1999)

Cuadro VIII.2
Del total de personas diagnosticadas con SIDA por sexo, porcentaje probable que se habría
contagiado entre los 10 y 19 años: Brasil y Honduras, 1995-1997.

País y sexo	Porcentaje estimado de casos de contagio por VIH que corresponde a jóvenes de 10-19 años	Porcentaje de casos SIDA en jóvenes de 10-19 años
Brasil		
Hombres	28.9	1.5
Mujeres	14.6	2.7
Honduras		
Hombres	31.0	2.7
Mujeres	15.7	2.6

Fuente: Cálculos propios basados en datos UNAIDS/PAHO/WHO (1999)

En estas tablas se observa que alrededor de 3 de cada 10 varones se contagian en su adolescencia, lo que demostraría que efectivamente los adolescentes, en especial los hombres, son un grupo altamente vulnerable al riesgo de contraer SIDA. Este resultado se apoya con datos de tres países con alta incidencia de SIDA en la región (Brasil, Haití y Honduras). En Brasil, en test prenatales practicados en Río de Janeiro, Porto Alegre y Sao Paulo en 1996, se constató que la mayor incidencia en mujeres se deba en el grupo 20-29 años. Un resultado similar se registra en Haití. Incluso, es probable que haya habido un aumento reciente en el contagio de la adolescencia, ya que de acuerdo con información de la PAHO (1998) la mediana de edad en que el SIDA se diagnostica en América del Sur disminuyó de 32 a 27 años entre 1983 y 1992. Esta diseminación de la infección entre la población adolescente se ratifica mediante los datos de encuestas en las que se pregunta a éstos si conocían a alguien con SIDA. Se obtuvieron los

siguientes resultados: en Brasil, 26% de las adolescentes afirmaron conocer a alguien con SIDA, en Perú 10% y en la República Dominicana 62%.

Como parte de esta tendencia hacia una mayor incidencia del VIH/SIDA en adolescentes, se observa que son las mujeres el grupo en el que se observa un mayor crecimiento. Esto se comprueba al observar que, en la mayoría de países de la región se reportan en el total de casos una relación de 5:1 entre hombres y mujeres infectados. En cambio, en adolescentes esta relación es de 3:1². La transmisión del VIH/SIDA en la población adolescente femenina es reforzada por prácticas culturales que fomentan que una parte significativa las adolescentes entren en relaciones sexuales con hombres de mayor edad, que tienen, *ceteris paribus*, una mayor probabilidad de estar infectados. Por ejemplo, en San Pedro Sula, Honduras, una de cada cuatro mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 14 años la estableció con un hombre de 25 años o más. Entre éstas, un 18 % no deseó su primera relación sexual (Bernhard *et al*, 1998).

2. Incidencia de las ITS

Las infecciones de transmisión sexual constituyen un reto en los programas de salud sexual y reproductiva, no sólo por sus efectos en la propagación del VIH/SIDA, sino también por sus repercusiones negativas en la salud de mujeres y hombres.. Además de ser una causa importante de morbilidad aguda en la edad adulta, las ITS pueden originar complicaciones con secuelas serias, entre las que pueden mencionarse las siguientes: esterilidad masculina y femenina, embarazos ectópicos, cáncer cervical, mortalidad prematura, sífilis congénita, pérdidas fetales, bajo peso al nacer, nacimientos prematuros y oftalmia neonatorum (ONUSIDA/OMS, 1997). Entre las ITS curables fácilmente, una vez detectadas, sobresalen la gonorrea, la sífilis, la clamidia, el chancro blando y la tricomoniasis. Las ITS prevenibles, pero no curables, son el virus del papiloma, hepatitis B y el herpes simplex.

A pesar de la importancia que ha adquirido el estudio de las ITS, los datos desagregados disponibles por edad son limitados, fragmentarios y no comparables entre sí. Las fuentes primarias para esta información son las estadísticas continuas recolectadas por los organismos oficiales de salud de los países. A estas fuentes, se han agregado recientemente, la inclusión de preguntas específicas en encuestas, tales como las DHS, en las que se ha empezado a incluir preguntas sobre incidencia de ITS el año anterior al levantamiento con el fin de recabar información sobre el tema. En el caso de los registros hospitalarios, la falta de obligatoriedad en la notificación de muchas ITS lleva a un importante subregistro. A esto se agrega, tanto en encuestas como en los registros, la subdeclaración de éstas, ya sea por temores o por considerarse que ciertos síntomas de éstas como propios de la mujer o, por el desconocimiento de su presencia debido al carácter asintomático de algunas de las ITS.

Los resultados de algunas DHS, que se analizan a continuación muestran una baja incidencia de las ITS, especialmente en mujeres y no son consistentes con el patrón esperado. En cuanto a los hombres, usando datos de las encuestas realizadas en el proyecto DHS en Brasil, Haití y la República Dominicana, se ha calculado la incidencia de ITS durante el año previo al

² Como se vio anteriormente, esta situación es aún más marcada en el caso de los Estados Unidos.

levantamiento (véanse los resultados en el cuadro VIII.3). Se observan mayores riesgos de ITS en adolescentes y jóvenes, posiblemente a consecuencia de que los hombres suelen iniciar su sexualidad sin protección en relaciones con prostitutas, entre otras. Estos resultados son consistente con los obtenidos en los Estados Unidos tanto en la población en general como en la población hispánica, en las que se observa un patrón de disminución con la edad de la incidencia de ITS (CDC, 2000). En otro caso, en un estudio de jóvenes en Brasil, se muestra que uno de cada cinco varones adolescentes informaron haber tenido al menos una ITS en su vida (Alan Guttmacher Institute, 1998).

Cuadro VIII.3

Porcentaje de hombres que declararon haber tenido al menos una enfermedad de transmisión sexual en los doce meses anteriores a la encuesta, según grupo de edad (Respecto del total de hombres que han tenido relaciones sexuales alguna vez)

I. ENCUESTAS DEMOGRÁFICAS Y DE SALUD (DHS)

Grupo de edad	Brasil,1996	Haití,1994/1995	República Dominicana, 1996
15-19	6.5	5.5	3.1
20-24	7.2	4.0	2.4
25 y más	3.4	4.5	0.6
Total	4.4	4.5	1.2

II. ENCUESTAS CAP EN ESCUELAS DE CAPACITACION LABORAL(1999)

Grupo de edad	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú	Venezuela
Hombres					
15-19	3.6	2.5	2.6	0.9	5.8
20-24	3.7	2.3	..	5.4	3.0
Mujeres					
15-19	3.9	..	3.2	1.5	1.4
20-24	3.5	2.1	..	3.7	2.7

.. No disponible

Fuente: OIJ, UNFPA (2000).

Otras estimaciones realizadas en este estudio se basan en la Encuesta CAP en jóvenes de escuelas de capacitación laboral (OIJ, UNFPA, 2000). La incidencia de estas enfermedades, por sexo y edad, son relativamente comparables a las estimadas con datos de las DHS. No obstante, cabe subrayar dos particularidades. En primer lugar, se ratifica (con la excepción de Perú) que los adolescentes tienen una incidencia equivalente o incluso superior a los jóvenes de 20-24 años. En segundo lugar, en las mujeres la incidencia de las ITS no difiere significativamente de la reportada en hombres, incluso en algunos casos es superior. Valga acotar que la población entrevistada en estas encuestas ostenta un nivel educativo superior al promedio nacional, y por lo tanto mayor también al de la población de las DHS.

Se dispone de datos más detallados de Cuba sobre la incidencia de sífilis y gonorrea por grupos de edad (véase el cuadro VIII.4). Se observa en ambas ITS que la más alta incidencia, tanto en hombres como mujeres, se presenta en adolescentes y jóvenes. Consistente con esta línea, la OMS (WHO,1995) aporta datos sobre los Estados Unidos que muestran que la más alta tasa de gonorrea reportada fue la de las adolescentes entre 15 y 19 años.

Los y las adolescentes que viven en condiciones económicas desfavorables tienen mayores riesgos de adquirir alguna de estas enfermedades. Grupos como trabajadoras sexuales, niños y adolescentes “de la calle” se convierten en un blanco fácil de adquirir alguna ITS o SIDA. En ocasiones, muchas de las ITS curables, por no ser ni siquiera detectadas o atendidas, se convierten en un padecimiento permanente en los grupos desprotegidos.

Cuadro VIII.4
Tasas de incidencia de sífilis y gonorrea, según grupo de edad: Cuba, 1998
(tasas por cien mil personas)

Año	Sífilis			Gonorrea		
	10-14	15-24	25-64	10-14	15-24	25-64
Hombres	9	321	139	34	1274	378
Mujeres	20	395	104	22	428	122

Fuente: Ministerio de Salud Pública de Cuba, 1999.

3. Actitud de los adolescentes frente a ITS Y VIH/SIDA

a) Uso del condón y prevención de ITS Y VIH/SIDA.

Desafortunadamente, el conocimiento y la práctica no siempre están asociados en forma directa y el caso del uso del condón no es la excepción. Es muy significativo que a pesar de lo extendido del conocimiento del condón, en la mayoría de los países de la región su uso es bajo entre adolescentes. En el cuadro VIII.5 se observa que sólo en uno de los nueve países analizados, más de la mitad de las adolescentes que han tenido relaciones sexuales han utilizado el condón alguna vez. De nuevo, los países centroamericanos se ubican como la región con menor uso dentro del continente.

Mucho se ha enfatizado sobre los riesgos que corren las adolescentes que tienen relaciones sexuales premaritales, uno de los cuales obviamente es el SIDA. Colombia y Brasil, los países en donde se observó una mayor proporción de relaciones sexuales premaritales, presentan un mayor uso del condón. En cambio, en los países centroamericanos, que reportan un inicio de relaciones sexuales tempranas así como un inicio de uniones también temprano, el uso del condón es mucho menor.

Al analizar por situación conyugal, se aprecia un mayor uso en las solteras que han tenido relaciones sexuales que en las unidas. Inclusive, las adolescentes solteras que son sexualmente activas recurren en mayor proporción al uso del condón. Se debe notar que un gran porcentaje de adolescentes unidas no usa condón. Sin embargo, se ha especulado en algunos países de la región que el grupo más vulnerable ante el SIDA es precisamente el de las mujeres unidas, principalmente a causa de la infidelidad de la pareja originada en muchas ocasiones por la búsqueda del adolescente varón de reafirmar su masculinidad por medio de este comportamiento, y por la poca capacidad de negociación de las adolescentes frente a su cónyuge.

Cuadro VIII.5

Porcentaje de adolescentes (15-19 años), adolescentes solteras, unidas y sexualmente activas que han usado condón alguna vez (Respecto del total de mujeres que han tenido relaciones sexuales): América Latina y el Caribe

País, fecha	Porcentaje que ha usado condón			
	Total	Soltera	Unida	Soltera sexualmente activa
Bolivia, 1998	16	19	14	34
Brasil, 1996	55	63	44	68
Colombia, 1995	27	35	22	46
Guatemala, 1995	7	15	5	...
Haití, 1995	18	25	14	29
Nicaragua, 1998	13	18	13	33
Perú, 1996	20	27	15	38
República Dominicana, 1996	18	31	14	44

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-III

En el caso de los adolescentes varones (véase el cuadro VIII.6), que en su gran mayoría son solteros, el porcentaje que alguna vez han usado condón respecto del total de los que han tenido relaciones sexuales, es mucho mayor que en el caso de las mujeres. En la mayoría de los países analizados, más del 60% de los varones que han tenido relaciones sexuales han usado condón alguna vez, mientras que entre las mujeres sólo en Brasil y Colombia el porcentaje rebasa el 20%. Por lo general, a menor compromiso con la pareja sexual hay un mayor interés por protegerse contra cualquier infección. En este sentido, los adolescentes varones tienden a

tener relaciones sexuales con parejas menos estables que las adolescentes, quienes en una gran proporción han tenido relaciones sólo con su cónyuge.

La exposición al riesgo de contagio entre adolescentes puede considerarse alta, si se analiza el cuadro VIII.7. Se presenta un uso bastante bajo del condón entre las adolescentes en su última relación sexual. El mayor porcentaje de nuevo se reporta en Brasil, donde aproximadamente una de cada cinco adolescentes que tiene relaciones sexuales usó condón en su última relación.

Cuadro VIII.6

Indicadores sobre el uso del condón en hombres adolescentes de 15-19 años:
América Latina y el Caribe

Indicador	Bolivia, 1998	Brasil, 1996	Haití, 1995	Honduras, 1996	Nicaragua, 1998	Perú, 1996	República Dominicana, 1996
Porcentaje de adolescentes varones que usó condón en la última relación sexual	36	55	..	..	39	41	42
Porcentaje de adolescentes varones que han usado condón entre aquellos que han tenido relaciones sexuales.	60	83	37	59	77	67	65
Porcentaje de adolescentes varones que han usado condón para evitar ITS o SIDA, respecto del total que ha usado alguna vez el condón	64	68	90	..	72	87	87

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-III

Cuadro VIII.7

Porcentaje de adolescentes (15-19 años), adolescentes solteras, unidas y sexualmente activas que usaron condón en su última relación sexual (Respecto de las adolescentes que han tenido relaciones sexuales): América Latina y el Caribe

País, fecha	Adolescentes que usaron condón en su última relación sexual			
	Solteras	Unidas	Solteras sexualmente activas	Total
Bolivia, 1998	11	2	20	5
Brasil, 1996	33	9	30	22
Colombia, 1995	18	5	20	11
Guatemala, 1995	7	2	...	3
Nicaragua, 1998	10	5	...	5
Perú, 1996	16	5	22	9
República Dominicana, 1996	12	1	22	4

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-III

La situación es significativa en Bolivia, Guatemala, Nicaragua y República Dominicana, donde aproximadamente una de cada veinte adolescentes que tiene relaciones sexuales usó condón en la última relación. Asimismo, se observa que entre las solteras que han tenido relaciones y las solteras sexualmente activas el cuidado es mayor que entre las adolescentes unidas. En áreas rurales, con mayor nivel de pobreza y en los niveles más bajos de escolaridad, el uso del condón es aún menor. Por consiguiente, en la actualidad las adolescentes de fuerte marginación en países en desarrollo con un nivel socioeconómico desfavorable constituyen un grupo altamente vulnerable a las ITS Y VIH/SIDA. En cuanto a los varones (véase el cuadro VIII.6), alrededor de 4 de cada 10 adolescentes (en su mayoría, no unidos) utilizaron condón en su última relación sexual. Esto revela un riesgo potencial mayor en hombres, que se agrava por el hecho de que, a estas edades, éstos tienden a tener relaciones con un mayor número de parejas y con menor estabilidad que en el caso de las mujeres.

Por otro lado, el uso del condón no se encuentra necesariamente asociado con el deseo de prevenir enfermedades (véase el cuadro VIII.8). Incluso, como se vio anteriormente, hay un porcentaje importante de adolescentes que conocen el condón, pero que ni siquiera saben que éste puede prevenir las ITS y el VIH/SIDA. De los países analizados, sólo en Haití se registran cifras que muestran que el condón es usado para prevenir el SIDA. Hay países donde alrededor de la mitad de las adolescentes que usaron condón fue para evitar el SIDA (Brasil, Perú y República Dominicana). El uso del condón sólo con fines de prevención de embarazos limita la posibilidad de una protección completa frente a las ITS y al VIH/SIDA, debido a que en estos casos su uso no necesariamente es permanente y puede interrumpirse cuando la relación sexual se produce en períodos no fértiles.

Cuadro VIII .8

Porcentaje de las adolescentes (15-19 años), adolescentes solteras, unidas y sexualmente activas que han usado condón para evitar alguna ITS o SIDA, entre el total de adolescentes que han usado condón y que conocen la existencia del SIDA: América Latina y el Caribe

País, fecha	Adolescentes que han usado condón para evitar alguna ITS o SIDA			
	Total	Soltera	Unida	Soltera sexualmente activa
Bolivia, 1998	21	22	14	10
Brasil, 1996	41	49	19	44
Colombia, 1995	33	30	9	27
Perú, 1996	45	57	30	61
Guatemala, 1995	15	..	15	0
Haití, 1995	81	93	63	90
Honduras, 1996	20	..	...	...
Nicaragua, 1998	18	27	21	66
República Dominicana, 1996	58	62	57	42

Fuente: Cálculos propios basados en DHS-III e Informe Encuesta CDC para Honduras

Es claro el riesgo en el que se encuentran, principalmente las adolescentes, desde su primera relación sexual. Por ejemplo, de acuerdo con la ENSM 1996 en Honduras (ASHONPLAFA, CDC, 1996), uno de cada cuatro adolescentes varones entre 15 y 17 años usó condón en su primera relación sexual, mientras que en el caso de las adolescentes de esa misma edad la misma relación es de una de cada cincuenta. Para una mujer unida o soltera, principalmente adolescente, la protección de ITS y VIH/SIDA con el uso del condón se convierte en una situación que puede ser complicada, vergonzosa y que transgrede las reglas dominantes de la sociedad. Además, el carácter fortuito que tienen las relaciones sexuales entre adolescentes y especialmente la primera relación sexual, hacen difícil pensar en la posibilidad del uso del condón. Esto se aplica incluso a la anticoncepción, como lo muestran datos de México que muestran que muchas mujeres no recurren a la anticoncepción por temor a ser rechazadas por la pareja o ser desvaloradas socialmente (Szasz, 1997). En Perú, Yon *et al.* (1998) apuntan que las adolescentes expresan que se sienten avergonzadas en portar condones y temen decirles a su pareja que los usen, ya que esto se asocia con “chicas recorridas” o prostitutas. En un estudio de Jamaica (UNFPA, 1998), se revela que las adolescentes se sentían incómodas al ir a los centros de salud o a las farmacias a buscar condones, por la forma en que los proveedores de salud y la gente en general las observan. Se observa además, un cierto sesgo de género en la promoción del condón en los servicios de salud que tienden a excluir a las mujeres adolescentes de la misma.

El riesgo descrito no es exclusivo de las adolescentes, aunque en ellas la situación sea más embarazosa. En el estudio de la Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia realizado por Martínez de Jaime (1999) con adolescentes que cursaban el segundo ciclo de secundaria, se constató que para los y las adolescentes, el tema menos tratado en conversaciones familiares sobre salud reproductiva era el uso del condón. Agréguese a lo anterior, como lo señalan Arias y Rodríguez (1998), el sexo ocasional, la promiscuidad, la falta de afecto y confianza, y la ausencia de placer.

En el caso de Perú, Yon *et al.* (1998) descubrieron que los adolescentes varones no relacionaban el uso del condón con sus relaciones de noviazgo, ya que no percibían a las ITS y VIH/SIDA como un factor de riesgo en sus encuentros sexuales. Asimismo, se ha determinado que los motivos para usar el condón en jóvenes son distintos según el grado de compromiso asumido con la pareja: a menor compromiso, mayor interés por protegerse contra las ITS y VIH/SIDA; por el contrario, a mayor compromiso se lo utilizará como método de planificación familiar (Arias y Rodríguez, 1998). En un estudio realizado en Sao Paulo por Paiva (1992) entre las adolescentes, se identificó una frase generalizada de que no se usaba condón porque se decía *conocer* a su compañero.

Otro de los aspectos relativos a la negativa al uso de condón, en especial entre hombres adolescentes, es la percepción de que éste implica una menor sensibilidad en el coito. En la Encuesta Nacional de Jóvenes en la República Dominicana (IEPD, CDC, 1992), al preguntarle a los adolescentes con experiencia sexual las razones por las que nunca habían usado el condón, el 50% respondió que no le gustaba o que disminuía el placer; en el caso de las adolescentes, este mismo porcentaje fue de 36%; un 17% respondió que a su pareja no le gustaba. De acuerdo con el estudio de Panamá de Martínez de Jaime (1999), el 45% de los adolescentes declaró que el condón restaba satisfacción sexual.

Arias *et al.* (1998) señalan que la percepción de que el uso del condón reduce el placer porque representa una interferencia artificial frente al natural desenvolvimiento de las relaciones sexuales. Lo que no es natural se relaciona con lo planeado, con la falta de espontaneidad, que es visto como algo que aleja del placer. En su estudio Arias incluye la siguiente cita:

“mira, a mí me ha pasado que empiezas y todo, o sea, ya que estás tan encarrilado en eso, ni modo de decir: espérame tantito... o sea, se pierde el encanto”

A lo anterior se agrega un elemento no menos importante: el miedo al desempeño. Es decir, el temor del hombre a no poder proseguir con la relación por la posible pérdida de la erección, lo cual pondría en entredicho su masculinidad. Este temor a no poder demostrar sus “capacidades” en el ámbito sexual puede constituir un factor que frena el uso del condón, especialmente en las relaciones sexuales con parejas no estables.

b) El riesgo a contraer ITS y SIDA

Se escucha con frecuencia que en adolescentes y jóvenes existe sensibilización ante los riesgos de contagio de ITS y VIH/SIDA; de hecho, como ya se observó anteriormente, hay un conocimiento generalizado del peligro mortal asociado con el SIDA. Sin embargo, también se

percibe cierta subestimación al riesgo de contagio. Por ejemplo, en el estudio hecho por Paiva (1992) en Sao Paulo se comprobó que, aunque la mayoría de los jóvenes asocian al SIDA con la muerte y que incluso conocen a alguien que ha muerto de esta enfermedad, por lo general no creen estar en riesgo. La mayor parte de ellos señaló que no usa condón pero que confían en su pareja, ya que la escogen cuidadosamente. En el caso de San Pedro Sula, Honduras, se detectó que si bien el uso del condón en la primera relación sexual había sido mayor cuando el riesgo percibido de contraer una ITS o el VIH era alto, más del 80 % de los jóvenes de 15-24 años no había usaba condón, a pesar de haber considerado que aquella era riesgosa (Bernhard *et al*, 1998).

Una gran parte de las adolescentes se sienten confiadas de no tener riesgo de contraer el SIDA, pese a que muchas de ellas no usan condón (véase el cuadro VIII.9). A excepción de Bolivia, en el resto de los países más de la mitad de las adolescentes que ha tenido relaciones sexuales dice no temer a un posible contagio. Curiosamente, en la mayoría de los países, las que nunca han usado condón declaran en mayor proporción no tener riesgo de contagio que las que sí han usado.

Cuadro VIII.9

Porcentaje de las mujeres adolescentes (15-19) que han tenido relaciones, que conocen la existencia del SIDA y que declaran no tener riesgo de contraer SIDA, según uso de condón y estado conyugal: América Latina y el Caribe

País, fecha	Adolescentes que han tenido relaciones que dicen no tener riesgo					
	Total	Uso de condón			Estado conyugal	
		No ha usado	Ha usado	No usó última relación	Soltera	Casada o unida
Bolivia , 1998	40	42	40	40	42	40
Brasil , 1996	52	57	47	54	49	60
Colombia , 1995	58	62	48	60	49	64
Guatemala , 1995	77	73	66	77	80	79
Haití , 1995	62	62	65	-	63	60
Nicaragua , 1998	67	67	61	68	60	66
Perú , 1996	58	60	55	58	53	63
Rep. Dominicana, 1996	77	77	68	77	80	77

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-III

En varios países, las casadas o unidas tienden a sentirse más seguras que las solteras, posiblemente por la confianza que depositan en sus parejas. En otros, como es el caso de Guatemala, Haití y República Dominicana, no se observan diferencias significativas entre las unidas y las solteras respecto de su percepción de riesgo. No es posible saber con los datos de esta encuesta en qué medida esta percepción de riesgo es realista, porque para ello se debería de contar con datos de las prácticas sexuales de los y las adolescentes, que no se incluye en estas encuestas.

En el estudio de Panamá (Martínez de Jaime, 1999), 3 de cada 10 adolescentes declararon que nunca se iban a contagiar de VIH. En República Dominicana (IEPD, CDC, 1992), el 85% de

los y las adolescentes afirmaron que no corrían ningún riesgo de contraer SIDA. Ratificando lo comentado anteriormente, el grupo que se sintió menos confiado fue el de varones no unidos con experiencia sexual.

Por lo general, al VIH/SIDA sigue asociándose con la homosexualidad, bisexualidad, drogadicción y prostitución. Se percibe una especie de inmunidad a las ITS y al VIH/SIDA si no se pertenece a cualquiera de estos grupos.

Por último, al analizar por escolaridad, lugar de residencia y nivel de pobreza (véase el cuadro VIII.10) se registró que en la mayoría de los países en las áreas urbanas, con mayor nivel de escolaridad y menor nivel de pobreza, había una mayor proporción de adolescentes que sentían estar en riesgo. Esta percepción puede asociarse a un mayor conocimiento de la enfermedad y de su forma de contagio y no necesariamente obedece a un riesgo real más alto.

Cuadro VIII.10

Porcentaje de las adolescentes (15-19) que han tenido relaciones y que conocen el SIDA, que declaran no tener riesgo de contraer SIDA, según características socioeconómicas:
América Latina y el Caribe

País, fecha	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Nivel de pobreza				
	Rural	Urbana	Ninguno	Primaria	Sec.	Medio y más	1	2	3	4	5
Bolivia , 1998	36	42	25	31	47	...	37	41	44	39	39
Brasil , 1996	57	51	58	58	50	...	58	56	52	49	42
Colombia , 1995	64	56	54	64	55	27	71	62	57	59	42
Guatemala , 1995	85	67	83	78	68	...	89	90	83	72	63
Haití , 1994	63	62	61	64	59	...	59	68	65	60	61
Nicaragua , 1998	71	64	76	69	63	40	70	72	66	67	58
Perú , 1996	69	53	71	58	59	48	67	61	54	51	58
República Dominicana, 1996	79	74	86	77	73	50	81	73	82	73	65

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-III

c) Opiniones y percepciones sobre el SIDA

La estigmatización de las ITS y del SIDA muestra la falta de asimilación de la información sobre sexualidad y sobre estos padecimientos. Así, en la República Dominicana (IEPD, CDC, 1992) los adolescentes atribuyeron el riesgo de contraer SIDA a las prostitutas, al hombre y a la mujer bisexual, a los solteros y solteras con vida sexual, a las y los drogadictos, y a los hombres y mujeres homosexuales. Este contraste de las percepciones de los adolescente con la evidencia empírica de sus propios países.

La existencia de mitos se aprecia al preguntar sobre las formas de transmisión. En general, la mayor parte de los adolescentes conoce las principales formas y vías de contagio, pero al mismo tiempo incluye como válidas ciertas formas de contagio que o no son reales o sólo pueden serlo muy excepcionalmente. En la República Dominicana (IEPD, CDC, 1992), el 32% de las adolescentes declaró que el SIDA también puede contagiarse al besar en la boca y el 35% que es factible contagiarse usando cubiertos de contagiados; en el caso de los varones, un porcentaje mayor de adolescentes creían que podía existir contagio por medio de estas vías (49% y 39%, respectivamente). En Honduras (ASHONPLAFA, CDC, 1996), el 27% de las adolescentes afirmó que el SIDA podría contagiarse al besar en la boca, el 66% que una vía de contagio era la picadura de mosquito y 43% comentó que usando inodoros empleados por contagiados. Al igual que en la República Dominicana, los adolescentes hondureños demostraron estar más ligados a los mitos que las adolescentes.

En el estudio de Martínez de Jaime sobre Panamá (1999), más de la mitad de los y las adolescentes afirmaron que la cercanía prolongada con enfermos de SIDA era riesgosa y que una vía de contagio era la picadura de mosquito. Incluso, un 30% comentó que una vía de contagio era cuando una persona infectada estornudaba frente a alguien o al utilizar la misma piscina que personas contagiadas. Pero este tipo de desconocimiento puede ser más grave cuando no se consideran prácticas de riesgo las que sí lo son. Por ejemplo, en el mismo estudio se constató que el 34% de los entrevistados declaró que el SIDA no se puede contagiar al tener sexo oral, el 24% dijo que tampoco había contagio al sacar el pene antes de eyacular y el 11% dijo que no podía haber contagio en la primera relación.

4. Conclusiones

Existen serias dificultades para disponer de datos confiables para estimar la incidencia de las ITS y del VIH/SIDA por edades. En el caso del VIH/SIDA, esto es debido no sólo a los problemas de declaración y registro, sino también a los variables tiempos de latencia del VIH. Pese a estas limitaciones se reafirma la observación hecha en otros estudios acerca de una mayor incidencia del VIH/SIDA en hombres que en mujeres, aunque se observa una tendencia hacia una mayor feminización de la enfermedad, y una tendencia hacia la mayor incidencia en los jóvenes y adolescentes. Estos resultados se confirman al constatarse que en la mayoría de los países, la razón en los casos de SIDA es de cinco hombres por cada mujer infectada, mientras que en la población adolescente esta relación es de tres a uno. Por su parte, la tendencia hacia una mayor incidencia del VIH/SIDA en adolescentes ha sido comprobada mediante la retroproyección de los casos de SIDA al momento probable de la infección del VIH. El hecho de que esta tendencia afecte más a los hombres que a las mujeres se explica porque aquéllos registran un inicio más temprano de la sexualidad. En los adolescentes hombres, la vivencia de una sexualidad temprana está firmemente asociada a la construcción de una identidad masculina cargada de valores negativos, más que al disfrute de la sexualidad misma, y por ello son más proclives a buscar parejas sexuales con mayores posibilidades de estar infectadas.

En el caso de las ITS, la información es muy escasa: sin embargo, si bien los datos no son concluyentes, se constató que los varones tienen mayores riesgos de contagio de una ITS en la adolescencia que en edades superiores, posiblemente por las mismas razones mencionadas en relación al VIH/SIDA. En Cuba, que es uno de los pocos países que cuentan con información de

morbilidad por ITS, tanto en hombres como mujeres, se reportó que la más alta incidencia de sífilis y gonorrea se presenta en adolescentes y jóvenes.

Por último, los adolescentes manifiestan actitudes de subestimación de los propios riesgos de contagio del VIH/SIDA y de las ITS, sustentadas en el desconocimiento de estos riesgos, pero también en la existencia de mitos y creencias erróneas acerca de las formas de contagio. Esta actitud se nutre también de una subvaloración de los riesgos reales de contagio, ya sea por la negativa a tener que enfrentar directamente con la pareja la discusión del tema de la prevención o por los temores al uso del condón en la relación sexual, percibido por muchos adolescentes como un factor que disminuiría la “calidad” de la relación sexual.

Los elementos anteriores se enmarcan en una cosmovisión en la que se mezclan los conocimientos objetivos con creencias y mitos, enraizados en relaciones de género inequitativas, apoyadas en una visión deformada del papel que deben desempeñar hombres y mujeres en la vivencia de su sexualidad, aspectos que es preciso incorporar explícitamente en los programas de prevención.

Aún así, debe destacarse que en los países en los cuales la incidencia del VIH/SIDA es elevada, se han desarrollado programas masivos de comunicación y otros programas para incentivar el uso del condón en la prevención de las ITS y del VIH/SIDA, lo que ha redundado, como lo muestran los datos analizados, en un mayor uso del condón entre adolescentes, y podría deducirse que en una consideración más objetiva de los riesgos y de cómo prevenirlos.

IX. VIOLENCIA DOMESTICA Y SEXUAL

Juan Manuel Contreras
José Miguel Guzmán

Introducción

La Organización Panamericana de la Salud define a la violencia como “el uso de la fuerza – o la amenaza real del uso de esa fuerza – con la intención de causar daño a una persona o a un grupo” (PAHO,1998). La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer conocida como "Convención de Belem do Pará", define la violencia contra la mujer de manera más amplia (ver Recuadro IX.1).

RECUADRO IX.1

Definición de la Violencia contra la Mujer en la Convención Belem do Pará

Artículo 1

Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

Artículo 2

Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:

- a. que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual;
- b. que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y
- c. que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.

Fuente:

CONVENCION INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER . OEA <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

En general, se identifica a la violencia con las lesiones físicas, psíquicas, sexuales, que se ejercen contra otra persona ocasionándole dolor, enfermedad, trastornos emocionales, heridas y, en casos extremos, la muerte. Las manifestaciones de este tipo de acción varían en cuanto al nivel de gravedad, aunque en diversas ocasiones sus efectos no son tan evidentes como las lesiones físicas, como sucede con la coerción, el hostigamiento sexual y el abuso emocional (Ramírez y Vargas, 1998).

La violencia física se concreta en golpes, palizas, quemaduras, privación de alimentos, entre otros; la violencia psicológica incluye obligar al aislamiento, denigrar o difamar de forma constante, la humillación, etc. La violencia sexual incluye, entre otros, el abuso sexual, la violación, el acoso sexual, la coerción en las relaciones sexuales y el incesto. Sin lugar a dudas,

cualquiera que sea su tipo, la violencia tiene consecuencias negativas para la salud: lesiones físicas, desde cortes menores a discapacidad crónica o problemas de salud mental y embarazos no deseados, o acciones cuyo resultado es la muerte, lesiones graves, SIDA, o suicidio (WHO/PAHO, 1998).

La violencia se analiza como un problema de varios niveles y dimensiones (Carrión, 1994). Con todo, una de las formas más generalizada de violencia ocurre dentro de la familia, en donde niñas y mujeres resultan más afectadas; prácticamente toda la violencia doméstica practicada contra ellas la cometen los varones (PAHO, 1998). Sin lugar a dudas, la violencia hacia niñas y mujeres es la expresión más cruda de la discriminación de género y el hecho que lesiona en mayor medida su integridad y su condición de ciudadanía sujeta a derechos humanos (UNFPA, 1998).

La violencia doméstica, por causar enormes desequilibrios emocionales y psíquicos, es un obstáculo para que las personas alcancen un completo estado de bienestar físico, mental y .Entre las formas de violencia doméstica contra la mujer, las investigaciones demuestran que la más frecuente es la violencia conyugal, “violencia ejercida contra una mujer por su pareja, con el propósito explícito o no de mantener el control de la relación, a través de la omisión o acción de conductas agresivas que adoptan formas emocionales, físicas, sexuales o contra propiedades o individuos relacionados con la mujer” (Ramírez y Vargas, 1998).

Recuadro IX.2

Algunos indicadores de la violencia en América Latina y el Caribe

La violencia contra la mujer es un problema que alcanza magnitudes importantes en la región. Se calcula que por lo menos una de cada cinco mujeres ha sido maltratada física o sexualmente por uno o varios hombres en algún momento de su vida (WHO/PAHO, 1998). En América Latina y el Caribe, la información disponible muestra que entre 25% y 50% de las mujeres encuestadas declara haber sido víctima de abusos físicos por parte de su pareja (UNFPA, 1998).

En el caso de América Latina y el Caribe, la violencia de género se relaciona con normas culturales y creencias sobre el papel de los sexos. En un contexto patriarcal como el prevaleciente en varias regiones latinoamericanas la cultura legítima la violencia hacia las mujeres, acción vivida por los varones como una fuente de poder.

Algunos datos presentados por el UNFPA (1998) indican que en Chile, en 1992, una de cada cuatro mujeres encuestadas había sido objeto de violencia física. Entre los principales resultados de un estudio realizado por la OPS y OMS (WHO/PAHO, 1998) se muestran algunos resultados por países: En Barbados, el 30% de mujeres entre 20 y 45 años informan ser físicamente abusadas por sus parejas; en México, un estudio realizado con mujeres casadas en la ciudad de Guadalajara encontró que el 30% ha vivido, por lo menos, un episodio de violencia física por parte de la pareja; en la ciudad de León, Nicaragua, una investigación realizada en 1996 detectó que el 52% de las mujeres separadas había sido maltratada físicamente por un compañero, por lo menos en una ocasión. Según la PAHO/WHO (1998), varias investigaciones efectuadas por el Banco Mundial mostraron que en las áreas marginales de Quito, Ecuador, el 60% de las mujeres unidas alguna vez habían sido golpeadas por su pareja.

1. Violencia doméstica hacia los adolescentes

Los y las adolescentes, en especial estas últimas, representan un grupo altamente afectado por la violencia doméstica. En las adolescentes, la cultura de discriminación contra las mujeres, la falta de mecanismos de protección y las limitadas condiciones de autonomías y de empoderamiento determinan que el ejercicio de la violencia contra ellas se manifieste de manera silenciosa o clandestina (Toro Ocampo, 1996). Las adolescentes entre 11 y 16 años son las que tienen mayor probabilidad de sufrir violencia sexual (UNFPA, 1998). En general, los tipos de violencia más comunes en la adolescencia son: violencia durante el cortejo y el noviazgo; sexo forzado por razones económicas; incesto; abuso sexual en el sitio de trabajo; violaciones; acoso sexual; prostitución y pornografía forzada; tráfico de mujeres; violencia conyugal; abuso y homicidio; homicidio conyugal; abuso psicológico y embarazos forzados (WHO/PAHO, 1998).

Recuadro IX.2 Violencia de género en el curso del ciclo de vida

Prenatal: Aborto selectivo por sexo, golpes a la madre durante el embarazo, embarazos forzados (por ejemplo, en caso de violación masiva en guerras o cuando se impide el aborto).

Infancia: Infanticidio femenino, abuso físico y emocional, selectividad por sexo en la alimentación y cuidado médico.

Niñez: Matrimonio temprano, mutilación genital, abuso sexual en la familia o por extraños, acceso diferencial a la alimentación o al cuidado médico, prostitución infantil.

Adolescencia: Violencia en el cortejo, sexo forzado por razones económicas, abuso sexual en el lugar de trabajo, violación, acoso sexual, prostitución forzada, tráfico de mujeres.

Etapa reproductiva: Abuso de la mujer por sus parejas, violación marital, abuso y muerte por dote, homicidio causado por pareja, abuso psicológico, abuso sexual en el lugar de trabajo, acoso sexual, violación, abuso de mujeres discapacitadas.

Tercera edad: Abuso contra las viudas, abuso contra las personas mayores.

Tomado de PANOS (1998).

Pese a su importancia, existen pocos datos confiables acerca de la incidencia de la violencia doméstica y sexual en adolescentes. En general, los datos sobre la prevalencia y naturaleza de la violencia son escasos o los existentes a menudo subestiman su incidencia. Entre las causas de esta deficiencia figuran la dificultad de hablar sobre un tema de carácter íntimo y los sentimientos de vergüenza por parte de la víctima. Por esta razón, y por el aún limitado desarrollo institucional para la presentación de denuncias, la mayoría de las mujeres, sobre todo las adolescentes, no notifican los hechos de violencia cometidos contra ellas.

En cuanto a estudios de nivel nacional, sólo en dos países de la región las encuestas DHS han incluido un módulo de violencia doméstica: Nicaragua y Colombia. Los datos evidencian que en Nicaragua el 17% de adolescentes (entre 15 y 19 años) declaró que en algún momento del último año su cónyuge había ejercido violencia física contra ellas (golpes, patadas, empujones). (Véase el cuadro IX.1). Este porcentaje es mayor que en el resto de los grupos de edad; de hecho, a medida que aumenta la edad disminuye el porcentaje de mujeres que fueron golpeadas en el último año.

Cuadro IX.1
Porcentaje de mujeres en unión que han sido golpeadas por su cónyuge
en el último año o en alguna ocasión; Nicaragua 1998.

Grupos de edad	Porcentaje de mujeres que han sido golpeadas por su cónyuge	
	En el último año	En alguna ocasión
15-19	16.7	23.6
20-24	14.5	24.2
25-29	12.9	27.3
30-34	11.4	27.9
35-39	9.1	28.3
40-44	9.7	28.7
45-49	5.9	26.7
Total	11.6	26.8

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-98

Más aún, a partir de la cohorte de mujeres de 30 a 34 años y por lugar de residencia, las mujeres golpeadas en el último año según su edad a la primera unión (véase cuadro IX.2) sumaron un número mayor en las unidas antes de los 19 años, en comparación con el resto. En apariencia, independientemente del tiempo de exposición al riesgo, las mujeres que se unen a edades más tempranas se convierten en un grupo de mayor vulnerabilidad a la violencia en el interior del hogar.

Cuadro IX.2
Porcentaje de mujeres en unión que fueron golpeadas por su cónyuge en el último año,
según edad de la primera unión y el lugar de residencia, por cohorte: Nicaragua, 1998.

Edad actual	Unida antes de los 19 años			Unida después de los 19 años		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
30-34	12.6	13.2	11.3	8.7	8.5	10.9
35-39	9.6	10.1	8.5	8.0	8.7	7.4
40-44	11.6	12.7	10.8	5.9	5.5	7.1
45-49	6.6	7.3	6.4	4.7	4.4	4.1

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-98

En Nicaragua es ligeramente mayor el porcentaje de mujeres golpeadas por su pareja en áreas urbanas que en rurales (17.4% contra 16%). Analizando por nivel de escolaridad, se descubrió que a menor nivel es mayor el número de adolescentes golpeadas. En cambio, se

registra una mayor incidencia de la violencia en el grupo no pobre (19.1%) que en el más pobre (15.7%).

Con respecto al tipo de violencia, se constató que el acto más frecuente consiste en que el varón empuja o sacude a su pareja, luego las bofetadas o torcer el brazo, y los golpes con puño. (véase el cuadro IX.3).

Cuadro IX.3

Porcentaje de mujeres que han sufrido algún tipo de violencia conyugal en el último año, según el acto experimentado: Nicaragua, 1998

Edad	Empujar, sacudir o tirar objeto	Abofetear o torcer brazo	Golpes con puño	Patear o arrastrar	Intento de estrangular o quemar	Amenaza con arma
15-19	13.2	9.7	9.4	4.1	3.4	3.5
20-24	12.4	8.1	8.9	3.4	2.8	2.1
25-29	10.8	7.1	7.8	3.2	2.7	2.6
30-34	9.6	6.7	8.3	3.7	3.1	4.2
35-39	7.2	5.1	4.9	2.6	2.2	2.1
40-44	9.0	5.6	7.1	3.3	3.1	3.4
45-49	4.9	2.1	3.8	1.5	0.6	1.4
Total	9.7	6.5	7.3	3.2	2.6	2.8

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-98

Uno de los indicadores más alarmantes se refiere al porcentaje de mujeres que han recibido golpes durante algún embarazo. Para muchas mujeres el abuso comienza o se agrava durante este período. Es muy significativo el hecho de que entre las adolescentes con hijos que alguna vez han sido golpeadas, una de cada tres recibió golpes durante el embarazo. Al analizar por cohorte, se aprecia que el porcentaje disminuye a mayor edad, lo cual puede estar reflejando un aumento de la violencia doméstica en Nicaragua (véase el cuadro IX.4). En el estudio realizado por PANOS en 1998 en Chile se reportó que el 40% de mujeres maltratadas habían padecido mayor abuso por parte del varón durante el embarazo (PAHO/WHO, 1998)

La indefensión de las adolescentes se confirma al observar que el 37% de ellas alguna vez se ha defendido de un ataque por parte de su pareja, mientras que en el resto de los grupos en todos los casos esta proporción supera al 40%.

A su vez, en Colombia a la pregunta de si alguna vez su cónyuge la ha golpeado, el 12.3% de las adolescentes contestó afirmativamente.¹ Respecto del motivo, la mitad declaró que por celos del esposo; en cambio, en el resto de los grupos de edad la situación varía y a partir de la cohorte de 25 a 29 años se declara como principal razón que el esposo llegó en estado de ebriedad (véase el cuadro IX.5). Estas cifras sugieren que los factores asociados a la inequidad de género se expresan de diferente manera a través del ciclo de vida. En el caso de las adolescentes se reflejan los temores de los compañeros de estas mujeres ante la posibilidad de

¹ En el caso de Colombia no se precisó si había sido golpeada específicamente en el último año.

éstos de desarrollar una vida independiente, por lo que se las controla y vigila en todo lo que el esposo o compañero relacione con la sexualidad.

Cuadro IX.4

Del total de mujeres (15-49) que tienen hijos nacidos vivos y alguna vez han sido golpeadas por su cónyuge, porcentaje que al menos en una ocasión sufrió la violencia durante el embarazo: Nicaragua, 1998.

Grupos de edad	Han sido golpeadas durante el embarazo
15-19	34.2
20-24	32.2
25-29	32.1
30-34	32.0
35-39	31.0
40-44	30.1
45-49	29.7
Total	31.6

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-98

Cuadro IX.5

Distribución porcentual de mujeres (15-49) que han sido golpeadas por su cónyuge, según el motivo de este acto: Colombia, 1995.

Grupos de edad	Celos	Infidelidad	En estado de ebriedad	Mal carácter	Otros	Total
15-19	50.0	11.1	19.4	8.3	11.2	100.0
20-24	35.6	10.6	21.1	18.9	13.8	100.0
25-29	27.2	13.2	30.3	13.6	15.7	100.0
30-34	33.5	9.6	37.2	5.0	14.7	100.0
35-39	27.1	14.8	35.2	9.5	13.4	100.0
40-44	19.4	15.9	46.5	10.0	8.2	100.0
45-49	23.6	16.3	36.6	8.9	14.6	100.0
Total	28.8	13.0	33.7	10.9	13.6	100.0

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS-95

A diferencia de Nicaragua, en Colombia se detectó un porcentaje mayor de mujeres golpeadas en las zonas rurales que en las urbanas, 14.2% y 11.3%, respectivamente. En cuanto a la escolaridad, al igual que en Nicaragua, a menor nivel aumenta la proporción de adolescentes alguna vez golpeadas. Por estrato de pobreza, el 13% de las adolescentes catalogadas como pobres habían sido golpeadas alguna vez por su pareja, mientras que en las no pobres el porcentaje fue de 7.4%.

Por otro lado, aunque está comprobado que la mayor parte de los actos violentos contra las mujeres son cometidos por la pareja o la ex pareja (alrededor del 50% y 70%, según PAHO/WHO, 1998), hay una proporción importante de actos de violencia doméstica cometidos por otros miembros de la familia (hermanos, padre, padrastro, tíos, etc.). Las niñas y adolescentes sufren en mayor medida este tipo de violencia. En Jamaica, en un estudio realizado por el UNFPA (1997), el 14% de las adolescentes entre 10 y 14 años declararon haber sido golpeadas o maltratadas físicamente alguna vez por alguien de la familia, mientras que el 20% no quiso responder. Del total que afirmó haber sufrido algún acto de violencia, el 44% de las veces el responsable de este acto había sido un adulto que vivía con ella y el 26% su hermano o hermana. Cabe mencionar que este tipo de violencia no es exclusivo hacia las mujeres. Los adolescentes y niños varones a menudo sufren agresiones por parte de los adultos. Aún más, en el mismo estudio de Jamaica, el 16% de los varones entre 10 y 14 años en alguna ocasión había sido golpeado o maltratado físicamente por un adulto. La violencia contra los niños puede tener repercusiones intergeneracionales. El análisis de los datos de la DHS de Colombia muestran que un niño que ha sido golpeado por sus padres tiene mayor probabilidad que otros niños de golpear a su futura pareja.

Por último, uno de los actos de violencia más frecuente cometido hacia adolescentes, principalmente por familiares y/o conocidos, es el abuso sexual, como se verá a continuación.

2. Violencia sexual hacia las adolescentes

La agresión sexual causa daño físico y psicológico en la víctima, que puede acarrear serias consecuencias en la vida sexual y reproductiva. Algunos de los riesgos a los que se enfrentan las sobrevivientes a una violación son los embarazos no deseados,² el contagio de ITS/SIDA, problemas sexuales severos y alteraciones en la salud mental (WHO, 2000).

Diversas investigaciones, que se citan más adelante, han comprobado que usualmente los agresores son varones y que en muchas ocasiones éstos son conocidos, es decir, miembros de la familia, vecinos, maestros, compañeros de clase, quienes se encuentran en posición de poder o confianza frente a la víctima.

En una encuesta realizada entre fines de 1995 e inicios de 1996 en los Estados Unidos, se determinó que 54 % de las mujeres violadas, la había sufrido antes de los 18 años y 22 % antes de los 12 años (Tjaden y Thoennes, 1998). La violencia sexual en adolescentes no es exclusiva de ninguna sociedad, y constituye una de las formas más comunes de violencia en la región. En una encuesta en Nicaragua con 202 mujeres de entre 25 y 44 años de edad, un 27% declaró haber

² De acuerdo con Senderowitz (1995), en México algunos centros de ayuda a mujeres violadas reportan que entre el 15% y 18% de éstas quedan embarazadas.

sido víctima de algún abuso sexual en su niñez o adolescencia (FOCUS, 1998). WHO (1995) reporta que en Barbados el 33% de las mujeres tuvo por lo menos un evento de abuso sexual antes de los 18 años. De acuerdo con el UNFPA (1998), en Nicaragua, entre 1994 y 1996, la Policía Nacional registró 2941 delitos de violación, 95.7% de las víctimas eran mujeres y 50.4% tenían menos de 18 años. En Jamaica, la encuesta de salud de adolescentes registró que el 26% de las adolescentes habrían sufrido algún tipo de violencia en su primera relación sexual. En El Salvador, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar (ADS, CDC, 1998), de las mujeres de 35-49 años que habían sido forzadas a tener relaciones sexuales, el 52% sufrió esta situación entre los 10-19 años y el 3.4% antes de los 10 años.

Uno de los grupos más expuestos a la violencia sexual son los y las adolescentes de menos de 15 años. Heise (1993) descubrió en diversos estudios en varios países que entre el 40% y 47% de las violaciones se perpetraron en contra de adolescentes de menos de 15 años y 18% de menos de 9 años. Una investigación en Kingston, Jamaica, informó que 17% de 452 niñas de escuela primaria de entre 13 y 14 años habían experimentado un intento o completa agresión sexual antes de los 12 años (Walker *et al.*, 1994). También en Jamaica (1997) se encontró que entre el 10% y 11% de adolescentes varones y mujeres entre 10 y 14 años en algún momento fueron víctimas de un abuso sexual; a su vez, alrededor del 20% no quiso contestar.

En general, el maltrato sexual hacia niñas y adolescentes puede ser un acto forzado físicamente, o logrado mediante tácticas coercitivas. Es muy frecuente comprobar que los agresores son conocidos o miembros de la familia. Según el UNFPA (1998), en Nicaragua, al segundo mes de operaciones de la Comisaría de la Mujer y la Niñez (1994), un 25% de las denuncias era por incesto. WHO (1995) comunica que en un estudio basado en los reportes del Hospital Maternal de Lima, Perú, se reveló que 90% de las madres de entre 12 y 16 años habían estado embarazadas producto de una violación, y en la gran mayoría de los casos habían sido agredidas por el padre, el padrastro o algún familiar cercano. En Jamaica (1997), el 34% de las adolescentes víctimas de abuso sexual tuvieron como agresores a un miembro de la familia. En El Salvador (ADS, CDC, 1998), del total de mujeres de entre 15 y 49 años forzadas sexualmente antes de los 10 años (que representan alrededor del 6% del total de mujeres forzadas sexualmente), el 33% sufrió la violación por parte de su padrastro, el 20% por algún pariente y el 17% por un amigo o vecino. Por último, Valdés y Faúndez (1997) señalan que en Chile las principales afectadas por el incesto son las niñas entre 11 y 15 años.

Ahora bien, uno de los factores que condiciona y promueve el abuso sexual hacia las niñas y adolescentes es la pobreza, especialmente por estar ésta enmarcada en un contexto cultural patriarcal. Un gran número de adolescentes, principalmente mujeres, marginados económicamente se ven en la necesidad de ejercer la prostitución. Más aún, sobre todo en los países en desarrollo, muchas adolescentes son engañadas, forzadas, secuestradas o vendidas – incluso por familiares- y obligadas a trabajar como prostitutas, trabajadoras domésticas o como esposas (WHO/PAHO, 1998). Otro de los grupos vulnerables a las agresiones violentas por su situación socioeconómica son las trabajadoras domésticas, las mujeres migrantes y las niñas y adolescentes de la calle.³

³ FOCUS (1998) apunta que en un estudio realizado sobre adolescentes de la calle en Guatemala en 1991 reportado por Casa Alianza (1995), más del 50% han sido víctimas de abuso sexual.

Finalmente, se ha demostrado (WHO/PAHO, 1998) que el abuso sexual hacia las adolescentes se asocia con comportamientos posteriores de riesgo en los individuos, que incluyen prácticas como actividad sexual prematura sin protección, desorden emocional, intento de suicidio, abuso de drogas y alcohol, comportamiento delictivo, etc.

Por otro lado, una gran cantidad de los ataques sexuales son perpetrados por la pareja. Sin embargo, en muchas sociedades, principalmente aquellas de dominio patriarcal, la mujer no define el coito forzado como violación si éste es cometido por su pareja. Incluso, hay países en donde este acto no se reconoce como delito penal. De acuerdo con WHO/PAHO (1998), encuestas de varios países indican que entre 10% y 15% de las mujeres informan que sus parejas las han obligado a tener relaciones sexuales. En la primera relación sexual, el coito "involuntario" o "no deseado" puede ocultar también una parte significativa de los casos de violencia sexual.

Según los datos de la DHS, el 12% de las adolescentes unidas declararon que alguna vez habían sido atacadas sexualmente. El 5% de las adolescentes unidas en Nicaragua respondió que habían sido forzadas sexualmente por su marido en el último año y 8% en alguna ocasión en su vida conyugal; estos mismos porcentajes en el total de la población oscilan alrededor del 4% y 10%, respectivamente. En Colombia, el 3% del total de las adolescentes alguna vez había sido forzada a tener sexo y 5% del total de las mujeres⁴. Lo que sí es significativo es que más de la mitad de las mujeres colombianas que sufrieron algún ataque sexual vivieron esta situación antes de los 20 años, lo cual confirma la gran vulnerabilidad de las niñas y adolescentes a este tipo de violencia.

Sin duda, la violencia sexual es el acto de discriminación de género más cruel que existe en las sociedades. A esto hay que añadir que en muchas sociedades, y la región no se exceptúa, algunas respuestas a este problema también son medidas discriminatorias y represivas. Por ejemplo, a mujeres que revelan el maltrato se les suele recomendar restringir sus movimientos o adaptar su ropa para evitar "tentar" a los varones. Este enfoque está asumiendo *a priori* que los hombres son incapaces de controlar sus impulsos sexuales. En el estudio presentado por Gaitan y Del Cid en Panamá (1998), alrededor del 80% de adolescentes de la provincia de David declaró que una chica que usa ropa muy "sexy" puede provocar que la violen. Esto confirma que en la región las mujeres, y en especial las adolescentes, se exponen a una situación clara de violencia en una sociedad que la condena como posible cómplice de la violación, al no penalizar con la crudeza necesaria a los victimarios.

3. Conclusiones

Los datos disponibles sobre la incidencia de la violencia doméstica y sexual contra los adolescentes es fragmentaria y limitada a algunos países. Se ha determinado que la violencia doméstica se hace presente en las mujeres unidas desde edades muy tempranas. Además, independientemente del tiempo de exposición al riesgo, las mujeres que se unen a edades más tempranas, y aquellas que pertenecen a los estratos más bajos, se convierten en un grupo de

⁴ Cabe destacar que este análisis se basa en encuestas cuantitativas DHS en las que se realizan preguntas muy generales sobre este tema, que por lo general no son las más adecuadas para profundizar sobre el asunto y posiblemente tienden a subestimar la verdadera incidencia de la violencia sexual.

mayor vulnerabilidad. Los motivos de la violencia en mujeres unidas adolescentes se relacionan principalmente con los celos.

También es frecuente que la violencia ejercida contra la mujer se produzca cuando ésta es niña o adolescente. Respecto de la violencia sexual, considerada como una de las expresiones más despiadadas de violación de los derechos humanos de las mujeres, se ha encontrado que la mayoría de las mujeres que fueron víctimas de este tipo de violencia lo sufrieron antes de los 20 años y que, en una alta proporción, esta fue causada por familiares cercanos.

La eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer, en especial contra la niña y adolescente, no sólo exige un cambio en las legislaciones y en la aplicación de la ley, sino también una transformación en la actitud de la población hacia la violencia de género, que apunte hacia el establecimiento de relaciones entre mujeres y varones más equitativas y basadas en el respeto de los derechos humanos.

X. CONCLUSIONES FINALES

José Miguel Guzmán

Ralph Hakkert

Martha Falconier de Moyano

El objetivo de este trabajo ha sido poner de relieve algunos de los aspectos cruciales de la temática de salud sexual y reproductiva en los adolescentes, a fin de contribuir con una visión más integral de esta cuestión. No todos los temas han sido tratados con el mismo nivel de profundidad, principalmente porque las evidencias disponibles en cada uno son variables. Así ocurre con asuntos como la incidencia del VIH-SIDA y las ETS o la violencia sexual, que apenas empiezan a analizarse en detalle para la población adolescente, pues, en general, sobre éstos no se dispone de encuestas nacionales o de registros confiables.

Sobre la base del análisis efectuado en los capítulos anteriores, se han podido identificar algunos hechos relevantes que se listan a continuación.

Embarazo adolescente

- La incidencia del embarazo adolescente entre los países de la región es dispar y no guarda una relación directa con el estado actual de la transición demográfica en cada uno de ellos.
- El patrón de cambio de la fecundidad adolescente no muestra una tendencia generalizada. Por un lado, hay países en los que el proceso de descenso de la fecundidad adolescente se ha estancado, o incluso se ha interrumpido por un aumento de las tasas. Por otro, en la mayoría de los países la reducción de la fecundidad adolescente sigue, aunque con menos intensidad, el curso de la reducción de la fecundidad en las otras edades, y no hay evidencias de que esta situación se modifique en el corto plazo.
- Los grupos más pobres y menos escolarizados continúan padeciendo la incidencia de embarazo en adolescentes más significativa.
- Pese a las dificultades de su medición, las estimaciones indirectas disponibles muestran que, en algunos países, por lo menos uno de cada cuatro embarazos de adolescentes termina en aborto.
- Tradicionalmente, en América Latina la incidencia del aborto en adolescentes ha sido más baja que en mujeres de otras edades. Los datos aquí analizados ratifican este patrón. Sin embargo, el hecho de que en al menos dos de los países más adelantados de la región se haya encontrado una situación inversa, ha sido interpretado como el posible inicio de una tendencia en ese sentido. La mayor actividad sexual entre adolescentes y el probable incremento de la frecuencia de relaciones sexuales no protegidas, con el consecuente aumento de embarazos no deseados, podría llevar a un mayor número de abortos en adolescentes.
- Pese a que la información disponible sobre las adolescentes menores de 15/16 años es escasa, los datos analizados revelan que la incidencia de la fecundidad en este grupo no es despreciable. Se requiere disponer de estudios más detallados, dadas las mayores implicaciones de los embarazos en estas edades, tanto desde el punto de vista

fisiológico como psicológico y social. Se poseen algunas evidencias de que, en una buena proporción, estos embarazos se asocian a situaciones de violencia sexual.

Preferencias reproductivas

- Según las encuestas analizadas, la gran mayoría de los hijos de mujeres adolescentes son deseados. Dado que en una alta proporción los hijos de mujeres adolescentes son primogénitos, este resultado no sorprende, por el alto valor que aún conserva el ejercicio de la maternidad en América Latina. Los efectos negativos que podrían percibirse en un embarazo no deseado, en ciertos casos pueden racionalizarse e interpretarse en un contexto donde predominan los valores positivos vinculados al hecho de ser madre. No se descarta, sin embargo, que el evento de un embarazo puede interferir negativamente en el proyecto de vida de las adolescentes.
- Cuando se consideran los abortos como embarazos no deseados, la proporción de estos últimos con respecto al total de embarazos llegaría hasta un 40%. Sin embargo, esta proporción no superaría a la observada en mujeres de otras edades, aunque tendría consecuencias distintas.

El conocimiento como condicionante de las prácticas en sexualidad y reproducción

- La decisión del uso de anticonceptivos en adolescentes no depende fundamentalmente del conocimiento básico sobre la existencia de estos métodos, porque dicho conocimiento está bastante generalizado en América Latina. Esta decisión dependería de un conocimiento más específico de la sexualidad y del control de la reproducción, de los costos percibidos del control de la reproducción y de la percepción de las implicaciones negativas que pudiera tener una relación sexual desprotegida.
- Los programas de educación sexual en América Latina y el Caribe han permitido llevar los temas de la sexualidad a la población joven, en especial aquella que asiste a la escuela. Aún así, los avances son limitados, pues en su cobertura subsisten lagunas y los esfuerzos encaminados a una educación sexual con una visión integral son incipientes. En este documento se han destacado las experiencias de los programas de educación sexual en los diferentes países de la región. Al respecto, se ha sugerido la necesidad de articular las experiencias de los sectores formal y no formal, incluyendo en los programas de educación los componentes pertinentes de educación sexual desde la niñez e incorporando a la comunidad docente en los programas educativos, mediante la aplicación de estrategias pedagógicas que potencien el autoaprendizaje y el mutuo aprendizaje.

Uso de anticonceptivos

- El uso de anticonceptivos en adolescentes unidas es menor que en las mujeres de otras edades, lo que quizás se relacione con el inicio de la maternidad en la mayoría de las mujeres de este grupo. Los hombres adolescentes registran mayores niveles de uso, debido a una práctica sexual más temprana y menos asociada a la unión y a la reproducción. No se observa una relación directa entre el uso de anticonceptivos y los miedos expresados respecto de las consecuencias negativas de un embarazo no deseado.

- Se presenta un mayor uso de anticonceptivos en las mujeres sexualmente activas no unidas que en aquellas que están unidas, debido al mayor grado de motivación en las primeras por evitar un embarazo no deseado. Lo mismo vale para los hombres.
- En general, hay una gran aceptación de adolescentes hacia la planificación familiar y pocos son los que declaran que no tienen intención de usar anticonceptivos en el futuro.

Consecuencias del embarazo adolescente

- Aunque existe amplio consenso de que en las sociedades modernas el embarazo en la adolescencia es característico de una transición prematura a la vida adulta, no está claro cuál es la primacía causal atribuible al embarazo en la adolescencia como el elemento desencadenador de una situación problemática. Más bien, los datos indicarían que otros factores, como el fracaso escolar o el deseo de abandonar el hogar paterno, pueden tener una mayor incidencia causal en la configuración del complejo de problemas que determinan una adolescencia prematuramente terminada. Una vez que esta situación se configura, tampoco queda claro hasta qué punto el embarazo contribuye a agravarla.
- Gran parte de la literatura sobre las consecuencias del embarazo en adolescentes ha enfocado sus consecuencias biomédicas. Sin embargo, es justamente en esta área que las evaluaciones más recientes sugieren que los problemas pueden ser considerablemente menores que lo pensado anteriormente. Una vez eliminadas las diferencias preexistentes entre madres adolescentes y madres de mayor edad y los sesgos del sistema de salud contra la atención a adolescentes embarazadas, no hay indicios nítidos de que un alumbramiento en adolescentes de 16-19 años represente riesgos especiales para la futura madre.
- Hay cierto consenso de que los riesgos aumentan en adolescentes menores de 16 años, pero incluso así el número absoluto de muertes maternas en estas edades en América Latina y el Caribe no pasa del 3% del total. En el caso de la salud de los hijos, persiste una cierta sobremortalidad en hijos de mujeres adolescentes, aun cuando los factores preexistentes y los sesgos de la atención médica sean eliminados. Con todo, no se puede descartar la posibilidad de que se trate de riesgos resultantes de las características de las madres, que no necesariamente serían eliminados si el primer nacimiento se diera más tarde. Este tema todavía provoca divergencias en la literatura.
- Existe consenso de que es altamente indeseable que las adolescentes y sus parejas tengan que interrumpir su educación para poder cuidar de hijos recién nacidos. Empero, en el contexto de América Latina y el Caribe, donde se dan múltiples razones para el abandono escolar precoz, los casos de abandono provocados únicamente por un embarazo no deseado no son tan frecuentes como suele suponerse. En la mayoría de los casos, las madres adolescentes ya han abandonado la escuela antes de embarazarse. El número promedio de años de escolaridad perdidos por embarazos precoces es relativamente pequeño. El desafío mayor parecería estar no tanto en tratar de evitar los embarazos en escolares sino más bien en aumentar la motivación de las adolescentes para continuar sus estudios, en lugar de optar por una transición prematura hacia la vida adulta.
- Una inquietud algo diferente se refiere al aumento de la fecundidad global en función del inicio temprano de la procreación. Las mujeres en esta condición no sólo se caracterizan por un período de exposición mayor, sino que también tienden a embarazarse más frecuentemente, con intervalos intergenésicos más cortos. Aún así, no se ha podido

determinar cómo la fecundidad global sería afectada si se lograra postergar estos nacimientos precoces. Todo depende de la forma como el evento sea absorbido en la vida reproductiva posterior de la mujer. A pesar de los diferentes escenarios propuestos para cuantificar este efecto, todavía es una pregunta abierta cuál sería el efecto real del inicio más tardío de la reproducción.

- En cuanto a las uniones posteriores de madres adolescentes, no se han encontrado evidencias de una mayor tendencia a vivir solas, como jefas de sus hogares. Lo que sí es evidente es que las mujeres que tuvieron su primer hijo a temprana edad tienden a tener un mayor número de uniones a lo largo de sus vidas. Esta diferencia entre madres adolescentes y mujeres que tuvieron su primer hijo más tarde se mantiene aun cuando se controlen algunas variables contextuales.
- Una cuestión muy poco explorada en el contexto de América Latina y el Caribe es la de los efectos de largo plazo sobre la situación económica de la mujer, sus perspectivas de movilidad social y la transmisión intergeneracional de la pobreza. Algunos estudios realizados sobre este tema sugieren que la responsabilidad temprana por la crianza de hijos puede constituir un obstáculo importante para las oportunidades económicas posteriores de la mujer. Sin embargo, estos estudios no han sido replicados en muchos otros contextos y cubren períodos de observación relativamente cortos. En los Estados Unidos, por otro lado, varios estudios parecen indicar que los efectos iniciales pueden ser significativos, pero que tienden a desaparecer con el tiempo. A pesar de su innegable importancia, se trata de un tema donde las evidencias empíricas todavía son escasas.
- Similares reflexiones valen para temas como el trato de las madres adolescentes con sus hijos, la calidad de su interacción, su capacidad para proveer un ambiente estimulante para el desarrollo psicológico y social, la incidencia de la violencia doméstica y otros aspectos relevantes para un resultado favorable del proceso de crianza de los hijos. En América Latina y el Caribe, prácticamente no se han realizado investigaciones empíricas sobre estos asuntos, y tampoco hay información sobre la forma como las vidas posteriores de los padres de hijos de madres adolescentes son afectadas por su paternidad temprana.

Incidencia de las ITS y el VIH/SIDA

- Pese a las limitaciones de las informaciones disponibles, en este estudio se ha podido comprobar que efectivamente la incidencia de la infección (o contagio) del VIH/SIDA ocurre en mayor proporción en el grupo de adolescentes. Un resultado similar se ha observado respecto de la incidencia de las ITS.
- El inicio más temprano de la sexualidad en los hombres, en un contexto en que ésta se asocia a la construcción de una identidad masculina cargada de valores negativos más que al propio disfrute de la sexualidad, determina que los hombres sean más proclives a tener relaciones en condiciones de mayor riesgo.
- Es preciso incorporar explícitamente en los programas de prevención los elementos que forman parte de la cosmovisión sobre la sexualidad en los adolescentes, en la que persisten nociones deformadas acerca de los roles de hombres y mujeres.

Violencia doméstica y sexual en adolescentes

- Esta es una de las áreas en las que la información disponible es más escasa y fragmentada.
- Las adolescentes aparecen como un grupo extremadamente vulnerable a la violencia intrafamiliar y sexual. No sólo la incidencia de la violencia es mayor en este grupo que en otras edades, sino que el tipo de agresiones es más grave. Por ejemplo, datos de Nicaragua y Chile muestran la alta incidencia de la violencia contra las adolescentes durante la gestación.
- Independientemente del tiempo de exposición al riesgo, las mujeres que se unen a edades más tempranas, y aquellas que pertenecen a los estratos más bajos, se convierten en un grupo de mayor vulnerabilidad.
- Precisamente, son las mujeres menores de 20 años las que están más expuestas a la violencia sexual, causada, en una alta proporción, por familiares cercanos.

En síntesis, la problemática de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes es altamente compleja y requiere un acercamiento lo más integral posible. En cuanto al embarazo en la adolescencia, por ejemplo, éste tiene múltiples facetas valorativas y, por lo tanto, enfocar su análisis sólo desde la perspectiva de que es un problema, independientemente del contexto en que se desenvuelve el o la adolescente, conduce a conclusiones erradas y, en consecuencia, a políticas no siempre adecuadas a sus necesidades.

Se reconoce en este trabajo la existencia de una dualidad en el tratamiento de este tema, que se traduce en comportamientos bastante distintos en países como Nicaragua y Guatemala, por un lado, y Brasil y Colombia, por otro. Así, importantes sectores de países latinoamericanos viven una realidad sociocultural en la que el embarazo adolescente no se percibe necesariamente como un problema y más bien forma parte de las prácticas culturales en el marco de la constitución de las uniones y de la formación de las familias y de los hogares. Pero esta práctica se contrapone con los requerimientos de las sociedades modernas en las que se considera que las mejores opciones vitales de los adolescentes no están precisamente en la maternidad y la paternidad, sino en el desarrollo de sus potencialidades educativas y formativas en preparación para la vida adulta. Como resultado, es obvio que aquellos y aquellas adolescentes que quedan fuera del sistema educativo cuentan con desventajas sociales de base, lo que implica probabilidades menores de inserción laboral y social exitosa.

Otra dualidad igualmente compleja se plantea en el caso de la sexualidad. Por una parte, socialmente, y en especial a través de los medios de comunicación, se crean condiciones que hacen posible o incentivan la actividad sexual adolescente; sin embargo, en la práctica educativa y familiar se establecen límites para que esta actividad ocurra. En el caso de los hombres adolescentes, la vivencia de la sexualidad es aceptada y promovida, pero negada en el caso de las adolescentes, las que en la mayoría de los países latinoamericanos siguen pautas de conducta sexual tradicionales, con una iniciación sexual relativamente tardía. La presión social en el caso de los hombres puede llevarlos a situaciones de riesgo en su salud sexual.

Pero existen además otras implicaciones. La consideración de la vivencia de sexualidad y del embarazo adolescente descontextualizados de la realidad sociocultural que los nutre lleva a considerar estrategias únicas para reducir su incidencia, provocando evidentes fracasos en los programas. Los resultados de este estudio muestran la diversidad de realidades que se presentan en la región, las que deben conducir a la puesta en práctica de estrategias diferenciadas de abordaje de la problemática adolescente.

ANEXOS

**ANEXO I
NOTAS METODOLÓGICAS**

**ANEXO II
CUADROS COMPLEMENTARIOS**

**ANEXO III
GRÁFICOS**

ANEXO I:

NOTAS METODOLÓGICAS

1. Encuestas usadas en el estudio

En este estudio se han utilizado los resultados publicados y los datos básicos (microdatos) de las siguientes encuestas: (1) Encuestas realizadas en el marco del Proyecto de las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS); (2) Encuestas apoyadas por el Centro de Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC); y (3) Encuestas realizadas en el marco del estudio del UNFPA y la OIJ en cinco capitales de países andinos. Además de estas fuentes, se citan en el trabajo resultados de diferentes encuestas realizadas en la región, aunque de éstas no se dispuso de los microdatos.

Encuestas DHS

Se utilizaron los datos básicos de las encuestas realizadas en el marco de este proyecto, desde finales de la década de los ochenta hasta finales de la década de los noventa.

Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Bolivia, 1989, 1994 y 1998.
Pesquisa Nacional Sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, Brasil, 1986.
Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde, Brasil, 1996.
Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia, 1986, 1990 y 1995.
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Ecuador, 1987.
Encuesta Nacional de Salud Familiar, El Salvador, 1985.
Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, Guatemala, 1987, 1995, 1998-1999.
Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haití, 1994-1995.
Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, México, 1987.
Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, Nicaragua, 1998.
Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Paraguay, 1990.
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú, 1986, 1991-1992, 1996.
Encuesta Demográfica y de Salud, República Dominicana, 1986, 1992, 1996.
Demographic and Health Survey, Trinidad y Tabago, 1987.

En estas encuestas se contó con cuadros básicos especialmente preparados por la Oficina de la DHS para esta investigación (con el apoyo de Shea Rutstein) y de otros cuadros con estimaciones de fecundidad por edad a nivel nacional y por subgrupos de población proporcionados por Susheela Singh, del Alan Guttmacher Institute.

Encuestas CDC

Las encuestas así denominadas han sido realizadas por instituciones nacionales de cada país con el apoyo del Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos. Contrariamente a las DHS, estas encuestas no están estandarizadas, por lo que el cuestionario puede diferir sustancialmente de un país a otro. Entre las encuestas analizadas en este grupo se listan las siguientes:

Family Health Survey, Belice, 1991.
Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem, Brasil, 1989-1990.
Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, Costa Rica, 1993.
Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, Ecuador, 1989, 1994, 1999.
Encuesta Nacional de Salud Familiar, El Salvador, 1988, 1993, 1998.
Enquête Nationale Haitienne Sur la Contraception, Haití, 1989.
Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, Honduras, 1987, 1991-92, 1996.
Encuesta Nacional de Salud Masculina, Honduras, 1996.
Contraceptive Prevalence Survey, Jamaica, 1993.
Reproductive Health Survey, Jamaica, 1997.
Encuesta Sobre Salud Familiar, Nicaragua, 1992-1993.
Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva, Paraguay, 1995-1996, 1998.
Encuesta Nacional de Jóvenes, República Dominicana, 1992.

Otras encuestas

Además las encuestas anteriores, se han utilizado los resultados de las siguientes encuestas realizadas por los propios países.

Primera Encuesta Nacional Sobre SIDA, Costa Rica, 1990.
Survie et santé de l'enfant en Haiti, Haití, 1987.
Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, México, 1992, 1997.
Encuesta Nacional de Población y Familia, Venezuela, 1998 (de esta encuesta también se dispuso de la base de datos para algunos análisis en profundidad).

Encuestas UNFPA y OIJ en adolescentes y jóvenes de centros de capacitación laboral

En las cinco capitales de los países andinos (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) se realizó una encuesta a fines de 1999 en adolescentes y jóvenes de ambos sexos, de edades entre 15 y 24 años que se encontraban estudiando en centros de capacitación laboral. La muestra fue de alrededor de 800 a 1000 personas.

Los datos básicos de estas encuestas han sido utilizados en este documento, para el análisis de aspectos específicos vinculados con conocimientos, actitudes y pautas de comportamiento en relación con la sexualidad y la reproducción. Las bases de estas encuestas han sido proporcionadas por los países al EAT para su uso y análisis.

2. Definiciones de variables en las encuestas

Dos de las variables más usadas en este estudio son el nivel de escolaridad y los quintiles de pobreza. A continuación se analizan las definiciones de estas variables y la variabilidad de un país a otro en el caso del nivel de instrucción.

Nivel de escolaridad

A continuación se listan, por país, las definiciones específicas de la variable nivel de escolaridad de acuerdo con la variable estandarizada usada por la DHS y la empleada en otras encuestas. En cada una de las categorías analizadas se identifica el número de años de estudio correspondiente.

Belice

Primaria: 0-7 años; Secundaria: 8; Medio o Superior: 9 y más.

Bolivia

Primaria: 1-6; Secundaria: 7-11; Medio o Superior: 12 y más.

Brasil

Primaria: 1-4; Secundaria: 5-11; Medio o Superior: 12 y más.

Colombia

Primaria: 1-5; Secundaria: 6-11; Medio o Superior: 12 y más.

Costa Rica

Sin instrucción: 0-5; Primaria: 6; Secundaria: 7 y más.

Ecuador

Primaria: 1-6; Secundaria: 7-12; Medio o Superior: 13 y más.

El Salvador

Primaria: 1-6; Secundaria: 7-9; Medio o Superior: 10 y más.

Guatemala

Primaria: 1-6; Secundaria: 7-11; Medio o Superior: 12 y más.

Haití

Primaria: 1-6; Secundaria: 7-13; Medio o Superior: 14 y más.

Honduras

Primaria: 1-6; Secundaria: 7 y más.

México

Primaria: 1-6; Secundaria: 7-9; Medio o Superior: 10 y más.

Nicaragua

Primaria: 1-6; Secundaria: 7-11; Medio o Superior: 12 y más.

Paraguay

Sin instrucción: 0-2; Primaria: 3-6; Secundaria: 7-11; Medio o Superior: 12 y más.

Perú

Primaria:1-5; Secundaria:6-10; Medio o Superior: 11 y más (traslape en 6 y 10 años de estudios).

República Dominicana

Primaria: 1-8; Secundaria: 9-12; Medio o Superior: 13 y más.

Trinidad y Tabago

Primaria: 1-7; Secundaria:8-12; Medio o Superior: 13 y más.

Venezuela

Primaria:1-6; Secundaria: 7-9; Medio o Superior: 10 y más.

Quintiles de pobreza

La construcción del índice pobreza/riqueza se basa en características de los hogares en que se realizaron las encuestas DHS, como bienes poseídos, características de la construcción y de los servicios disponibles. Este índice sólo se calculó para las encuestas más recientes.

Los aspectos estándares incluidos en las DHS consideran:

Bienes del hogar: radio, televisión, teléfono, refrigerador, bicicleta, motocicleta y automóvil.

Material del piso: naturales (tierra), rudimentarios (planchas, palma, etc.), terminados (parquet, cemento, cerámica, etc.).

Fuente de abastecimiento de agua: cañería fuera o dentro del hogar, pozo, etc.

Disposición de excretas: inodoro, letrina, sin acceso.

Número de miembros del hogar por dormitorio.

Si la mujer o el marido trabajan en la agricultura.

Si el hogar tiene servicio doméstico.

En cada uno de los aspectos listados se codificaba un "sí" o un "no", excepto en la variable de hacinamiento. Otros aspectos incluidos en cada país y específicos de cada uno fueron dicotomizados del mismo modo. A través de un análisis de clasificación múltiple se calcularon los puntajes para cada categoría, que se resumieron en un puntaje único para cada hogar. Las poblaciones enumeradas en cada hogar se ordenaron según su puntaje desde el más bajo hasta el más alto y divididas en cinco grupos.

Se consideró el primer quintil al 20% con más bajo puntaje (hogares más pobres). Del mismo modo, el segundo grupo corresponde al quintil que agrupa a aquellos hogares cuyo puntaje está entre el 20% y el 40%, y así sucesivamente. Estos valores son así

asignados a las mujeres que componen cada hogar. Dado que este trabajo se hizo con los datos no ponderados y con los hogares, las mujeres de la muestra ponderada no se distribuyen exactamente en grupos de 20%.

Esta tarea fue realizada directamente por la DHS. Un archivo que contenía estos valores fue suministrado por la oficina de la DHS y agregado a la base de datos original para su uso en este estudio.

3. Limitaciones de las encuestas para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes

Las fuentes de datos utilizadas en este estudio constituyen una base sólida para el estudio de los temas de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, persisten limitaciones que afectan el análisis y que se relacionan al menos con tres aspectos: a) La disponibilidad de los datos recolectados sobre adolescentes varía de un país a otro y su calidad puede ser en algunos casos limitada; b) La adecuación de las encuestas para el análisis de los temas de salud sexual y reproductiva de los adolescentes, y c) No todos los temas son investigados con el nivel de detalle necesario y hay algunos que sencillamente aún no son explorados.

a) La disponibilidad y calidad de los datos

Sólo una parte de los países dispone de encuestas a nivel nacional para los análisis que aquí se efectúan. En otros, sólo se cuenta con registros vitales para la estimación de la fecundidad y de estudios parciales con una limitada cobertura geográfica y representación temática. Por ello, muchos de los análisis realizados en este estudio se limitan a un conjunto de países y dejan fuera a aquellos que no han sido incluidos en los grandes programas de encuestas o que no han hecho sus propias encuestas.

Con respecto a las estimaciones de fecundidad hechas en este estudio, para proceder a los valores que se analizan en el capítulo II, se evaluó la calidad de los datos de diferentes encuestas y su consistencia entre las diferentes fuentes. Para aquellos países con encuestas DHS o CDC a nivel nacional, se usaron preferentemente los datos directos calculados en estas encuestas. Sin embargo, en algunos casos se hicieron ajustes menores para hacer compatibles las tasas obtenidas de las diferentes fuentes. Las dificultades se vuelven mayores cuando se trata de estimar la fecundidad en subgrupos de la población. En este nivel, los datos son más inestables, y ello limita la posibilidad de analizar tendencias a nivel desagregado.

b) La adecuación de las encuestas tipo DHS para captar temas de la salud sexual y reproductiva

Las encuestas DHS constituyen una de las fuentes de información más valiosas sobre estos temas en la región. Sin embargo, el hecho de que éstas se dirijan predominantemente al análisis del comportamiento sexual y reproductivo actual de mujeres en unión, representa algunas limitaciones desde el punto de vista del análisis del comportamiento adolescente. Por un lado, están las posibles imprecisiones en la

declaración de ciertas variables, como el inicio de la actividad sexual. Como algunas investigaciones (Eggleston, Leith & Jackson, 2000; Lauritsen & Swicegood, 1997) lo han demostrado, inconsistencias en estas variables son comunes aun en encuestas dirigidas específicamente a adolescentes, y es de esperarse que los problemas se multipliquen en encuestas dirigidas a la población femenina de 15-49 años

Las encuestas estructuradas como las que han sido usadas en este estudio no siempre logran captar fehacientemente aquellos temas que tocan la vida íntima de jóvenes y adolescentes. En muchos de los asuntos aquí analizados, las aproximaciones a través de estudios cualitativos, o de técnicas como grupos focales, pueden aportar un acercamiento mucho más realista. En algunos de los temas aquí tratados se han utilizado resultados de investigaciones y estudios de este tipo.

c) Los temas ausentes

El análisis realizado aquí ha puesto de relieve las lagunas de información, en varios campos de la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, las encuestas DHS y en cierta medida también las apoyadas por el CDC, no profundizan en algunos temas como los siguientes, que serían de mucha utilidad para el análisis de la situación de adolescentes.

- Edad en que el entrevistado o entrevistada dejó la escuela;
- Edad en que el entrevistado o entrevistada comenzó a trabajar;
- Edad en que el entrevistado o entrevistada dejó el hogar paterno o materno y razón por la cual salió;
- Características de la primera pareja sexual;
- Específicamente, si el/la primer(a) cónyuge también fue la primera pareja sexual;
- Número y características de las uniones que el entrevistado o la entrevistada ha tenido;
- Características de los/las cónyuges o por lo menos del primero o de la primera cónyuge;
- En caso de separación o divorcio, momento en que el entrevistado o la entrevistada dejó de vivir con su primer(a) cónyuge.

La inclusión de estos temas permitiría enriquecer el análisis, aun con las posibles limitaciones de los estudios cuantitativos.

ANEXO II
CUADROS COMPLEMENTARIOS

Cuadro A-1

Porcentaje de mujeres de 15-19 años, según área de residencia y nivel de escolaridad.
Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País y año de la encuesta	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad			
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Superior
Belice, 1991	..	..	..	..	48	52.0	..
Bolivia, 1998	100.0	75.5	24.5	1.1	22.3	69.2	7.4
Brasil, 1996	100.0	81.2	18.8	1.4	23.4	74.2	1
Colombia, 1995	100.0	74.8	25.2	1	28.4	67.9	2.7
Costa Rica, 1993	100.0	56.6	43.4	2.6	38.9	58.5	..
Ecuador, 1994	100.0	50.0	50.0	..	..	..	..
El Salvador, 1998	100.0	45.1	54.9	..	..	..	..
Guatemala, 1995	100.0	44.0	56.0	14.4	52.2	32.4	1
Haití, 1994-95	100.0	47.4	52.6	13.1	59.4	27.5	..
Honduras, 1996	100.0	43.3	56.7	5.4	65.5	29.1	..
Jamaica, 1996	..	..	..	..	..	..	..
México, 1997	100.0	60.2	39.8	2.3	29.7	65.1	2.9
Nicaragua, 1998	100.0	63.5	36.5	7.8	41.4	48.3	2.5
Paraguay, 1998	100.0	61.4	38.6	2.9	35.4	53.2	8.5
Perú, 1996	100.0	74.7	25.3	1.1	20.4	66.5	12
Rep. Dominicana, 1996	100.0	64.9	35.1	2.8	55.7	39.0	2.5
Trinidad y Tabago, 1987	100.0	41.0	59.0	0.3	13	86.7	..
Venezuela, 1998	100.0	78.9	21.1	0.7	50.9	39.7	8.7

Fuente: Encuestas DHS y CDC.

Cuadro A-2
Distribución de los nacimientos de mujeres de 15-19 años, según área de residencia y nivel de instrucción. Países seleccionados de América Latina

	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad			
		Urbana	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y +
Belice, 1991	100.0	..	..	..	70.7	29.3	..
Bolivia, 1998	100.0	60.8	39.2	2.6	42.7	53.7	1.0
Brasil, 1996	100.0	73.4	26.6	4.8	38.3	56.9	0.0
Colombia, 1995	100.0	61.6	38.4	1.9	51.6	46.1	0.4
Costa Rica, 1993	100.0	44.3	55.7	5.0	61.5	33.5	0.0
Ecuador, 1994	..	40.4	59.6	..	..	..	..
El Salvador, 1998	..	32.3	67.7	..	..	..	..
Guatemala, 1995	100.0	34.5	65.5	26.2	60.3	13.3	0.2
Haití, 1994-95	100.0	36.2	63.8	24.6	63.9	11.4	0.0
Honduras, 1996	100.0	34.9	65.1	..	..	..	..
Jamaica, 1996	100.0	..	..	7.8	78.6	13.6	0.0
México, 1997	100.0	49.7	50.3	4.8	39.1	55.4	0.8
Nicaragua, 1998	100.0	53.2	46.8	15.0	57.0	27.6	0.4
Paraguay, 1998	100.0	36.1	63.9	7.8	61.8	27.3	3.1
Perú, 1996	100.0	53.9	46.1	2.6	42.2	52.9	2.3
República Dominicana, 1996	100.0	50.1	49.9	6.3	78.4	15.0	0.3
Trinidad y Tabago, 1987	100.0	40.7	59.3	1.2	22.0	76.8	0.0
Venezuela, 1998	100.0	75.6	24.4	0.0	70.4	25.2	4.4

Fuente: Encuestas DHS y CDC.

Cuadro A.3
Porcentaje de mujeres de 25-34 años que tuvieron su primera experiencia sexual antes de los 15 años, por características socioeconómicas, América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Nivel de pobreza		Indígenas
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y más	Más pobres	Menos pobres	
Bolivia, 1998	8.4	6.2	13.7	14.8	13.3	6.0	1.0	12.3	3.9	9.7
Brasil, 1996	8.9	8.4	11.1	25.5	15.3	5.3	1.1	12.3	4.7	...
Colombia, 1995	7.8	6.7	11.4	22.7	15.3	4.0	1.2	10.2	5.1	...
Guatemala, 1995	15.0	8.8	19.5	25.7	14.5	2.5	0.4	20.6	8.1	24.4
Haití, 1995	9.7	9.0	10.3	14.5	8.6	3.5	3.9	10.6	8.7	...
Nicaragua, 1998	14.3	12.0	18.7	33.2	20.6	5.7	1.1	19.9	8.1	...
Perú, 1996	8.0	5.7	14.2	23.1	15.0	5.6	1.4	11.0	3.9	15.4
República Dominicana, 1996	14.0	11.1	19.7	44.3	21.3	5.2	1.5	19.6	7.3	...

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS.

Cuadro A.4
Porcentaje de mujeres de 25-34 años que tuvieron su primera experiencia sexual antes de los 18 años, por características socioeconómicas, América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Nivel de pobreza		Indígenas
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y más	Más pobres	Menos pobres	
Bolivia, 1998	40.9	36.6	51.6	54.1	53.5	39.3	13.4	50.1	30.4	44.0
Brasil, 1996	38.3	37.3	43.0	64.9	51.9	32.7	10.5	44.8	30.1	...
Colombia, 1995	34.0	30.7	44.7	66.1	50.4	28.0	11.7	41.9	25.4	...
Guatemala, 1995	49.0	38.3	56.6	65.7	52.4	23.0	9.3	59.4	36.1	62.8
Haití, 1995	40.5	38.8	42.0	48.5	44.2	22.9	7.9	45.2	35.2	...
Nicaragua, 1998	49.6	44.5	59.2	75.0	66.7	34.7	9.2	60.0	37.9	...
Perú, 1996	38.0	32.0	54.2	69.0	57.0	38.9	11.4	48.0	24.5	57.3
República Dominicana, 1996	42.6	37.0	53.9	73.7	64.3	26.6	8.4	54.3	28.8	...

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS.

Cuadro A.5
Porcentaje de mujeres de 25-34 años que tuvieron su primera experiencia sexual antes de los 20 años, por características socioeconómicas. América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Nivel de pobreza		Indígenas
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y más	Más pobres	Menos pobres	
Bolivia, 1998	63.0	58.7	73.5	70.4	77.0	63.9	28.8	72.6	52.2	70.2
Brasil, 1996	60.0	58.8	65.8	79.8	72.3	55.9	30.8	66.0	52.4	...
Colombia, 1995	54.1	51.2	63.1	79.2	69.7	50.6	25.5	63.2	43.9	...
Guatemala, 1995	68.2	58.7	74.8	82.4	70.7	49.1	25.8	76.7	57.5	78.1
Haití, 1995	61.6	58.7	64.0	73.0	64.5	39.8	19.7	67.5	54.9	...
Nicaragua, 1998	69.3	65.7	76.3	85.4	84.2	59.4	28.6	78.4	59.3	...
Perú, 1996	58.6	52.9	73.9	84.5	77.4	64.1	26.9	69.7	43.6	80.4
República Dominicana, 1996	59.9	53.3	73.5	84.6	81.5	48.1	21.5	73.4	44.2	...

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS.

Cuadro A.6

Porcentaje de varones de 25-34 años que tuvieron su primera experiencia sexual antes de los 15 años, por características socioeconómicas. América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad			
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y más
Bolivia, 1998	18.7	18.8	18.5	9.1	18.8	19.6	17.5
Brasil, 1996	29.4	28.8	32.1	29.5	29.4	31.3	18.0
Haití, 1995	10.6	12.2	9.4	6.7	10.7	12.3	12.4
Nicaragua, 1998	39.2	44.1	31.9	27.5	36.8	49.6	34.9
Perú, 1996	21.9	24.3	14.9	6.1	14.3	23.1	25.7
República Dominicana, 1996	37.5	40.9	31.3	35.6	33.7	44.7	35.1

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS.

Cuadro A.7

Porcentaje de varones de 25-34 años que tuvieron su primera experiencia sexual antes de los 18 años por características socioeconómicas, América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad			
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y más
Bolivia, 1998	63.6	65.0	60.7	70.0	63.1	66.2	59.6
Brasil, 1996	71.0	72.5	64.8	60.9	65.9	75.0	81.5
Haití, 1995	44.8	54.0	37.4	24.4	43.8	54.5	60.5
Nicaragua, 1998	85.9	88.7	81.7	77.7	85.0	91.5	84.3
Perú, 1996	69.5	70.0	68.1	70.5	77.8	74.7	65.8
República Dominicana, 1996	73.6	77.4	66.5	54.6	72.7	78.4	77.8

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS.

Cuadro A.8

Porcentaje de varones de 25-34 años que tuvieron su primera experiencia sexual antes de los 20 años, por características socioeconómicas. América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad			
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y más
Bolivia, 1998	82.8	84.7	78.7	72.3	80.7	84.2	83.2
Brasil, 1996	86.1	87.0	82.4	82.1	84.3	88.4	81.5
Haití, 1995	72.6	77.7	68.5	60.4	71.1	79.8	82.6
Nicaragua, 1998	93.7	95.3	91.4	89.5	92.7	97.6	93.0
Perú, 1996	87.1	87.9	84.6	95.1	80.6	91.5	84.6
Rep. Dominicana, 1996	87.4	90.4	81.8	71.0	88.3	90.2	88.0

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS.

Cuadro A.9

Porcentaje de mujeres de 25-34 años que tuvieron su primera unión antes de los 15 años, por características socioeconómicas. América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Nivel de pobreza		Indígenas
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y más	Más pobres	Menos pobres	
Bolivia, 1998	5.5	4.5	7.7	11.4	8.3	3.9	0.8	7.8	2.7	4.5
Brasil, 1996	4.1	3.7	6.1	14.2	7.5	2.1	...	6.1	1.6	...
Colombia, 1995	5.2	4.3	8.0	21.6	9.3	2.9	...	7.1	3.0	...
Guatemala, 1995	11.5	5.9	15.5	20.2	10.9	1.6	...	16.6	5.2	20.8
Haití, 1995	4.5	4.1	4.8	6.3	4.3	1.8	...	4.8	4.1	...
Nicaragua, 1998	15.1	12.6	19.7	33.0	20.6	7.3	1.0	20.5	8.9	...
Perú, 1996	5.0	3.3	9.7	14.5	10.1	3.2	0.5	7.2	2.0	9.2
República Dominicana, 1996	12.0	9.7	16.8	40.7	17.8	4.3	1.8	16.6	6.6	...

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS.

Cuadro A.10
Porcentaje de mujeres de 25-34 años que tuvieron su primera unión antes de los 18 años, por características socioeconómicas. América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Nivel de pobreza		Indígenas
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y más	Más pobres	Menos pobres	
Bolivia, 1998	24.6	22.4	29.9	35.1	33.2	23.2	6.4	30.4	17.8	23.4
Brasil, 1996	24.0	22.4	32.0	49.2	36.3	18.2	3.8	30.5	15.7	...
Colombia, 1995	22.6	19.5	32.3	50.2	36.0	17.4	5.8	29.3	15.2	...
Guatemala, 1995	42.1	31.7	49.5	57.4	45.0	19.0	10.0	53.0	28.7	59.4
Haití, 1995	26.8	24.6	28.6	33.0	29.2	13.3	...	30.6	22.4	...
Nicaragua, 1998	46.7	42.1	55.3	66.7	62.2	33.4	9.9	56.5	35.6	...
Perú, 1996	23.6	18.4	37.1	50.0	39.4	21.8	5.4	31.4	12.8	38.7
República Dominicana., 1996	36.8	31.1	48.7	71.2	57.0	20.5	5.2	48.5	23.0	...

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS

Cuadro A.11
Porcentaje de mujeres de 25-34 años que tuvieron su primera unión antes de los 20 años, por características socioeconómicas. América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Nivel de pobreza		Indígenas
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y más	Más pobres	Menos pobres	
Bolivia, 1998	42.7	39.3	51.0	46.9	56.4	41.4	15.0	51.1	32.9	45.2
Brasil, 1996	41.2	38.8	52.9	64.4	56.9	35.4	8.4	49.8	30.3	...
Colombia, 1995	38.5	34.9	50.1	63.4	55.6	34.8	10.3	48.6	27.2	...
Guatemala, 1995	61.3	50.3	69.1	76.6	64.9	38.3	21.3	72.1	48.0	76.5
Haití, 1995	44.7	41.0	47.9	53.5	48.1	26.3	9.1	52.0	36.5	...
Nicaragua, 1998	66.2	62.2	73.6	82.2	80.3	57.0	22.1	75.8	55.3	...
Perú, 1996	41.1	34.9	57.4	69.1	61.8	41.8	16.1	51.6	26.7	62.8
Rep. Dominicana, 1996	54.1	47.2	68.6	81.5	76.3	41.0	15.2	68.3	37.4	...

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS

Cuadro A.12
Porcentaje de mujeres de 25-34 años que tuvieron su primer hijo antes de los 15 años,
por características socioeconómicas. América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Nivel de pobreza		Indígenas
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y más	Más pobres	Menos pobres	
Bolivia, 1998	2.2	1.5	3.8	6.7	3.2	1.4	0.2	3.1	1.1	3.0
Brasil, 1996	1.1	1.0	1.7	6.2	1.9	0.4	...	1.7	0.4	...
Colombia, 1995	1.6	1.4	2.4	7.5	2.9	0.8	...	2.3	0.9	...
Guatemala, 1995	3.9	2.2	5.1	7.7	3.2	0.5	...	5.6	1.8	6.0
Haití, 1995	2.4	1.6	3.1	4.1	2.0	0.8	...	3.0	1.7	...
Nicaragua, 1998	5.5	4.2	7.9	12.6	8.4	1.7	...	7.7	3.0	...
Perú, 1996	1.8	1.1	3.9	7.5	3.4	1.0	0.8	2.7	0.7	...
República Dominicana, 1996	3.7	2.9	5.4	12.6	5.9	0.6	0.8	5.3	1.9	...

Fuente: Cálculos propios basados en Encuesta DHS.

Cuadro A.13
Porcentaje de mujeres de 25-34 años que tuvieron su primer hijo antes de los 18 años,
por características socioeconómicas. América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Nivel de pobreza		Indígenas
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y más	Más pobres	Menos pobres	
Bolivia, 1998	18.5	15.8	24.9	28.8	26.7	15.5	4.8	24.2	11.8	21.4
Brasil, 1996	15.5	14.4	21.0	38.2	24.4	10.7	3.8	20.1	9.8	...
Colombia, 1995	16.0	13.2	24.8	44.2	27.7	10.5	3.3	21.3	10.1	...
Guatemala, 1995	27.6	18.6	34.0	40.5	28.7	10.1	5.4	36.2	17.2	42.2
Haití, 1995	17.4	14.6	19.8	24.7	17.7	6.4	...	22.0	12.2	...
Nicaragua, 1998	31.1	26.1	40.6	53.9	45.3	16.5	4.0	40.4	20.6	...
Perú, 1996	16.5	12.7	26.7	37.6	27.4	15.1	3.8	22.0	9.0	...
Rep. Dominicana, 1996	20.7	16.8	29.0	49.0	33.2	8.1	4.3	28.1	12.1	..

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS.

Cuadro A.14
Porcentaje de mujeres de 25-34 años que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años,
por características socioeconómicas. América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Nivel de pobreza		Indígenas
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y más	Más pobres	Menos pobres	
Bolivia, 1998	38.7	34.9	47.7	47.8	51.1	37.3	12.1	47.2	28.6	41.7
Brasil, 1996	32.9	31.0	42.2	62.8	47.5	26.2	6.5	40.2	23.6	...
Colombia, 1995	31.8	28.1	43.6	60.4	50.2	25.5	9.0	41.4	21.2	...
Guatemala, 1995	50.3	39.4	58.0	66.7	53.3	25.9	10.8	61.1	37.0	66.0
Haití, 1995	34.5	28.4	39.7	43.6	38.6	17.0	...	42.3	25.6	...
Nicaragua, 1998	51.8	47.1	60.5	72.2	66.7	39.5	17.7	61.8	40.5	...
Perú, 1996	35.9	30.1	51.3	64.4	54.7	36.8	12.0	46.2	21.8	...
Rep. Dominicana, 1996	38.8	33.2	50.6	64.4	59.6	23.5	6.1	50.7	24.9	...

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS

Cuadro A.15
Porcentaje de varones de 25-34 años que tuvieron su primera unión antes de los 15 años,
por características socioeconómicas. América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad			
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y más
Bolivia, 1998	0.9	0.5	1.8	...	1.7	0.8	0.5
Brasil, 1996	0.2	0.2	0.6	...	0.8	...	...
Haití, 1995	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua, 1998	...	...	...	...	...	...	...
Perú, 1996	0.8	1.1	1.7	...	1.3	1.2	...
República Dominicana, 1996	2.5	1.9	3.6	4.5	3.2	1.8	...

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS

Cuadro A.16
Porcentaje de varones de 25-34 años que tuvieron su primera unión antes de los 18 años, por características socioeconómicas. América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad			
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y más
Bolivia, 1998	6.2	4.7	9.5	...	9.7	6.4	...
Brasil, 1996	5.3	4.5	8.7	12.0	8.1	2.7	...
Haití, 1995	4.8	2.8	6.3	6.6	5.5	3.1	...
Nicaragua, 1998	19.0	16.7	22.4	26.0	20.5	18.0	5.4
Perú, 1996	5.4	5.3	8.0	...	12.7	5.0	1.2
República Dominicana, 1996	9.9	10.6	8.6	14.2	11.9	7.8	...

Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS

Cuadro A.17
Porcentaje de varones de 25-34 años que tuvieron su primera unión antes de los 20 años, por características socioeconómicas. América Latina y el Caribe

País, fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad			
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y más
Bolivia, 1998	19.8	16.9	26.1	...	27.6	21.7	12.6
Brasil, 1996	17.8	17.4	19.4	30.3	22.2	15.3	14.3
Haití, 1995	10.2	8.3	11.5	13.5	10.5	5.4	...
Nicaragua, 1998	35.1	31.7	40.3	43.1	36.9	35.8	12.6
Perú, 1996	15.8	13.6	25.6	...	33.0	17.5	3.5
República Dominicana, 1996	21.2	21.6	20.4	31.7	24.3	18.1	10.5

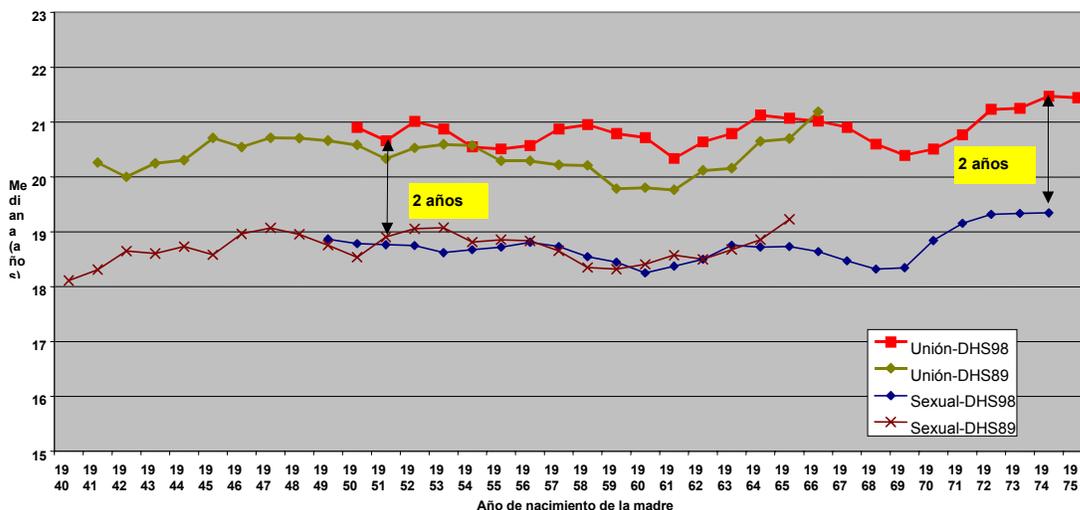
Fuente: Cálculos propios basados en Encuestas DHS

ANEXO III: GRÁFICOS

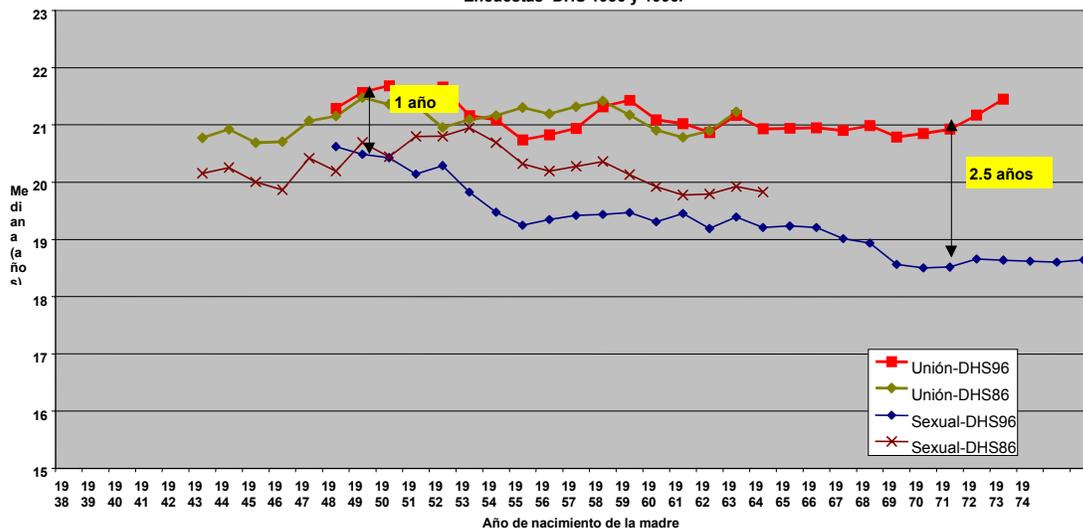
Gráficos A.1

Edad mediana de la primera unión y de la primera relación sexual (Basados en datos de las Encuestas en DHS)

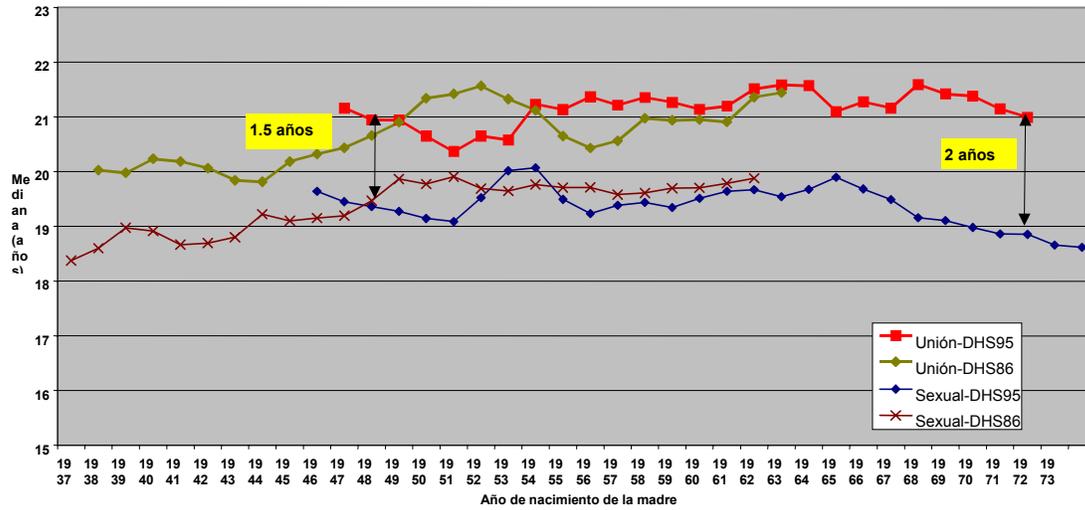
BOLIVIA: Edad mediana de la primera unión y primera relación sexual, según año de nacimiento de la mujer.
Encuestas DHS 1986 y 1996.



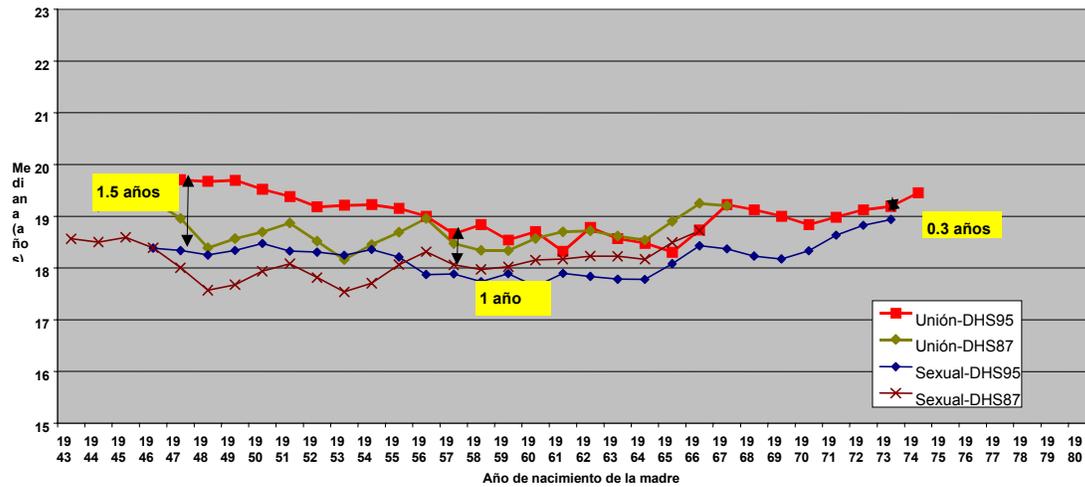
BRASIL: Edad mediana de la primera unión y de la primera relación sexual, según año de nacimiento de la mujer.
Encuestas DHS 1986 y 1996.



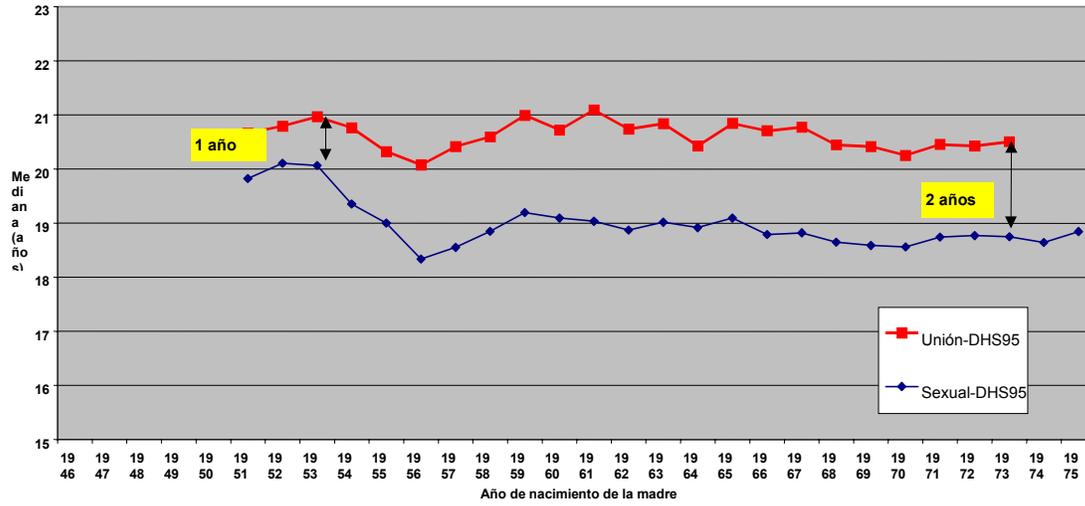
COLOMBIA: Edad mediana de la primera unión y de la primera relación sexual, según año de nacimiento de la mujer. Encuestas DHS 1986 y 1995.



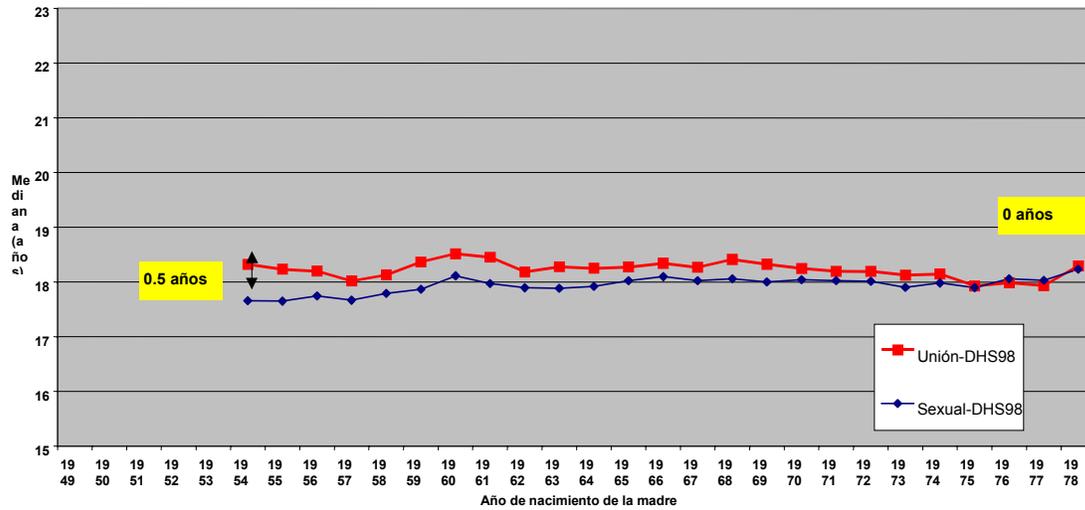
GUATEMALA: Edad mediana de la primera unión y de la primera relación sexual, según año de nacimiento de la mujer. Encuestas DHS 1987 y 1995.



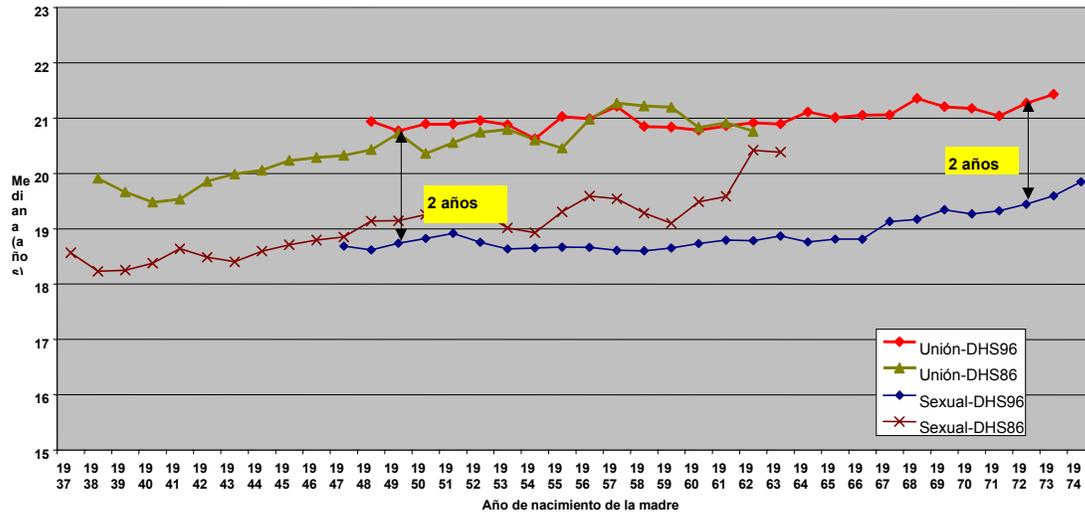
HAITI: Edad mediana de la primera unión y de la primera relación sexual, según año de nacimiento de la mujer.
Encuesta DHS 1995



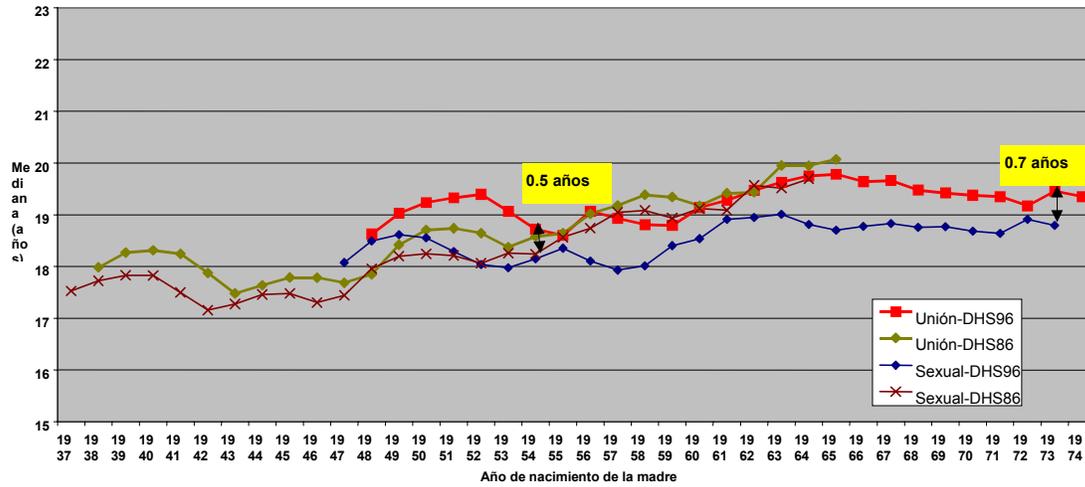
NICARAGUA: Edad mediana de la primera unión y de la primera relación sexual, según año de nacimiento de la mujer. Encuesta DHS 1998.



PERU: Edad mediana de la primera unión, según año de nacimiento de la mujer. Encuestas DHS 1986 y 1996.



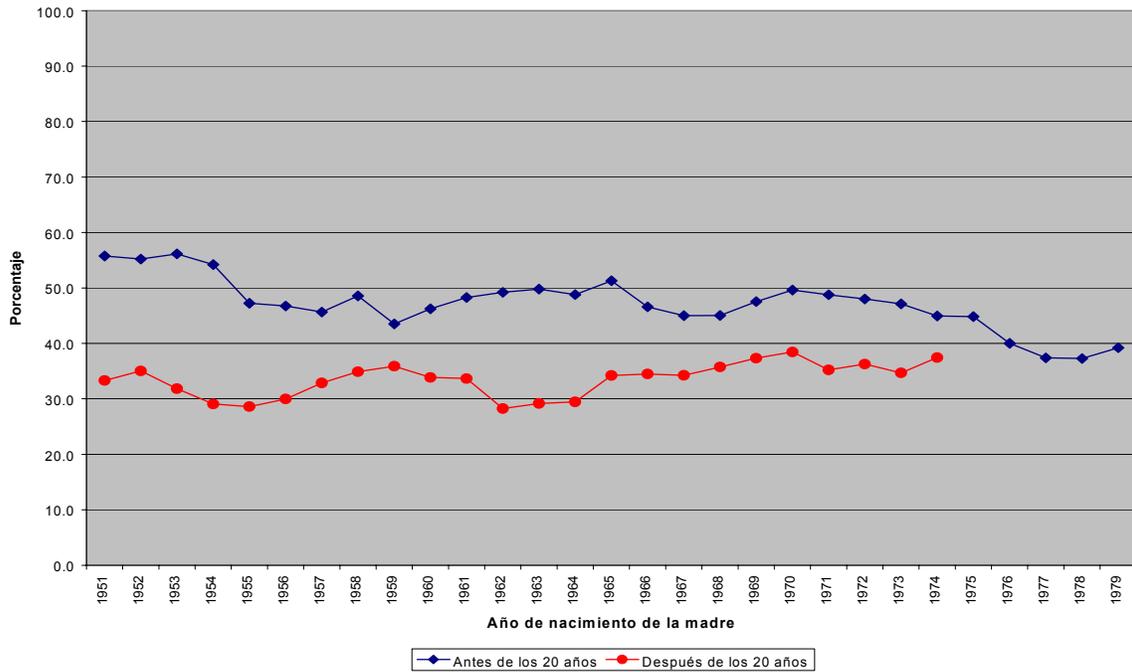
REPUBLICA DOMINICANA: Edad mediana de la primera unión, según año de nacimiento de la mujer. Encuestas DHS 1986 y 1996.



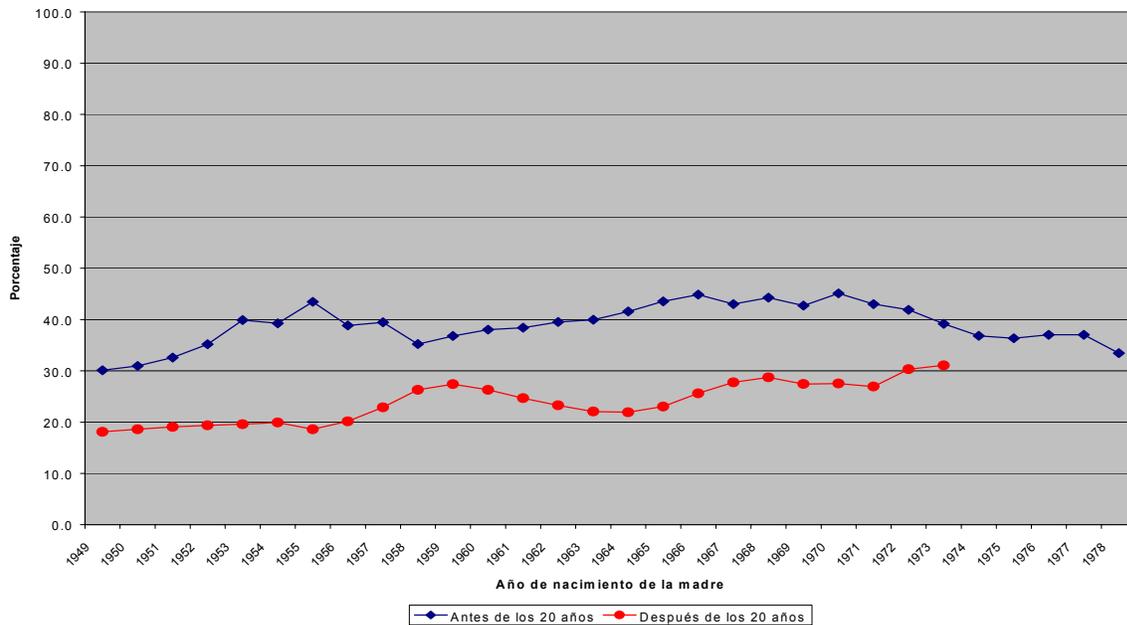
Gráficos A.2

Porcentaje de mujeres que tuvieron su primer embarazo antes de la primera unión, según edad en el momento del embarazo, por cohorte (basados en datos de las Encuestas DHS)

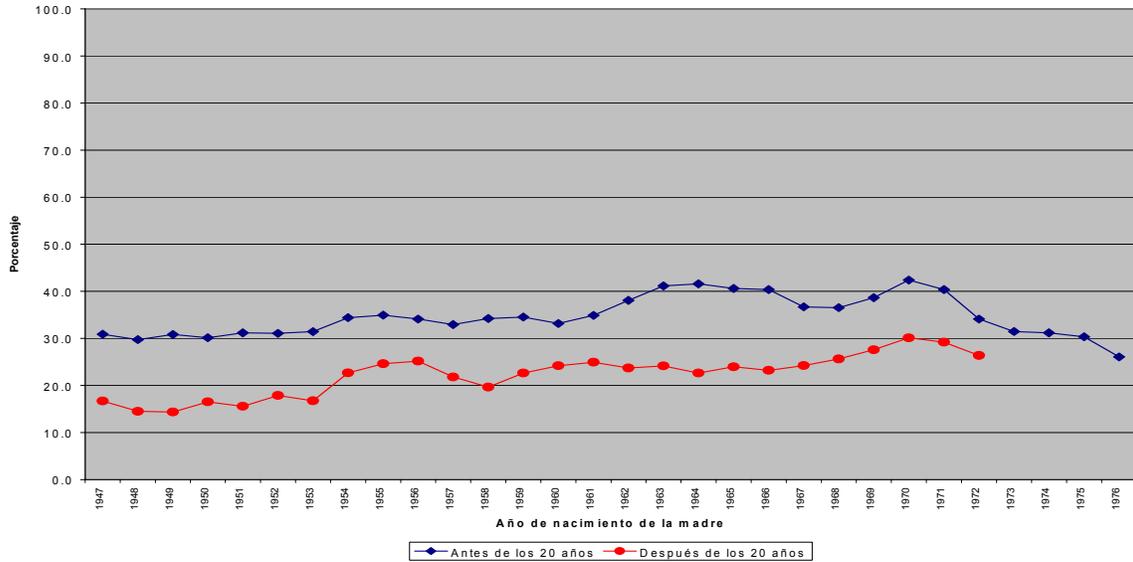
BOLIVIA: Porcentaje de mujeres que tuvieron su primer embarazo antes del matrimonio, según edad al momento del embarazo por cohorte. Encuesta DHS 1998.



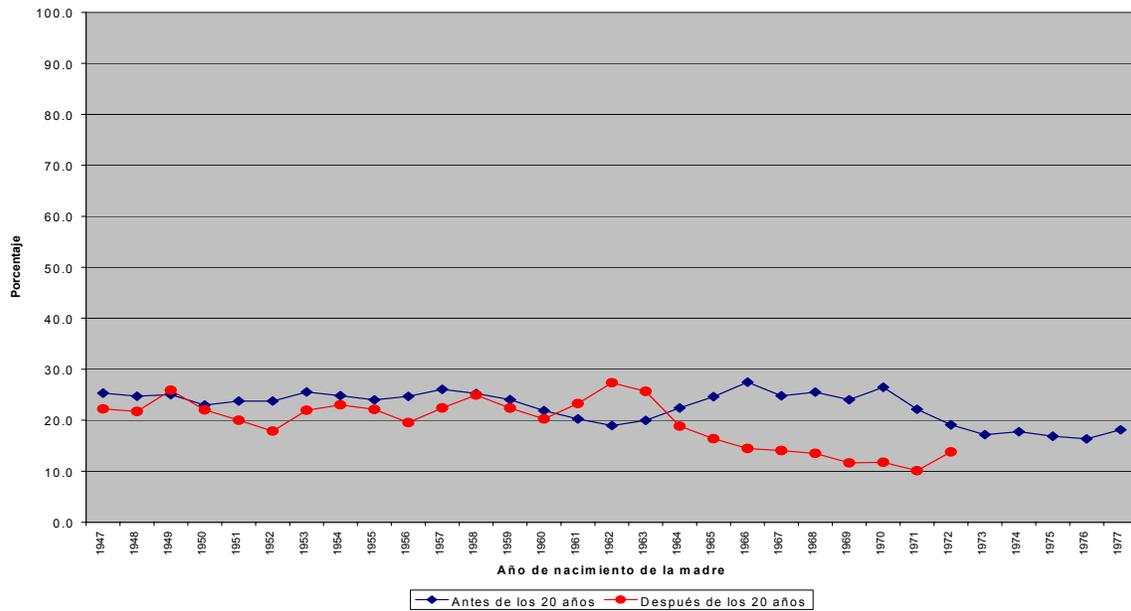
BRASIL: Porcentaje de mujeres que tuvieron su primer embarazo antes del matrimonio, según edad al momento del embarazo por cohorte. Encuesta DHS 1996.



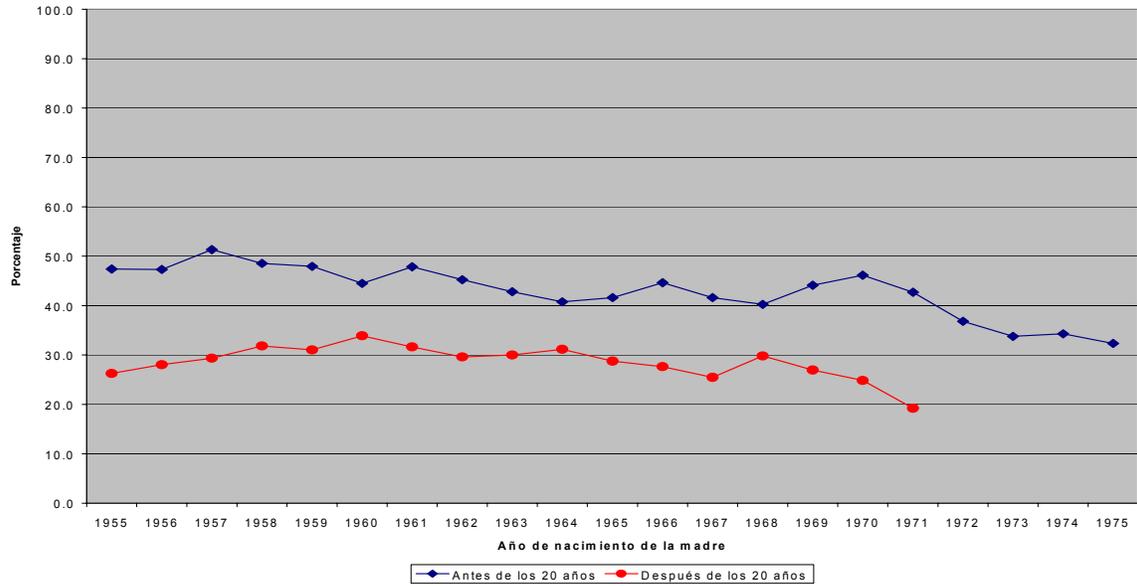
COLOMBIA: Porcentaje de mujeres que tuvieron su primer embarazo antes del matrimonio, según edad al momento del embarazo por cohorte. Encuesta DHS 1995.



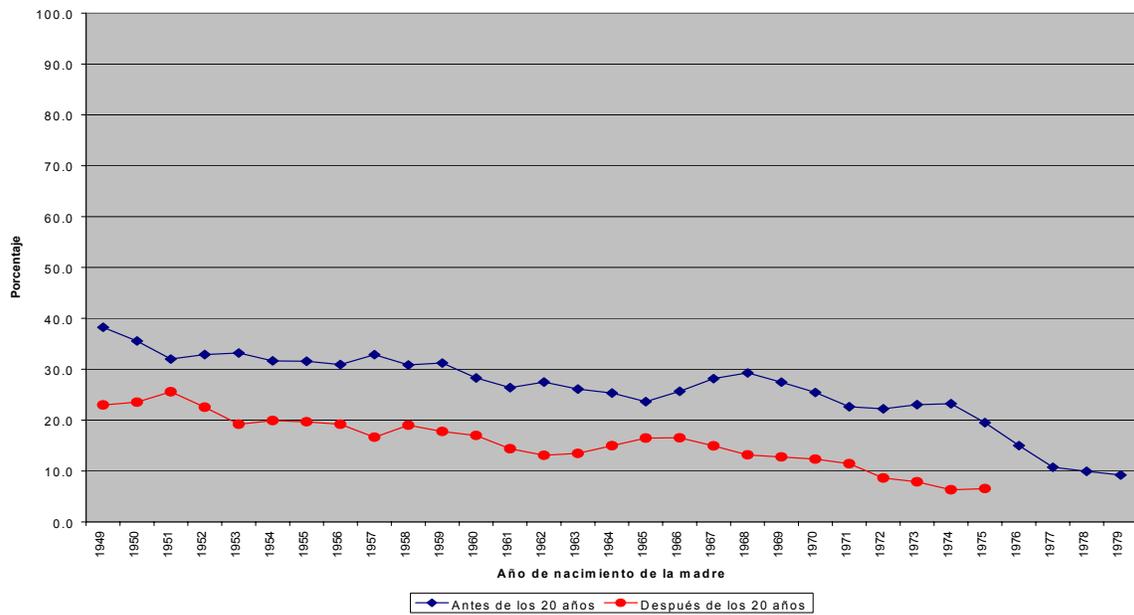
GUATEMALA: Porcentaje de mujeres que tuvieron su primer embarazo antes del matrimonio, según edad al momento del embarazo por cohorte. Encuesta DHS 1995.



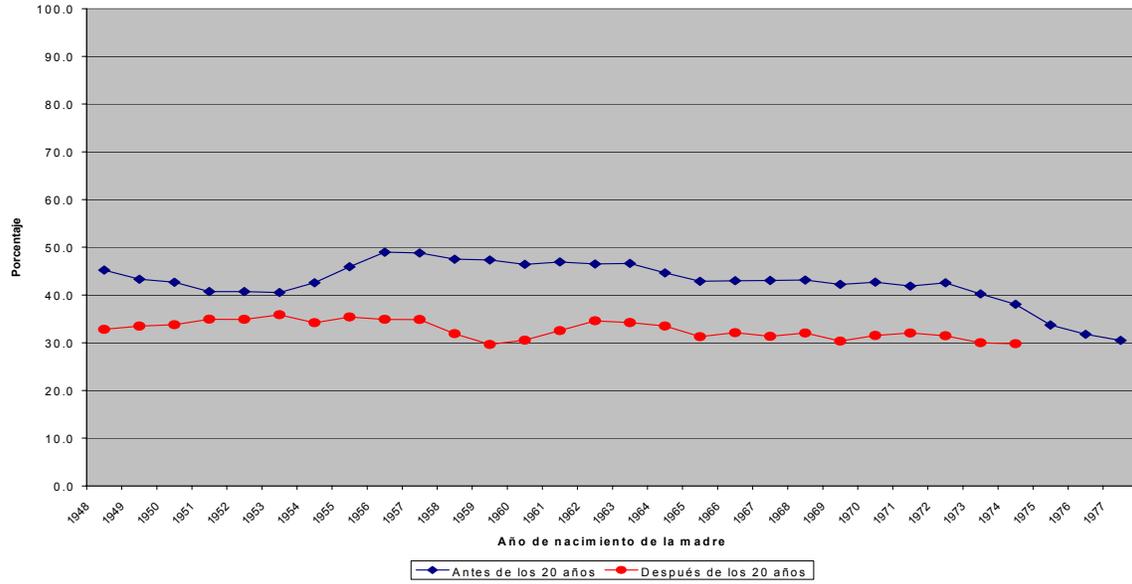
HAITI: Porcentaje de mujeres que tuvieron su primer embarazo antes del matrimonio, según edad al momento del embarazo por cohorte. Encuesta DHS 1995.



NICARAGUA: Porcentaje de mujeres que tuvieron su primer embarazo antes del matrimonio, según edad al momento del embarazo por cohorte. Encuesta DHS 1998.



PERÚ: Porcentaje de mujeres que tuvieron su primer embarazo antes del matrimonio, según edad al momento del embarazo por cohorte. Encuesta DHS 1996.



REP. DOMINICANA: Porcentaje de mujeres que tuvieron su primer embarazo antes del matrimonio, según edad al momento del embarazo por cohorte. Encuesta DHS 1996.

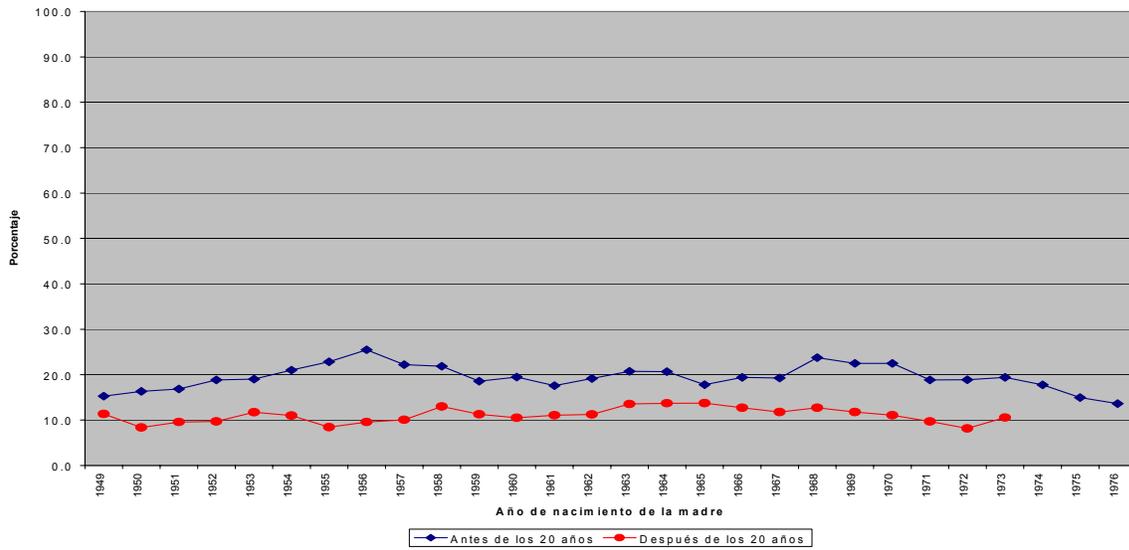
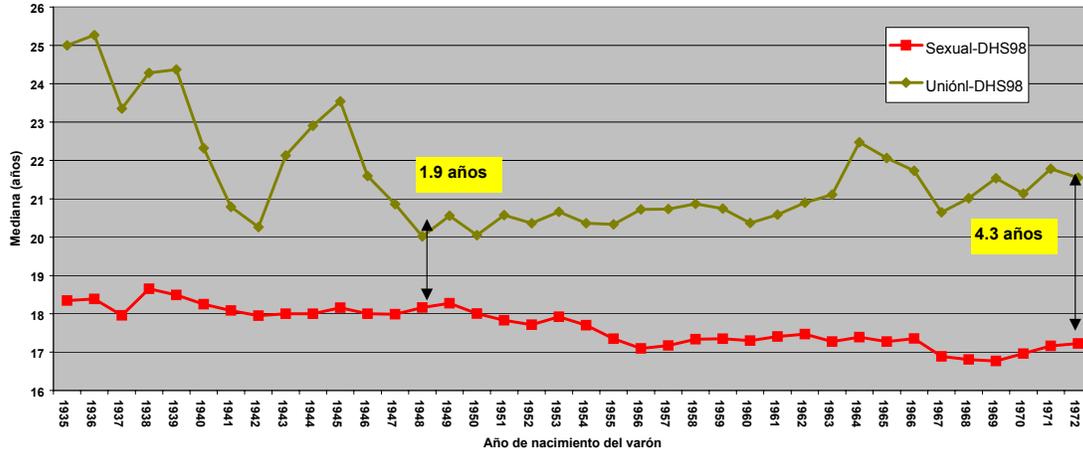


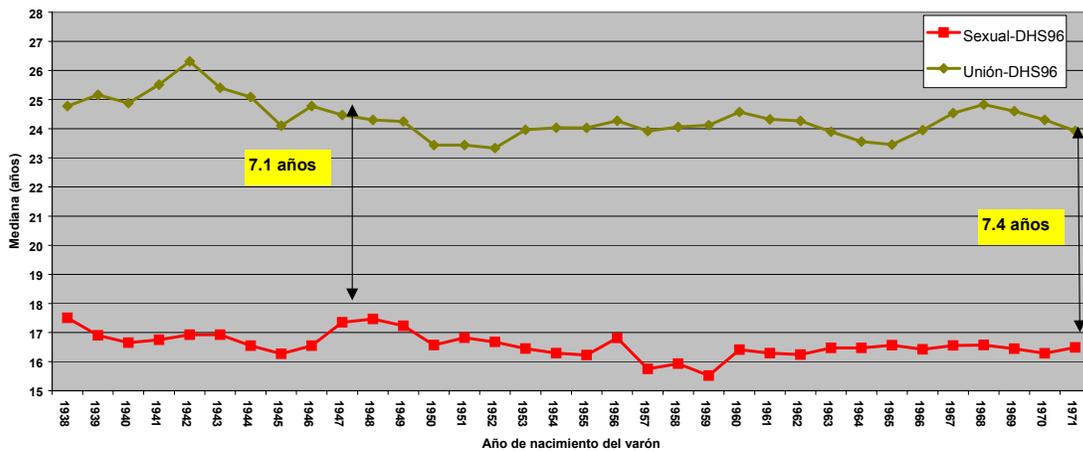
Gráfico A.3

Edad mediana a la primera unión y a la primera relación sexual (varones) (Basados en datos de las Encuestas en DHS)

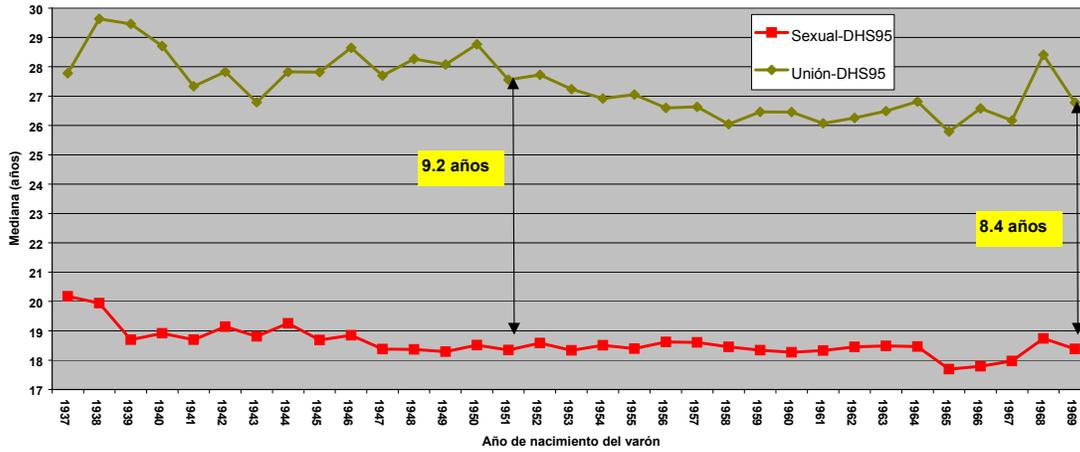
BOLIVIA: Edad mediana a la primera unión y a la primera relación sexual, según año de nacimiento del varón.
Encuesta DHS 1998



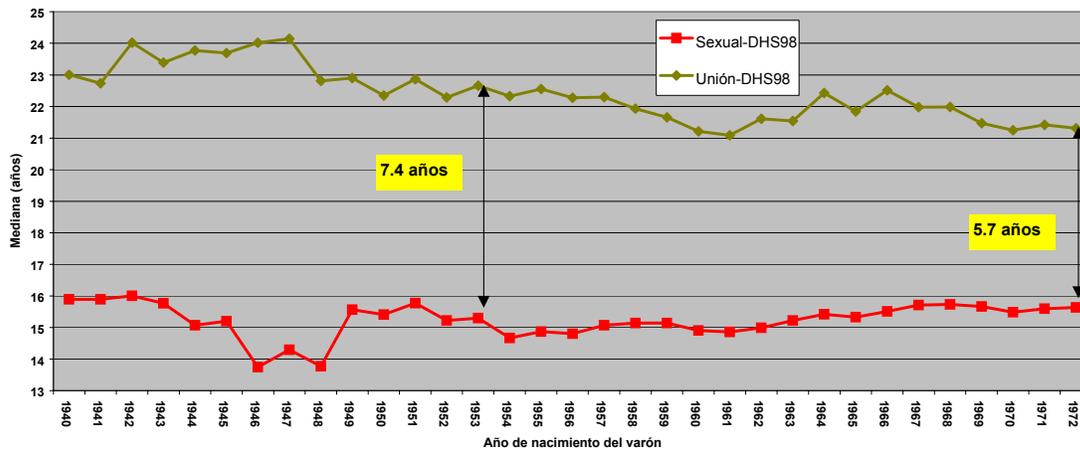
BRASIL: Edad mediana a la primera unión y a la primera relación sexual, según año de nacimiento del varón.
Encuesta DHS 1996



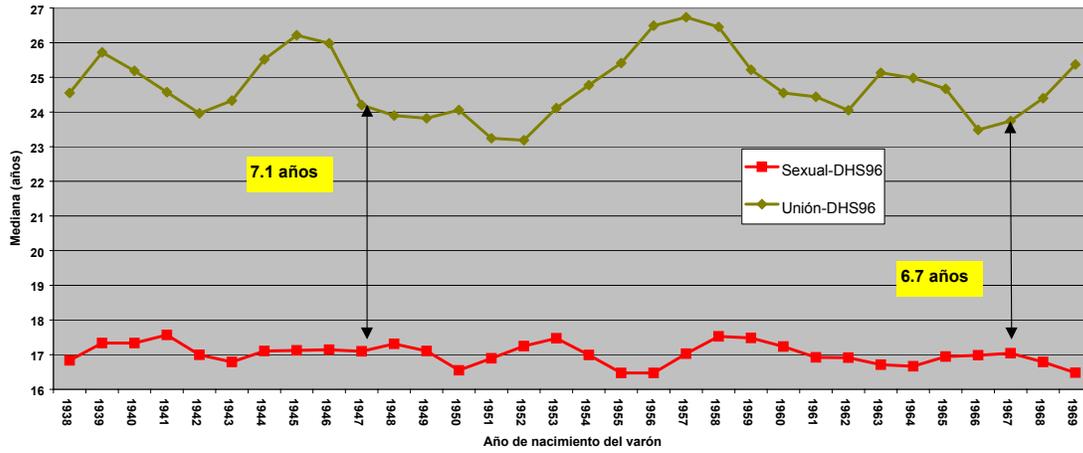
HAITÍ: Edad mediana a la primera unión y a la primera relación sexual, según año de nacimiento del varón.
Encuesta DHS 1995



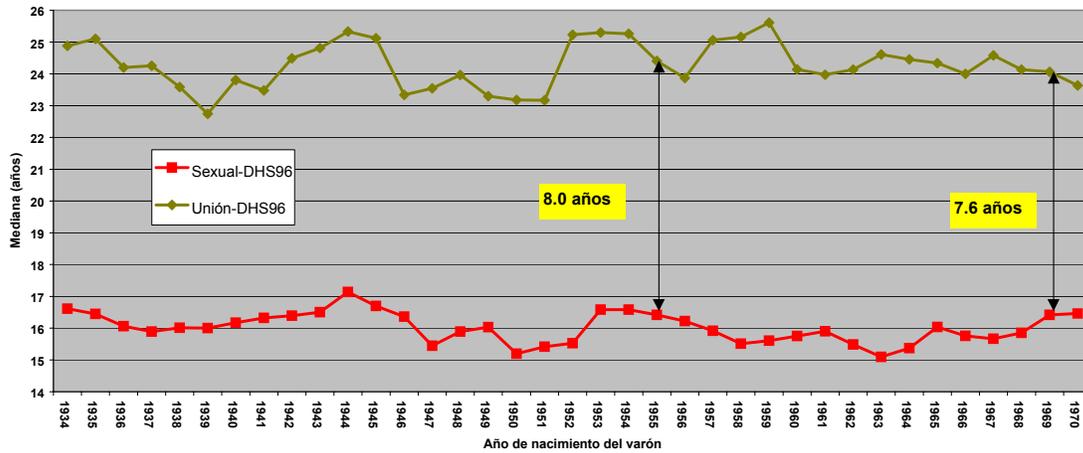
NICARAGUA: Edad mediana a la primera unión y a la primera relación sexual, según año de nacimiento del varón.
Encuesta DHS 1998



PERÚ: Edad mediana a la primera unión y a la primera relación sexual, según año de nacimiento del varón.
Encuesta DHS 1996



REPUBLICA DOMINICANA: Edad mediana a la primera unión y a la primera relación sexual, según año de nacimiento del varón. Encuesta DHS 1996



BIBLIOGRAFIA

Abma, J.; A. Chandra; W. Mosher; L. Peterson & L. Piccinino. 1997. *Fertility, family planning, and women's health: new data from the 1995 National Survey of Family Growth*. Washington DC, PHS/CDC/NCHS.

Abrahamse, Allan F.; Peter A. Morrison & Linda J. Waite. 1988. "Teenagers willing to consider single parenthood: who is at greatest risk". *Family Planning Perspectives* 20 (1): 13-18.

Achío, Mayra; Henny de Vries; Cathalina García; Miguel Gómez; Socorro Gross; Wietze Lindeboom & Luis Rosero. 1994. *Fecundidad y formación de la familia. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993*. San José, CCSS/Depto. de Medicina Preventiva/CDC.

Adelstein, A. M.; I. M. MacDonald Davies; J. A. C. Weatherall & C. C. White. 1981. *Studies in Sudden Infant Death*. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Studies on Medical and Population Subjects 45.

Afonso, M. Lúcia. 1997. *A polémica sobre adolescência e sexualidade*. Belo Horizonte, Tesis de Doctorado, Facultad de Educación, Universidad Federal de Minas Gerais.

Ahn, Namkee. 1994. "Teenage pregnancy and high school completion: accounting for individual heterogeneity". *Studies in Family Planning* 26 (1): 17-21.

Akerlof, George A.; Janet L. Yellen & Michael L. Katz. 1996. "An analysis of out-of-wedlock childbearing in the United States". *Quarterly Journal of Economics* 111 (2): 287-309.

Alan Guttmacher Institute. 1981. *Teenage pregnancy: the problem that hasn't gone away*. New York, Alan Guttmacher Institute.

Alan Guttmacher Institute. 1994. *Sex and America's teenagers*. New York, Alan Guttmacher Institute.

Alan Guttmacher Institute. 1997. *Issues in brief: risks and realities of early childbearing worldwide 1997*. New York, Alan Guttmacher Institute.

Alan Guttmacher Institute. 1998. *Hacia un nuevo mundo. La vida sexual de las jóvenes. Resumen ejecutivo*. New York, Alan Guttmacher Institute/The William H. Gates Foundation.

Alan Guttmacher Institute. 1999. *Facts in brief: teen sex and pregnancy*. New York, Alan Guttmacher Institute.

Alan Guttmacher Institute. 1999. *Sharing responsibility, women society and abortion worldwide*. New York, Alan Guttmacher Institute.

Alatorre Rico, Javier & Lucille C. Atkin. 1998. "De abuela a madre, de madre a hijas: repetición del embarazo adolescente y la pobreza". En: Beatriz Schmukler (ed.). *Familias y relaciones de género en transformación: cambios transcendentales en América Latina y el Caribe*. México, Population Council / Ed. Mexicanos Asociados: 419-450.

Amuchástegui Herrera, Ana. 1998. "Saber o no saber sobre sexo: los dilemas de la actividad sexual femenina. Una reflexión indispensable para la comprensión de las prácticas sexuales" en El Colegio de México. *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México.

Aneshensel, C. S.; E. Becerra & R. Becerra. 1989. "Fertility and fertility-related behavior among Mexican American and non-Hispanic white female adolescents". *Journal of Health and Social Behavior* 30: 56-76.

APLafa, UP, USMA, Dra. Raquel Gutierrez de Mock, Medicina Familiar. *Conducta sexual de adolescentes y sus implicaciones 1992*. Santiago de Chile.

Aramburú, Carlos & Dina Li. 1998. Aspectos de la demanda de calidad de atención en el Perú. Lima, Informe a UNFPA/INANDEP.

Arias, Rosario y Rodríguez M. Marisela "A puro valor mexicano. Connotaciones del uso del condón en hombres de la clase media de la ciudad de México", en *Varones, Sexualidad y Reproducción..* El Colegio de México. México.

Arilha, Margareth & Gabriela Calazans. 1998. "Sexualidade na adolescência: o que há de novo?". En: CNPD. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília, CNPD: 687-708.

Asociación Demográfica Salvadoreña e Institue for Resource Development / Westinghouse. FESAL-85. *EL SALVADOR: Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL-85*. Columbia, MD, USA.

Asociación Demográfica Salvadoreña y Centers for Disease Control and Prevention. 1988. *El Salvador: Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL, 1988*. El Salvador.

Asociación Demográfica Salvadoreña y Centers for Disease Control and Prevention. 1993. *El Salvador: Encuesta Nacional de Salud Familiar, National Family Health Survey, FESAL 1993*. El Salvador.

Asociación Demográfica Salvadoreña y Centers for Disease Control and Prevention. 1998. *El Salvador: Encuesta Nacional de Salud Familiar, Informe Preliminar, FESAL 1998*. El Salvador.

Asociación Hondureña de Planificación Familiar (ASHONPLAFA) y Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. 1997. *Honduras: Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, 1996. Informe Final*. Honduras.

Asociación Hondureña de Planificación Familiar (ASHONPLAFA) y Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. 1998. *Honduras: Encuesta Nacional de Salud Masculina, 1996. Informe Final*. Honduras.

Asociación ProBienestar de la Familia Colombiana e Institute for Resource Development / Macro International (PROFAMILIA y MI). 1990. *Colombia: Encuesta de Prevalencia Demografía y Salud, 1990. (Demographic and Health Survey)* Columbia, MD, USA.

Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana e Institute for Resource Development/Macro International. 1995. *Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1995. (Demographic and Health Survey)* Calverton, MD, USA.

Atkin, Lucille D. & Javier Alatorre Rico. 1991. *The psychosocial meaning of pregnancy among adolescents in Mexico City. Ponencia presentada en la Reunión Bianual de la Society for Research in Child Development*, Seattle.

Atkin, Lucille & Martha Givaudan. 1989. "Perfil psicosocial de la adolescente embarazada mexicana". En: S. Kachmer (ed.). *Temas selectos en reproducción humana*. México, Instituto Nacional de Perinatología: 123-133.

Atkin, Lucille D.; Martha Givaudan & E. Vargas. 1989. "La adolescente embarazada: determinantes psicosociales en la atención prenatal". *Sexta Reunión Anual del Instituto Nacional de Perinatología*. México, Instituto Nacional de Perinatología.

Bachrach, C. A. & K. Carver. 1992. *Outcomes of early childbearing: an appraisal of the evidence*. Washington DC, National Institute of Child Health and Human Development.

Bailey, Patricia E. 1991. *The effect of young maternal age on infant mortality and childhood morbidity in Honduras: modifications by socioeconomic and behavioral factors*. Chapel Hill NC, University of North Carolina, Tesis de Doctorado en Salud Pública.

Baldión W., Edgar. 1999. *Mortalidad materna 1983-1995: estimaciones a nivel regional y departamental*. Bogotá, SISD/DNP/FNUAP, Boletín 22.

Baldwin, W. & V. S. Cain. 1980. "The children of teenage parents". *Family Planning Perspectives* 12: 34.

Bandinter, E. 1993. *La identidad masculina*. Madrid, Ed. Anagrama.

Bankole, Akinrinola & Charles F. Westoff. 1995. *Childbearing attitudes and intentions. Comparative Studies No. 17*. Calverton MD, USA, Demographic and Health Surveys.

Barnett, B. 1997. "Gender norms affect adolescents". *Studies in Family Planning* 29 (2).

- Barrios J. & A. Ramos. 1993. "Adolescencia y embarazo. Aspectos peri-natales y socio-económicos. HMRC Cartagena, Colombia". *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 44 (2): 101-106.
- Barron, S. L. 1986. "Sexual activity in girls under 16 years of age". *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 93: 787.
- BEMFAM. 1999. *Adolescentes, jovens e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro, BEMFAM.
- BEMFAM & Departamento de Pesquisas Sociais (DEPES). 1992. *Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem: Rio de Janeiro, Curitiba e Recife 1989-1990*. Rio de Janeiro, BEMFAM.
- BEMFAM & Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) Macro International. 1996. *Brasil: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. (Demographic and Health Survey)*. Calverton MD, USA.
- BEMFAM & Instituto para Desenvolvimento de Recursos (IRD). 1987. *Brasil: Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, PNSMIPF, Brasil, 1996. (Demographic and Health Survey)*. Rio de Janeiro, Brasil.
- Bennett, Neil G.; D. E. Bloom & C. K. Miller. 1995. "The influence of nonmarital childbearing on the formation of first marriages". *Demography* 32: 47-62.
- Bernhard, Erika.; José Miguel Guzmán & Alberto Palloni. 1998. *Conocimientos, actitudes y prácticas de la población relacionadas con el VIH-SIDA. Encuesta CAP-SIDA, San Pedro Sula, Honduras, 1997*. San Pedro Sula, UNFPA/DIEM.
- Berquó, Elza S. 1998. "Quando e com quem se casam os jovens brasileiros". En: CNPD. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília, CNPD: 93-107.
- Berthier, M. & D. Oriot. 1988. "L'enfant de mère seule". *Archives de Pédiatrie* 5 (1): 71-78.
- Billy, J.; N. S. Landale & S. D. McLaughlin. 1986. "The effect of marital status at first birth on marital dissolution among adolescent mothers". *Demography* 23: 329-350.
- Blanc, Ann K. 1998. "Sexual behavior and contraceptive knowledge among adolescents in developing countries". *Studies in Family Planning* 29 (2): 106-116.
- Bledsoe, Caroline H. & Barney Cohen. 1993. *Social dynamics of adolescent fertility in Sub-Saharan Africa*. Washington DC, National Academy Press.

Bobadilla, José L.; Loraine Schlaepfer & Javier Alagón. 1990. *Family formation patterns and child mortality in Mexico*. Columbia MD, DHS Further Analysis Series no. 5.

Bolaños V.; S. Izquierdo & C. Tomás. 1996. *Adolescentes de América Latina y Panamá: Salud Sexual y Reproductiva (Síntesis en Base a Fuentes Secundarias)*. UNFPA-Panamá. Panamá.

Bonham, G. S. & P. J. Placek. 1978. "The relationship of maternal health, infant health, and sociodemographic factors to fertility". *Public Health Reports* 93 (3): 283-292.

Brookmeyer, Ron & Mitchell H. Gail. 1998. "A method for obtaining short-term projections and lower bounds on the size of the AIDS epidemic". *Journal of the American Statistical Association* 83 (402): 301-308.

Brooks-Gunn, Jeanne & Frank F. Furstenberg. 1986. "The children of adolescent mothers: physical, academic, and psychological outcomes". *Developmental Review* 6: 224-251.

Burt, Martha R. 1986. Estimates of public costs for teenage childbearing." *Family Planning Perspectives* 18 (5): 221-226.

Buvinic, Mayra & Kathleen Kurz. 1997. Prospects for young mothers and their children: a review of the evidence on consequences of adolescent childbearing in developing countries. Trabajo presentado en el Taller sobre la Sexualidad y Salud Reproductiva de Adolescentes en Países en Desarrollo: Tendencias e Intervenciones, Washington DC, National Academy of Sciences.

Buvinic, Mayra. 1998. "The cost of adolescent childbearing: evidence from Chile, Barbados, Guatemala, and Mexico". *Studies in Family Planning* 29 (2): 201-209.

Cáceres, Carlos F. 2000. *La (re)configuración del universo sexual*. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, REDESS Jóvenes.

Caja Costarricense de Seguro Social, Departamento de Medicina Preventiva. *Comportamiento Sexual de los Costarricenses Menores de 25 años. Julio, 1992. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de Adultos Jóvenes*. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social & Centers for Disease Control and Prevention. 1994. *Costa Rica: Fecundidad y Formación de la Familia, 1994*. San José, Costa Rica.

Card, Josephina J. 1981. "Long-term consequences for children of teenage parents". *Demography* 18 (2): 137-156.

Card, Josephina J. & L. L. Wise. 1978. "Teenage mothers and teenage fathers: the impact of early childbearing on the parents' personal and professional lives". *Family Planning Perspectives* 10: 199.

Carrión, F. 1994. “De la violencia urbana a la convivencia ciudadana” en *Ciudad y violencia en América Latina*, Carrión, F., Concha, A. y Cobo G. (eds.). Programa de Gestión Urbana, Vol.2, PGU, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

Carvalho, J. L. de P. 1983. “Contribuição ao estudo da gravidez na adolescência”. *Ginecologia e Obstetrícia Brasileira* 6 (3).

Carvalho, J. L. de P. 1984. “Aspectos pediátricos da gravidez na adolescência”. *Jornal Brasileiro de Ginecologia* 94: 319-326.

Castellanos, Marel de Jesús; José C. Ochoa Vasques & Vincent David. 1990. *Mortalidad de mujeres en edad reproductiva y mortalidad materna: Honduras, 1990*. Tegucigalpa, UNAH/MSP/OPS/FNUAP/MSH.

CDC (2000). Jóvenes en peligro: el VIH/SIDA entre los jóvenes de Estados Unidos National Center for HIV, STD and TB Prevention. *Divisions of HIV/AIDS Prevention* http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/s_youth.htm

CDC (2000). Surveillance in Adolescents. L625 slide series. (through 1999) National Center for HIV, STD and TB Prevention. Divisions of HIV/AIDS Prevention. <http://www.cdc.gov/hiv/graphics/adolesnt.htm>

Central Statistical Office & Centers for Disease Control. 1992. *Belize: 1991 Belize Family Health Survey, Final Report, 1992*. Atlanta GA, USA.

Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable & Centers for Disease Control and Prevention. 1994. *Ecuador: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, Informe General, 1994. (Demographic and Health Survey)* Quito, Ecuador.

Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable, Ministerio de Salud Pública & Centers for Disease Control. 1989. *Ecuador: Encuesta demográfica y de salud materna e infantil, 1989*. Endemain, Ecuador.

Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable, Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales e Institute for Resource Development / Westinghouse. 1988. *Ecuador: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1987. (Demographic and Health Survey)*. Quito, Ecuador

Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM); Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia (PROFAMILIA) & Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN). 1996. *República Dominicana: Encuesta Demográfica y de Salud, 1996. (Demographic and Health Survey)* Calverton MD, USA.

Centro de Investigación en Reproducción Humana. 1983-1993. *Salud Reproductiva del Adolescente Panameño. Compendio de investigaciones (1983-1993)*. Panamá.

Centro Latinoamericano de Demografía, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Organización Panamericana de la Salud. 1994. *Mujer y fecundidad en Uruguay. Factores determinantes directos de la fecundidad y sus implicaciones en salud. Estudio de las mujeres en edad fértil, 1994*. Montevideo.

Centro Paraguayo de Estudios de Población & Institute for Resource Development / Macro Systems, Inc. 1990. *Paraguay: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1990. (Demographic and Health Survey)*. Columbia MD, USA.

Centro Paraguayo de Estudios de Población & Centers for Disease Control and Prevention. *Paraguay: Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva, 1995-1996*. Asunción.

Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP) & Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Paraguay: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1998. Informe Final*. Asunción.

CEPAL. 1997. *Dinámica de población y desarrollo en el Caribe*. Santiago de Chile, CEPAL.

Chackiel, Juan & Susana Schkolnik. 1996. "Latin América: overview of the fertility transition, 1950-1990". En: José M. Guzmán *et al.* (eds.). *The fertility transition in Latin America*. Oxford, Clarendon Press: 310-322.

Chaves, Jacqueline. 1994. *Ficar com – um novo código entre os jovens*. Rio de Janeiro, Ed. Renan.

Child Trend, Inc. 1995. *Beginning too soon: adolescent sexual behavior, pregnancy, and parenthood. Executive Summary*. Washington DC, USA.

Consejo Nacional de Población y Familia & Institute for Resource Development / Westinghouse. 1987. *República Dominicana: Encuesta Demográfica y de Salud DHS, 1986. (Demographic and Health Survey)*. Santo Domingo, República Dominicana.

Consejo Nacional de Población. *Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995. Síntesis de Resultados*. México DF, CONAPO.

Contraloría General de la República. *Tasas de fecundidad en la República, según edad de los padres: años 1993-97. nacimientos vivos en la República y Ciudad de Panamá y Colón, por edad del padre, según edad de la madre: año 1993-97*. Panamá.

Cordero, M. 1987. "Fertilidad en la adolescente". *Familia* 3 (3).

Corporación Centro Regional de Población (CCRP); Ministerio de Salud de Colombia & Institute for Resource Development / Westinghouse. 1986. *Colombia: Tercera Encuesta Nacional de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos y Primera de Demografía y Salud. 1986. (Demographic and Health Survey)* Columbia MD, USA.

Country Support Team for Central and South Asia. 1998. *The South Asia Conference on Adolescents*. New Delhi, India.

Curtis, Siân L. & Katherine Neitzel. 1996. *Contraceptive knowledge, use, and sources. Comparative Studies No. 19*. Calverton MD, USA, DHS.

Dallabetta, G.; M. Lyn Field; M. Laga & M. Islam. 1997. *STDs: Global Burden and Challenges*. Family Health International.

DANE. 1997. "Encuesta sobre la Niñez y la Adolescencia en Colombia – octubre de 1996". En: *Boletín de Estadística* 536.

David, H. & Susan Pick de Weiss. 1992. "Abortions in the Americas". En: Abdel R. Omran *et al.* (eds.). *Reproductive Health in the Americas*. Washington DC, PAHO.

Demographic and Health Surveys / Macro International. 1994. *Socioeconomic differentials in fertility. Comparative Studies 13*. Columbia MD, USA.

Demographic and Health Surveys / Macro International Inc. *Newsletter Vol. 5 No. 2, 1993*.

Demographic and Health Surveys / Macro International Inc. *Newsletter Vol. 6 No. 2, 1994*.

Demographic and Health Surveys / Macro International Inc. *Newsletter Vol. 7 No. 1, 1995*.

Demographic and Health Surveys / Macro International Inc. *Newsletter Vol. 8 No. 2, 1997*.

Deschamps, J. P. & G. Valentin. 1978. "Pregnancy in adolescence: incidence and outcome in European countries". *Journal of Biosocial Science* Supplement 5: 101.

Division of Family Health / GTZ Support Unit. 1988. *Schoolgirl pregnancy in Kenya: report of a study of discontinuation rates and associated factors*. Nairobi, Ministry of Health.

Duarte Contreras, A. 1975. "El embarazo en adolescentes. ¿ Es siempre de alto riesgo ?" *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 26 (6).

Dryfoos, J. G. 1990. *Adolescents at risk: prevalence and prevention*. New York, Oxford University Press.

Dynowski-Smith, M. 1989. *Profile of youth in Botswana*. Gaborone, Intersectoral Committee on Family Life Education.

Economic Commission for Latin America and the Caribbean. 1991. *Regional Digest of Selected Demographic & Social Indicators 1960-1990*. Port of Spain, ECLAC.

Economic Commission for Latin America and the Caribbean / CDCC Demographic Unit. 1997. *Digest of Selected Demographic & Social Indicators 1960-1994 for CDCC Member Countries*.

Economic Commission for Latin America and the Caribbean / UNFPA. 1998 a. *Early childbearing and adolescent motherhood in Saint Vincent and the Grenadines*. Port-of-Spain, ECLAC.

Economic Commission for Latin America and the Caribbean / UNFPA. 1998 b. *Early Childbearing and teenage motherhood in Grenada*. Port-of-Spain, ECLAC.

Eggleston, Elizabeth; Jean Jackson & Karen Hardee. 1999. "Sexual attitudes and behavior among young adolescents in Jamaica". *International Family Planning Perspectives* 25 (2): 78-84.

Engle, Patrice L. & Robert K. Smidt. 1998. "La maternidad adolescente y su influencia en las mujeres y los niños en áreas rurales de Guatemala". En: Beatriz Schmukler (ed.). *Familias y relaciones de género en transformación: cambios transcendentales en América Latina y el Caribe*. México, Population Council / Ed. Asociados Mexicanos: 377-418.

Engle, Patrice L. & Robert K. Smidt. 1998. "La maternidad adolescente y su influencia en las mujeres y los niños en áreas rurales de Guatemala". En: Beatriz Schmukler (ed.). *Familias y relaciones de género en transformación: cambios transcendentales en América Latina y el Caribe*. México, Population Council / Ed. Asociados Mexicanos: 377-418.

Equipo de Apoyo Técnico del Fondo de Población de las Naciones Unidas, Dr. Horacio Toro Ocampo. *Salud Reproductiva de los Adolescentes, Componentes y Elementos de Trabajo en el Contexto de la Salud Integral, 1996*. Santiago de Chile, EAT/UNFPA.

Erickson, P. I.; R. I. Lundgren & A. Monroy de Velasco. 1991. Socio-cultural aspects of adolescent pregnancy among Mexican teens in Mexico City and Mexican origin teens in Los Angeles. Ponencia presentada en la Reunión Bianual de la Society for Research in Child Development, Seattle.

Ezeh, Alex C.; Michka Seroussi & Hendrik Ridders. 1996. *Men's fertility, contraceptive use and reproductive preferences. Comparative Studies No. 18*. Calverton MD, USA, DHS.

Family Planning Association of Trinidad and Tobago & Institute for Resource Development/Westinghouse. 1987. *Trinidad and Tobago: Demographic and Health Survey, 1987*. Columbia MD, USA.

Farnot, U. 1985. Maternal mortality in Cuba. Trabajo preparado para la Reunión Interregional sobre la Prevención de la Mortalidad Materna, OMS, Ginebra.

Ferguson, Alan. 1988. *Schoolgirl pregnancy in Kenya: Report of a Study of Discontinuation Rates and Associated Factors*. Nairobi, Ministry of Health, Division of Family Health.

Field, B. 1981. "A socioeconomic analysis of out-of-wedlock birth among teenagers". En: K. Scott; T. Field & E. G. Robertson (eds.). *Teenage parents and their offspring*. New York, Grune & Scratton.

FOCUS. 1998. "Sexual abuse and young adult reproductive health". En: *Focus on young adults*. Washington DC.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, Dra. Nafis Sadik, Directora Ejecutiva. 1995. *Estado de la Población Mundial 1995. Decisiones para el desarrollo: la mujer, la potenciación y la salud genésica*.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, Dra. Nafis Sadik, Directora Ejecutiva, 1997. *Estado de la Población Mundial 1997. Las nuevas generaciones*.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, Dra. Nafis Sadik, Directora Ejecutiva, 1998. *Estado de la Población Mundial 1998. Las nuevas generaciones*.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, Dra. Nafis Sadik, Directora Ejecutiva . 1999. *Estado de la Población Mundial 1999, 6 mil millones: Es hora de optar*.

Fondo de Población de las Naciones Unidas/INIM. 1999. *¿ Qué más podía hacer sino tener un hijo ? Bases socioculturales del embarazo de las adolescentes en Nicaragua*. Managua, FNUAP / Instituto Nicaraguense de la Mujer.

Franco, Silvia, Rosa Klass & Patricia Pittman. 1997. *Dimensión socio-emocional de la atención de salud reproductiva y sexual de adolescentes: el caso de sectores urbano marginales de la Provincia de Buenos Aires en Argentina*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud.

Freitez, A.; M. Di Brienza & G. Zúñiga. 2000. *Comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes*. Caracas, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, UCAB.

Furstenberg, Frank F. 1998. "When will teenage childbearing become a problem ? The implications of Western experience for developing countries". *Studies in Family Planning* 29 (2): 246-253.

Furstenberg, Frank F.; Jeanne Brooks-Gunn & P. Morgan. 1987. *Adolescent mothers in later life*. New York, Cambridge University Press.

Furstenberg, Frank F. & A. G. Crawford. 1978. "Family support: helping teenage mothers to cope". *Family Planning Perspectives* 10: 322-333.

Furstenberg, Frank F. & K. M. Harris. 1993. "When and why fathers matter: impacts of father involvement on children of adolescent mothers". En: R. I. Lerman & T. J. Ooms (eds.). *Young unwed fathers*. Philadelphia, Temple University Press: 117-138.

Gage, Anastasia J. 1998. "The social implications of adolescent fertility". En: Massimo Livi-Bacci & Gustavo de Santis (eds.). *Population and poverty in developing countries*. Oxford, Clarendon Press: 120-143.

Gaitan, Y. & V. Del Cid. 1998. *Investigación de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) de la salud sexual y reproductiva del adolescente davideño y su entorno (padres de familia y profesionales)*. Proyecto UNFPA-IPPF-RL/97/PO7. Panamá.

Garn, Stanley M. & Audrey S. Petzold. 1983. "Characteristics of the mother and child in teenage pregnancy". *American Journal of Diseases of Children* 137: 365-368.

Garzón Sarmiento, Luz Marina & Gabriel Ojeda Castro. 1994. *Estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Comportamiento Sexual entre los adolescentes en seis ciudades de Colombia, 1994*. Bogotá, PROFAMILIA.

Geronimus, Arline T. 1987. "On teenage childbearing and neonatal mortality in the United States". *Population and Development Review* 13 (2): 245-280.

Geronimus, Arline T. 1992. "The weathering hypothesis and the health of African American women and infants: evidence and speculations". *Ethnicity and Disease* 2: 207-221.

Geronimus, Arline T. & Sanders Korenman. 1992. "The socio-economic consequences of teen childbearing reconsidered". *Quarterly Journal of Economics* 107 (4): 1197-1215.

Geronimus, Arline T. & Sanders Korenman. 1993. "The socioeconomic costs of teenage childbearing: evidence and interpretation". *Demography* 30 (2): 281-296.

Geronimus, Arline T.; Sanders Korenman & Marianne M. Hillemeier. 1994. "Does young maternal age adversely affect child development ? Evidence from cousin comparisons in the United States". *Population and Development Review* 45 (3): 419-434.

Goldman, Noreen. 1981. "Dissolution of first unions in Colombia, Panama, and Peru". *Demography* 18 (4): 659-679.

González, Electra; Ramiro Molina C.; María Inés Romero S.; Gloria Alarcón O.; Marcial Orellana E.; Gladys Yentzen E.; Eugenia Hernández; Argentina Mateluna & Annabella Rebolledo. 1984. "Actitud de la adolescente embarazada, de su pareja y de su familia frente al embarazo". *Cuadernos Médico-Sociales* 25 (3): 112-117.

Grogger, Jeff. 1997. "Incarceration-related costs of early childbearing". En: Rebecca A. Maynard (ed.). *Kids having kids: economic costs and social consequences of teen pregnancy*. Washington DC, Urban Institute Press: 231-256.

Grogger, Jeff & Stephen G. Bronars. 1993. "The socioeconomic consequences of teenage childbearing: findings from a natural experiment". *Family Planning Perspectives* 25: 156-161.

Gupta, N. & Iúri da Costa Leite. 1999. "Adolescent fertility behavior: trends and determinants in the Northeast of Brazil". *International Family Planning Perspectives* 25 (3): 125-131.

Gustín, M. K. & L. T. Agüero. 1986. *La educación sexual en los adolescentes urbano-marginales de Lima y las implicaciones de una maternidad precoz*. Lima, INPARES.

Gysling, J.; Benavente, C. y J. Olavarría. 1997. *Sexualidad en jóvenes universitarios*. FLACSO. Chile.

Harrison, K. A.; C. E. Rossitter; H. Chong; U. G. Lister; Q. Bamo; N. D. Briggs; C. C. Ekwempu & M. T. Memberr. 1985. "The influence of maternal age and parity on childbearing, with special reference to primigravidae aged 15 and under". *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 92 (supplement): 23-31.

Haveman, Robert; Barbara Wolfe & Elaine Peterson. 1995. *The intergenerational effects of early childbearing*. Madison WI, University of Wisconsin, Institute for Research on Poverty, Discussion Paper 1071-95.

Haveman, Robert; Barbara Wolfe & Elaine Peterson. 1997. "Children of young childbearers as young adults". En: Rebecca A. Maynard (ed.). *Kids having kids: economic costs and social consequences of teen pregnancy*. Washington DC, Urban Institute Press: 257-284.

Heise, L. 1993 a. "Reproductive freedom and violence against women: where are the intersections?" *Journal of Law, Medicine and Ethics* 21.

Heise, L. 1993 b. "Violence against women: the missing agenda". En: M. Koblinsky; J. Timyan & J. Gay (eds.). *The health of women: a global perspective*. Boulder CO, Westview Press.

Hendry, J. M. & J. A. Shea. 1980. "Pre and postnatal care sought by adolescent mothers". *Canadian Journal of Public Health* 71: 112.

Henriques, Maria Helena. 1989. "Brasil: changes in nuptiality and their fertility implications". En: IUSSP. *Conferencia Internacional de Población, Nueva Delhi*.

Hernández, Maribel. 1991. *Embarazo en la adolescencia*. Managua, Monografía.

Hobcraft, John N.; J. W. McDonald & Shea O. Rutstein. 1995. "Demographic determinants of infant and early child mortality: a comparative analysis". *Population Studies* 39 (3): 363-385.

Hofferth, Sandra L. & Cheryl D. Hayes (eds.). 1987. *Risking the future: adolescent sexuality, pregnancy, and childbearing*. Washington DC, National Academy Press.

Hofferth, Sandra L.; Joan R. Kahn & Wendy Baldwin. 1987. "Premarital sexual activity among US teenage women over the past three decades". *Family Planning Perspectives* 19 (2): 46-53.

Hoffman, Saul D.; E. Michael Foster & Frank F. Furstenberg. 1993. "Reevaluating the costs of teenage childbearing". *Demography* 30 (1): 1-15.

Hollingsworth, D. R.; J. M. Kotchen & M. E. Felice. 1982. "Impact of gynecological age on outcome of adolescent pregnancy". En: E. R. McAnarney (ed.). *Premature adolescent pregnancy and parenthood*. New York, Grune & Stratton.

Horwitz, S. M.; L. V. Klerman; H. S. Kuo & J. F. Jekel. 1991. "School-age mothers: predictors of long-term education and economic outcomes". *Pediatrics* 87 (6): 862-867.

Hotz, V. Joseph; Susan Williams McElroy & Seth G. Sanders. 1997. "The costs and consequences of teenage childbearing for mothers". En: Rebecca A. Maynard (ed.). *Kids having kids: economic costs and social consequences of teen pregnancy*. Washington DC, Urban Institute Press: 55-94.

Hotz, V. Joseph; Charles H. Mullin & Seth G. Sanders. 1997. "Bounding causal effects using data from a contaminated natural experiment: analysing the effects of teenage childbearing." *Review of Economic Studies* 64 (4): 575-603.

INE (2000). *Enfoques Estadísticos No. 9. Fecundidad*. Octubre 2000. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística de Chile.

Instituto de Estadística. 1998. *Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva. Relatório Preliminar, 1998*. Cabo Verde.

Instituto de Estudios de Población y Desarrollo IEPD/PROFAMILIA. *Madres Adolescentes en República Dominicana. 1996. Informe General*. Santo Domingo, República Dominicana.

Instituto de Estudios de Población y Desarrollo de PROFAMILIA (IEPD) y Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *República Dominicana: Encuesta Nacional de Jóvenes, 1992. Informe Final*. República Dominicana.

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá e Institute for Resource Development / Westinghouse. 1987. *Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1987. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (Demographic and Health Survey)* Columbia, MD, USA.

Institute for Resource Development / Macro Systems, Inc. 1989. *Bolivia: Maternal and Child Health in Bolivia, 1989: Report on the In-depth Demographic and Health Survey in Bolivia*. Columbia, Maryland USA.

Institut Haïtien de l'Enfance y Johns Hopkins University. 1989. *Haiti: Survie et Sante de l'Enfant en Haiti, Résultats de l'Enquete Mortalité, Morbidité, et Utilisation des Services, 1987*. Port-au-Prince, Haiti.

Institut Haïtien de l'Enfance y Macro International. 1994/95. *Haïti: Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services EMMUS-II, 1994/95. (Demographic and Health Survey)* Calverton MD, USA.

Institut Haïtien de l'Enfance y Centers for Disease Control. 1991. *Haïti: Enquête Nationale Haïtienne sur la Contraception, 1989. Rapport Final*. Atlanta, Georgia, USA.

Instituto Nacional de Estadística. 1986. *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Informe General, 1986. (Demographic and Health Survey)* Lima, Perú.

Instituto Nacional de Estadística y el Institute for Resource Development/Macro Systems. 1989. *Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1989: Resumen Ejecutivo. (Demographic and Health Survey)*. Calverton MD, USA.

Instituto Nacional de Estadística / Macro International Inc. 1994. *Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1994. (Demographic and Health Survey)* Calverton MD, USA.

Instituto Nacional de Estadística / Macro International Inc. 1998. *Bolivia: Encuestas Nacional de Demografía y Salud, 1998. (Demographic and Health Survey)* Calverton, MD, USA.

Instituto Nacional de Estadística y Macro International Inc. 1995. *Guatemala: Encuesta Naciona de Salud Materno Infantil, 1995. (Demographic and Health Survey)* Calverton, MD, USA.

Instituto Nacional de Estadísticas, Departamento Servicio al Usuario y Difusión. 1999. *Tasas de fecundidad por grupos de edad de la madre, 1995, 1996 y 1997*. Santiago de Chile, INE.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y Macro International. 1998. *Nicaragua: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 1998. (Demographic and Health Survey)* Calverton, MD, USA.

Instituto Nacional de Estadística e Informática, Asociación Benéfica PRISMA & Macro International. 1991/1992. *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991/1992. (Demographic and Health Survey)* Columbia, MD, USA.

Instituto Nacional de Estadística e Informática & Macro International (INEI y MI). 1996. *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1996 : Informe Principal. (Demographic and Health Survey)* Calverton, MD: INEI/MI.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 1992. *México: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992. Metodología y Tabulados*. México.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 1997. *México: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997. Metodología y Tabulados*. México.

Jacobson, Jodi. 1990. "The global politics of abortion". *World Watch Paper 97*. Washington DC, World Watch Institute.

Jagdeo, Tirbani P. 1986. *Myths Misperceptions Mistakes: A Study of Trinidadian Adolescents*. Family Planning Association of Trinidad & Tobago. Port of Spain, Trinidad, West Indies.

Jagdeo, Tirbani P. 1989. "Aspectos socioculturales y familiares de la fecundidad adolescente". En: Claudio Stern *et al. Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe, Oaxaca, 6-10 noviembre*. México DF, Population Council: 91-96.

Jagdeo, Tirbani P. 1993. *Suriname: Contraceptive Prevalence Survey, 1992*. Suriname, International Planned Parenthood Federation / Western Hemisphere Region.

Jejeebhoy, Shireen J. 1996. "Adolescent sexual and reproductive behavior: A review of the evidence from India". ICRW Working Paper no. 3. Washington DC.

Jones, E. F. *et al.* 1986. *Teenage pregnancy in industrialized countries*. New Haven, Yale University Press.

Kaplan, E. L. & P. Meier. 1958. "Nonparametric estimation from incomplete observations". *Journal of the American Statistical Association* 53: 457-481.

Kinard, E. M. & I. V. Klerman. 1980. "Teenage pregnancy and child abuse: are they related?" *American Journal of Orthopsychiatry* 59 (3).

Kishor, Sunita & Katherine Neitzel. 1996. *The status of women: indicators for twenty-five countries. Comparative Studies No. 21*. Calverton, MD, USA, Demographic and Health Surveys.

Klepinger, Daniel; Shelly Lundberg & Robert D. Plotnick. 1997. *How does adolescent fertility affect the human capital and wages of young women ?* Madison WI, University of Wisconsin, Institute for Research on Poverty, Discussion Paper 1145-97.

Klepinger, Daniel; Shelly Lundberg & Robert D. Plotnick. 1998. *Teen childbearing and human capital: does timing matter ?* University of Seattle, Population Research Center Working Paper 98-2.

Kreutner, A. Karen K. & Dorothy R. Hollingsworth (eds.). 1978. *Adolescent obstetrics and gynecology*. Chicago, Yearbook Medical Publishers.

La Rosa, Luiliana. 1997. *Adolescencia e iniciación sexual*. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Lamas, Marta. 1998. "Sexualidad y género: la voluntad de saber feminista". En: Szasz Ivonne & Susana Lerner (ed.). *Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de la ciencias sociales*. México, El Colegio de México.

Lassonde, Louise. 1997. *Los desafíos de la demografía*. México. UNAM/FCE.

Lawrence, R. A. & T. A. Merritt. 1983. "Infants of adolescent mothers: perinatal, neonatal and infancy outcome". In: Elizabeth R. McArarney (ed.). *Premature adolescent pregnancy and parenthood*. New York, Grune & Stratton.

Leckie, Glenn; Rosemarie Pelsler, Rosemarie; Anton Grünberg & Sandra Bishoen. 1997. *Reproductive Health and Rights of Adolescents in Suriname*. Paramaribo, Suriname.

Levine Coley, Rebekah & P. Lindsay Chase-Lansdale. 1999. "Adolescent pregnancy and parenthood: recent evidence and future decisions". *American Psychologist*.

Lichter, Daniel T. & Deborah R. Graefe. 1999. *Finding a mate ? The marital and cohabitational histories of unwed mothers*. Pennsylvania State University, Population Research Institute Working Paper 99-10.

Lindberg, Laura D.; Freya L. Sonenstein; Leighton Ku & Gladys Martínez. 1997. "Age differences between minors who give birth and their adult partners". *Family Planning Perspectives* 29 (2).

Lloyd, Cynthia B. & Barbara Mensch. 1999. "Implications of formal schooling for girls' transitions to adulthood in developing countries". En: National Research Council. *Critical perspectives on schooling and fertility in the developing world*. Washington DC, National Academy Press: 80-104.

Locoh, Thérèse. 1994. *Premature fertility in Sub-Saharan Africa*. Paris, Chronique du CEPED.

Logan, W. P. D. 1975. "Cancer of de female breast – international mortality trends". *World Health Statistics Report* 28: 232-251.

Luker, Kristin. 1991. "Dubious conceptions: the controversy over teen pregnancy". *The American Prospect* 5: 73-83.

Mabel Blanco, Ma. Inés Re y Laura Pagani. 1998. . "Género y sexualidad adolescente: problemas frente a la reproducción y la prevención del VIH/SIDA". En: Asociación de Estudios de Población de la Argentina. *Avances en la Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad*. Buenos Aires Argentina.

Madrigal Pina, Johnny; Doris Sosa Jara & Miguel Gómez Barrantes. 1992. *El embarazo no deseado en Costa Rica: informe de resultados*. San José de Costa Rica, Asociación Demográfica Costarricense.

Makinson, Carolyn. 1985. "The health consequences of teenage fertility". *Family Planning Perspectives* 17 (3): 132-139.

Marini, M. 1984. "Women's educational attainment and the timing of entry into parenthood". *American Sociological Review* 49: 491-511.

Marino, D. D. & J. C. King. 1980. "Nutrition concerns during adolescence". *Pediatric Clinics of North America* 27 (1): 125-139.

Martínez, G. & F. W. Krieger. 1984. "Milk-feeding patterns in the United States". *Pediatrics* 1985: 1004-1008.

Martínez de Jaime H. 1999. *Conocimientos, Actitudes y Prácticas en VIH/SIDA, ETS y Salud Sexual y Reproductiva en la población escolar adolescente de 2do. Ciclo de secundaria de la Provincia de Panamá*. Panamá, Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAFA).

Maynard, Rebecca A. 1996. *Kids having kids: economic costs and social consequences of teen pregnancy*. Washington DC, Urban Institute Press.

Maynard, Rebecca A. & A. Rangarajan. 1994. "Contraceptive use and repeat pregnancies among welfare-dependent teenage mothers". *Family Planning Perspectives* 26 (5): 198-205.

McAnarney, Elizabeth R. *et al.* 1976. Obstetric neonatal and psychosocial outcome of pregnant adolescents. Trabajo presentado en la Reunión Anual de la American Public Health Association, Miami.

McDevitt, Thomas M. *et al.* 1996. *Trends in adolescent fertility and contraceptive use in the developing world*. Washington DC, US Bureau of the Census.

Mednick, B. & R. Baker. 1980. *Social and medical predictors of infant health. Informe Final al National Institute for Child Health and Development*. Los Angeles CA, UCLA.

Meekers, D.; A. Gage & I. Zhan. 1995. "Preparing adolescents for adulthood. Family life education and pregnancy related school expulsion in Kenya." *Population Research and Policy Review* 14: 91-110.

Mello Jorge, Maria Helena P. de. 1998. "Como morrem nossos jovens". En: CNPD. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília, CNPD: 209-289.

Méndez Ribas, José M.; Necchi & Shufer. s/f. *Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas*. Buenos Aires, OMS/Universidad de Buenos Aires.

Menken, Jane A. 1972. "Teenage childbearing: its medical aspects and implications for the United States population". En: Commission on Population Growth and the American Future. *Research Report, vol. 1*. Washington DC, Government Printing Office: 349.

Menken, Jane A. 1980. "The health and demographic consequences of adolescent pregnancy and childbearing". En: C. Chilman (ed.). *Adolescent pregnancy and childbearing: findings from research*. Washington DC, US Dept. of Health and Human Services.

Mensch, Barbara, J. Bruce and M. Greene / Population Council, 1998. *The uncharted passage: girls' adolescence in the developing world, 1998*. New York, Population Council.

Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos. *Infancia y Condiciones de Vida, Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*. Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud y Acción Social. *Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Indicadores de Salud y Condiciones de Vida para el Grupo de Población de 10-24 años - 1970, 1980 y 1985. Abril 1989. Serie 8. Análisis de Datos, Número 7*. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social.

Ministerio de Salud y Acción Social. *Encuesta a Población: Módulo de Utilización y Gasto en Servicios de Salud Aglomerado Gran Buenos Aires, Situación Sanitaria de la Población de 13 a 19 años (adolescentes) - Cifras definitivas, Septiembre 1993. Serie 10, Número 8*. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social.

Ministerio de Salud y Acción Social. *Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Estadísticas Vitales. Información Básica, 1995. Serie 5, Número 38*. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social.

Ministerio de Salud y Acción Social. *Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud: Indicadores de Natalidad y Mortalidad, Años 1980-1993. Número 71. Junio 1995*. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social.

Ministerio de Salud y Acción Social. *Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Información Básica - 1994. Serie 5, Número 38*. Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud y Acción Social. *Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Estadísticas Vitales. Información Básica 1996. Serie 5, Número 40*. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social.

Ministerio de Salud y Acción Social. *Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Estadísticas Vitales. Información Básica 1997. Serie 5, Número 41*. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social.

Ministerio de Salud Pública. 1999. *La salud pública en Cuba. Hechos y cifras*. La Habana, Dirección Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública.

Misago, C. & W. Fonseca. 1999. "Determinants and medical characteristics of induced abortion among poor urban women in North-East Brazil". In: Axel Mundigo & Cynthia Indriso (eds.). *Abortion in the developing world*. WHO. New Delhi, Vistaar Publications.

Mohamud, Asha. 1997. *Adolescent girls and their rights: health of adolescent girls, with special emphasis on reproductive and sexual health and nutrition*. Addis Ababa, ECA.

Molina, R. & M. I. Romero. 1985. "Adolescent pregnancy: the Chilean experience". En: OPS. *Health of adolescents and youth in the Americas*. Washington DC, OPS, Publ. 489: 261-265.

Monterrosa Castro, Álvaro. 1998. "Causas e implicaciones médico-sociales del embarazo en la adolescencia". *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 49 (4).

Moore, Kristin A. 1978. "Teenage childbirth and welfare dependency". *Family Planning Perspectives* 10: 233-235.

Moore, Kristin A. 1986. "Children of teen parents: heterogeneity of outcomes". *Final Report to the Center for Population Research, NICHD*. Washington DC, Child Trends.

Moore, Kristin A. & Sandra L. Hofferth. 1978. *The consequences of age at first childbirth: family size*. Washington DC, Urban Institute, Working Paper 1146-02.

Moore, Kristin A. & B. W. Sugland. 1996. *Next steps and best bets: approaches to preventing adolescent childbearing*. Washington DC, Child Trends Inc.

Moore, Kristin A. & Linda J. Waite. 1977. "Early childbearing and educational attainment". *Family Planning Perspectives* 9: 221-225.

Moore, Kristin A. & R. Wertheimer. 1982. *Teenage childbearing: public sector costs*. Washington DC, The Urban Institute.

Moore, Kristin A.; A. Driscoll & L. D. Lindbergh. 1998. *A statistical portrait of adolescent sex, contraception, and childbearing*. Washington DC, National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

Moore, Kristin A.; D. E. Myers; D. R. Morrison; C. W. Nord; B. Brown & Barry Edmonston. 1993. "Age at first childbirth and later poverty". *Journal of Research on Adolescence* 3 (4): 393-422.

Moore, Kristin A.; B. C. Miller; D. R. Morrison & D. A. Gleib. 1995. *Adolescent sex, contraception and childbearing: a review of recent research*. Washington DC, Child Trends Inc.

- Moore, Kristin A.; D. R. Morrison & A. D. Greene. 1997. "Effects on the children born to adolescent mothers". En: En: Rebecca A. Maynard (ed.). *Kids having kids: economic costs and social consequences of teen pregnancy*. Washington DC, Urban Institute Press: 145-180.
- Morgan, S. P. & R. R. Rindfuss. 1985. "Marital disruption: structural and temporal dimensions". *American Journal of Sociology* 90: 1055-1077.
- Morris, Leo; Valerie Sedivy; Jay S. Friedman & Carmen P. McFarlane. 1995. *Jamaica Contraceptive Prevalence Survey 1993. Vol. IV: Sexual behaviour and contraceptive use among young adults*. Kingston, National Family Planning Board / Centers for Disease Control.
- Moss, N.; L. Iris & F. Mendoza. 1991. Social support and psychological wellbeing among Mexican, Mexican-American and Anglo childrearing adolescents in California. Ponencia presentada en la Reunión Bianual de la Society for Research in Child Development, Seattle.
- Mott, Frank L. & William Marsiglio. 1985. "Early childbearing and completion of high school". *Family Planning Perspectives* 17 (5): 234-238.
- Murray, Charles. 1994. "Does welfare bring more babies ?" *Public Interest* 115: 17-30.
- Murray, Nancy J.; Zabin, Laurie S.; Toledo-Dreves, Virginia; Luengo-Charath, Ximena. 1998. "Gender differences in factors influencing first intercourse among urban students in Chile". *International Family Planning Perspectives* 24 (3): 139-44.
- National Family Planning Board y Centers for Disease Control and Prevention. 1994. *Jamaica: Contraceptive Prevalence Survey, Volume III Sexual Experience, Contraceptive, Practice and Fertility, 1993*. Atlanta, Georgia, USA.
- National Family Planning Board y Centers for Disease Control and Prevention. 1994. *Jamaica: Contraceptive Prevalence Survey, Volume I Administrative Report, 1993*. Kingston, Jamaica.
- National Family Planning Board y Centers for Disease Control and Prevention. 1994. *Jamaica: Contraceptive Prevalence Survey, Volume II Knowledge and Attitudes Towards Family, Contraception and Aids, 1993*. Kingston, Jamaica.
- National Family Planning Board & Centers for Disease Control and Prevention. 1995. *Jamaica: Contraceptive Prevalence Survey, Volume IV. Sexual Behaviour and Contraceptive Use Among Young Adults, 1993*. Atlanta GA, CDC.
- National Family Planning Board y Centers for Disease Control and Prevention. 1994. *Jamaica: Contraceptive Prevalence Survey, Volume V Summary of Results by Health Region, 1993*. Atlanta GA, CDC.

National Family Planning Board y Centers for Disease Control and Prevention. 1999. *Jamacia: Reproductive Health Survey, 1997. Final Report*. Atlanta, Georgia, USA.

Nortman, Dorothy. 1974. *Parental age as a factor in pregnancy outcome and child development*. New York, Population Council, Reports on Population/Family Planning 16.

O'Connell, R. M. & C. Rogers. 1984. "Out of wedlock premarital pregnancies and their effect on family formation and dissolution". *Family Planning Perspectives* 16: 157-162.

Ojeda, Gabriel & Myriam Ordóñez G. 1994. *Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas. Tomo IV. Adolescentes: sexualidad y comportamiento de riesgo para la salud*. Bogotá, ISS/Profamilia/Instituto Nacional de Cancerología.

Ojeda, Norma. 1989. El curso de la vida familiar de las mujeres mexicanas: un análisis sociodemográfico. UNAM/CRIM.

Oficina Nacional de Estadísticas, Centro de Estudios de Población y Desarrollo. 1998. *Anuario Demográfico de Cuba*. La Habana, ONE.

Oficina Nacional de Estadísticas. 1999. *Perfil Estadístico de la Mujer Cubana en el Umbral del Siglo XXI*. La Habana, ONE.

OIJ, UNFPA (2000). Salud Sexual y Reproductiva en Programas de Capacitación Laboral. Países Andinos. México (En Prensa).

Olavarría, J.; Benavente, C. y P. Mellado. 1998. "Masculinidades populares". *Varones adultos jóvenes de Santiago*, FLACSO. Chile.

Olavarría, J. y T. Valdés. 1998. "Ser hombre en Santiago de Chile: a pesar de todo, un mismo modelo". En J. Olavarría y T. Valdés (eds.) *Masculinidades y equidad de género en América Latina*, FLACSO. Chile.

Olson, Randall J. & George Farkas. 1989. "Endogenous covariates in duration models and the effect of adolescent childbirth on schooling". *Journal of Human Resources* 24: 39-53.

ONUSIDA y OMS (1997) .Enfermedades de transmisión sexual : políticas y principios de prevención y asistencia. **Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) / OMS. ONUSIDA/OMS/97.6 — Traducción: OMS/TRA.** <http://www.unaids.org/publications/documents/impact/std/una97s6.pdf>

Paiewonsky, Denise. 1995. *Determinantes Sociales y Consecuencias del Aborto Inducido en la República Dominicana*. Santo Domingo, República Dominicana, Instituto de Estudios de Población y Desarrollo.

PAHO. 1998 a. *La Violencia Juvenil en las Américas: Estudios innovadores de investigación, diagnóstico y prevención*. Washington, D.C.

PAHO. 1998 b. *Perfil de la fecundidad en la edad de la adolescencia en Venezuela. Informe*. Caracas, Venezuela.

PAHO. 1998 c. *Caribbean Adolescent Health Survey: Antigua, Dominica, Grenada, Jamaica, 1998*. Minneapolis MN, USA.

PAHO. 1998 d. *Health conditions of adolescents and youth in the Americas*. Minneapolis MN, USA.

PAHO/WHO. 1998. *La violencia contra la mujer en las Américas*. Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo.

Paiva, V. 1992. "Sexuality, condom use and gender norms among Brazilian teenagers".

Panchaud, C.; S. Singh; D. Feivelson & J. Darroch. 2000. "Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries". *Family Planning Perspectives*.

PANOS. 1998. *The intimate Enemy: Gender Violence and Reproductive Health*. Panos Briefing No 27, March. <http://www.oneworld.org/panos/briefing/genviol.htm>

PATHFINDER (1999). *Evaluación del Programa Nacional de Educación Sexual, 1996-1998*. Pathfinder, 1999. Lima Perú.

Pebley, Anne R. & Paul W. Stupp. 1987. "Reproductive patterns and child mortality in Guatemala". *Demography* 24 (1): 43-60.

Pick de Weiss, Susan; Lucille D. Atkin & S. Karchmer. 1988. "¿ Existen diferencias entre adolescentes embarazadas y la población en general ?" En: Lucille D. Atkin; M. Arcelus; A. Fernández-MacGregor & K. Tolbert (eds.). *La psicología en el ámbito perinatal*. México, Instituto Nacional de Perinatología: 448-486.

Pick de Weiss, Susan *et al.* 1991. *Serie "Planeando tu Vida"* (76 materiales educativos para niños). México, Limusa.

Pinero, Domingo; Katherine Fennelly; John Beard & Jorge Rabinovich. 1994. *Effects of maternal age on infant outcomes: evidence from Chile*. University Park PA, Pennsylvania State University, PRI Working Paper 1994-04.

Plotnick, R. D. 1992. "The effects of attitudes on teenage premarital pregnancy and its resolution". *American Sociological Review* 57: 800-11.

Population Reference Bureau (PRB). 1992. *La actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe: riesgos y consecuencias*. Washington DC, PRB/CDC.

Preston, Samuel H. 1985. "Mortality in childhood: lessons from WFS". En: John Cleland & John N. Hobcraft (eds.). *Reproductive change in developing countries: insights from the World Fertility Survey*. London, Oxford University Press: 253-272.

Prada-Salas, Elena. 1996. "The fertility transition and adolescent childbearing: the case of Colombia". En: José M. Guzmán *et al.* (eds.). *The fertility transition in Latin America*. Oxford, Clarendon Press: 310-322.

PROFAMILIA. 1995. *Conocimientos, actitudes y comportamiento social de los adolescentes: 1993-1994, Compilación de Resultados*. Bogotá, PROFAMILIA.

PROFAMILIA; ONAPLAN & IRD/Macro International. 1991. *República Dominicana: Encuesta Demográfica y de Salud (Demographic and Health Survey)*. Columbia MD, USA.

PROFAMILIA & Centers for Disease Control and Prevention. 1993. *Nicaragua: Encuesta sobre Salud Familiar Nicaragua 92-93. Informe Final*. Managua.

PROFAMILIA, IDDI, FNUAP (2000). *Evaluación de impacto del proyecto DOM-97-P01. "Salud Sexual y Reproductiva con Adolescentes y jóvenes"* (Borrador). Santo Domingo, Rep. Dominicana.

Quilodrán, Julieta. 1998. *Quand l'union libre n'est pas un phénomène nouveau*. (mimeo).

Ramírez Rodríguez, J.C., Vargas Becerra, P.N. 1998. "Una espada de doble filo: la salud reproductiva y la violencia doméstica contra la mujer" en *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe*, Dória Bilac, E. y Baltar da Rocha, M.I. (org.). PROLAP, ABEP e NEPO/UNICAMP. Editora 34. Brasil.

Ribar, David C. 1994. "Teenage fertility and high school graduation". *Review of Economics and Statistics* 76 (3): 413-424.

Ribar, David C. 1996. "The effects of teenage fertility on young adult childbearing". *Journal of Population Economics* 9 (2): 197-218.

Rivas Zivy, Marta G. 1997. "La diversidad en la norma: algunas diferencias en las significaciones de la sexualidad femenina". *Estudios Demográficos y Urbanos* 34-35. Vol. 12, núms. 1 y 2. El Colegio de México.

Rochat, R. W. 1981. "Maternal mortality in the United States of America". *World Health Statistics Report* 34 (1).

Rojo, Cecilia. 1992. *Conocimientos, actitudes y comportamiento sexual de jóvenes rurales-VII Región*. CORSAPS. Chile.

Rosenberg, M. 1990. "The self-concept: social product and social force". En: M. Rosenberg & R. Turner (eds.) *Social psychology: sociological perspectives*. New Brunswick NJ, Transaction Publ.

Rosero-Bixby, Luis. 1990. Nuptiality trends and fertility transition in Latin America. Trabajo presentado en el Seminario sobre la Transición de Fecundidad en América Latina, IUSSP, Liège.

Rosero-Bixby, Luis. 1997. "Premarital sex in Costa Rica: incidence, trends and determinants". *International Family Planning Perspectives* 17 (1): 25-29.

Samara, Renee. 1997. "Adolescent motherhood in Guatemala: a comparative perspective". En: Anne R. Pebley & Luis Rosero-Bixby (eds.) *Demographic diversity and change in the Central American Isthmus*. Washington DC, USA, Rand Corporation.

Scholl, T. O.; M. L. Hediger & D. H. Belsky. 1994. "Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy". *Journal of Adolescent Health* 15: 444-456.

Scott, Joan. 1996. "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En: M. Lamas (ed.). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México, UNAM/Porrúa.

Secretaría de Salud e Institute for Resource Development / Macro International. 1987. *México: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Demographic and Health Survey)* Columbia MD, USA.

Semmens, James P. & William M. Lamers. 1968. *Teen-age pregnancy*. Springfield IL, Charles C. Thomas.

Senderowitz, Judith. 1995. *Adolescent health: reassessing the passage to adulthood*. Washington DC, World Bank Discussion Paper 272.

Senderowitz, Judith & John M. Paxman. 1985. "Adolescent fertility: worldwide concerns". *Population Bulletin* 40 (2): 3-51.

Shapiro, Sam; E. R. Schlesinger & R. E. L. Nesbitt. 1968. *Infant, perinatal, maternal and childhood mortality in the United States*. Cambridge MA, Harvard University Press.

Singh, Susheela. 1998. "Adolescent childbearing in developing countries: a global review". *Studies in Family Planning* 29 (2): 117-136.

Singh, Susheela & Deirdre Wulf. 1990. *Adolescentes de hoy, padres del mañana: Un perfil de las Américas*. Washington DC, The Alan Guttmacher Institute.

Singh, Susheela & Deirdre Wulf. 1994 "Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries". *International Family Planning Perspectives* 20 (4): 13

Singh, Susheela & Jacqueline E. Darroch. 2000. "Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries". *Family Planning Perspectives*.

Singh, Susheela; Deirdre Wulf; Renee Samara & Yvette P. Cuca. 2000. "Gender differences in the timing of first intercourse: data from 14 countries". *International Family Planning Perspectives* 26 (1): 21-28 y 43.

Souza e Silva, Rebeca. 1996. "Gravidez na adolescência: aonde mora o problema?". En: *ABEP. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambu, 7-11 de outubro*. Belo Horizonte, ABEP, vol. 3: 1545-1565.

Speckhard, M. E. *et al.* 1986. "Risk factors associated with pregnancy-related deaths in Puerto Rico". *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico* 78 (1): 2-6.

Starrs, A. 1987. *Preventing the tragedy of maternal deaths. Report on the International Safe Motherhood Conference, Nairobi*. Washington DC, Banco Mundial.

Stern, Claudio. 1995. *Prioridades de investigación y apoyo para proyectos en salud reproductiva*. México, El Colegio de México.

Stern, Claudio. 1997. *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*. México, Salud Pública.

Strobino, D. M. 1987. The health and medical consequences of adolescent sexuality and pregnancy: review of the literature. En: Sandra Hofferth & Cheryl D. Hayes (eds.). *Risking the future: adolescent sexuality, pregnancy, and childbearing*. Washington DC, National Academy Press: 93-122.

Suárez Ojeda, E.; E. Roberts & M. Cuminsky. 1985. "Adolescence and youth demographic and epidemiological aspects". En: OPS. *Health of adolescents and youth in the Americas*. Washington DC, OPS, Publ. 489: 3-18.

Sullivan, Jeremiah M.; Shea O. Rutstein & G. T. Bicego. 1994. "Infant and child mortality". *Demographic and Health Surveys Comparative Studies* 15, Calverton MD, Macro International.

Szasz, Ivonne. 1997. "Género y valores sexuales. Un estudio de caso entr un grupo de mujeres mexicanas". *Estudios Demográficos y Urbanos* 34-35. Vol. 12, núms. 1 y 2. El Colegio de México.

Szasz, Ivonne. 1998. "Los hombres y la sexualidad: aportes de la perspectiva feminista y primeros acercamientos a su estudio en México". En: Lerner, Susana (edit.), *Varones, Sexualidad y Reproducción*. El Colegio de México.

Taucher, E. (2000). "Detrás de las cifras". En INE (2000). *Enfoques Estadísticos No. 9. Fecundidad*. Octubre 2000. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística de Chile.

Taylor, B.; J. Wadsworth & N. R. Butler. 1983. "Teenage mothering, time in hospital, and accidents during the first 5 years". *Archives of Disease in Childhood* 58 (6).

Teachman, Jay D. 1983. "Early marriage, premarital fertility and marital dissolution". *Journal of Family Issues* 4: 105-126.

Teen Pregnancy Prevention Program and Centers for Disease Control and Prevention. 1995. *Trying to maximize the odds: using what we know to prevent teen pregnancy*. Atlanta GA, Teen Pregnancy Prevention Program / CDC.

Tjaden, P. Y Thoennes, N. 1998.. ***Prevalence, Incidence and Cosequences of Violence Against Women: Findings from the National Violence Against Women Survey***. National Institute of Justice y Centers for Disease Control and Prevention . Washington.

Tenorio, Rodrigo A.; María Soledad Jarrín S. & Paul Bonilla S. 1995. *La cultura sexual de los adolescentes*. Quito, UNFPA/OPS/MBS/MSP/MEC/AIC/LOGOSCONSUL.

Toro Ocampo, Horacio. *Salud Reproductiva de los adolescentes: componentes y elementos de trabajo en el contexto de la salud integral*. Santiago de Chile, EAT/UNFPA.

Trussell, T. James. 1988. "Teenage pregnancy in the United States". *Family Planning Perspectives* 20 (6): 262-272.

Trussell, T. James & J. Abowd. 1980. "Teenage mothers, labor force participation, and wage rates". *Canadian Studies in Population* 7: 33-48.

Trussell, T. James & Jane Menken. 1978. "Early childbearing and subsequent fertility". *Family Planning Perspectives* 10 (4): 209-218.

United Nations. 1999. *Examen y evaluación generales de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. New York, United Nations, A/S-21/5/Add.1.

United Nations. 1994. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo A/Conf. 171/13*. New York, United Nations.

United Nations. 1994. *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. New York.

UNAIDS. 1998. *Children and young people*. UNAIDS documents. Lisbon, Portugal.

UNAIDS/PHO/WHO. 2000. *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases: Bahamas*. Genève, WHO.

UNAIDS/PHO/WHO. 2000. *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases: Brasil*. Genève, WHO.

UNAIDS/PHO/WHO. 2000. *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases: Chile*. Genève, WHO.

UNAIDS/PHO/WHO. 2000. *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases: Ecuador*. Genève, WHO.

UNAIDS/PHO/WHO. 2000. *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases: Guatemala*. Genève, WHO.

UNAIDS/PHO/WHO. 2000. *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases: Guyana*. Genève, WHO.

UNAIDS/PHO/WHO. 2000. *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases: Honduras*. Genève, WHO.

UNAIDS/PHO/WHO. 2000. *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases: Nicaragua*. Genève, WHO.

UNAIDS/PHO/WHO. 2000. *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases: Panamá*. Genève, WHO.

UNAIDS/PHO/WHO. 2000. *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases: Paraguay*. Genève, WHO.

UNAIDS/PHO/WHO. 2000. *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases: Uruguay*. Genève, WHO.

UNAIDS/WHO. 2000. *La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1999*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Genève, Switzerland.

United Nations Population Fund. 1998. *Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en América Latina y el Caribe: pobreza e inequidad de género*. Santiago de Chile.

United Nations Population Fund. 1997. *UNFPA and adolescents*.

United Nations Population Fund / Hope Enterprises Ltd. 1997. *Biomedical and other background data relevant to the establishment of adolescent sexual and reproductive centers in specific sites in Jamaica*. Kingston, Jamaica, UNFPA/Hope.

United Nations Population Fund, Jamaica. 1998. *Biomedical and Socio-cultural Data Relevant for the Establishment of Adolescent Sexual and Reproductive Centres in Selected Sites in Guyana (draft)*.

Upchurch, D. M. & J. McCarthy. 1990. "The timing of a first birth and high school completion". *American Sociological Review* 55: 224-234.

Valdés, T., Faúndez A. 1997. *Diagnóstico de Salud Reproductiva en Chile*. UNFPA, Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, Santiago de Chile.

Valenzuela, Herald, Morris. 1990. "Encuesta de Salud de la Reproducción en adultos jóvenes del Gran Santiago." *Cuadernos Médicos Sociales*. Departamento de Salud Pública. Santiago de Chile.

Varela Petito, Ma. Del Carmen. 1999. *La fecundidad adolescente: una expresión de cambio del comportamiento reproductivo en el Uruguay*. Montevideo, Universidad de la República Oriental del Uruguay.

Ventura, S. J. 1984. "Trends in teenage childbearing, United States, 1970-1981". *Vital and Health Statistics* 21/41, DHHS Publication (PHS) 84-1919, Rockville MD, NCHS.

Vieira Matos *et al.* 1985. "Mortalidade materna hospitalar nas unidades mistas da Fundação SESP 1979-1981". *Revista da Fundação SESP* 30: 33-40.

Villarreal, Marcela. 1998. Adolescent fertility: socio-cultural issues and programme implications. Roma, FAO.

Villaseca, Paulina. 1989. "Aspectos bio-médicos de la adolescente embarazada y su hijo". En: Valeria Ambrosio Brieva *et al.* *Compromisos antes de tiempo: adolescentes, sexualidad y embarazo*. Santiago de Chile, Corporación de Salud y Políticas Sociales.

Waite, Linda J. & Kristin A. Moore. 1978. "The impact of an early first birth on young women's educational attainment". *Social Forces* 56: 843-865.

Walker, Godfrey J. A. *et al.* 1986. "Maternal mortality in Jamaica. *Lancet* 1 (8479): 486-488.

Walker, Susan P.; Sally Grantham-McGregor; John H. Himes; Sonia Williams & Franklyn Bennett. 1994. *Nutritional and health determinants of school failure and dropout in adolescent girls in Kingston, Jamaica*. Washington DC, International Center for Research on Women, Nutrition of Adolescent Girls Research Program, Research Report 1.

WHO. 1983. *Adolescent reproductive health: an approach to planning health service research*. Genève, WHO.

WHO. 1989. *The health of youth*. Genève, A42, Technical Discussion/2.

WHO. 1995. *Adolescent Health and Development: The Key to the Future*. Geneva.

WHO. 1995. *Sexually transmitted diseases three hundred and thirty-three million new, curable cases in 1995*. Genève, WHO.

WHO. 1996. *An Overview of Selected Curable Sexually Transmitted Diseases*. Global Programme on AIDS. Genève, WHO.

WHO/PAHO. 1998. *Violencia contra la mujer: Un tema de salud prioritario*.

WHO. 2000. *Estudio Multi-Céntrico de la OMS Sobre la Salud y la Vida de las Mujeres*. Equipo Técnico Estudio Multicéntrico de la OMS.

Wilson, William J. 1987. *The truly disadvantaged: the inner city, the underclass, and public policy*. Chicago, University of Chicago Press.

Yon, C.; O. Jiménez & R. Valverde. 1998. "Representations of sexual and reproductive practices in relation to STD's and HIV/AIDS among adolescents in two poor neighborhoods in Lima (Peru): relationships between sexual partners and gender representations". Trabajo presentado en el Seminario on Men, Family Formation and Reproduction. IUSSP, CENEP. Buenos Aires, Argentina.

Zamudio, Lucero; Norma Rubiano & Lucy Wartenberg. 1999. *El aborto inducido en Colombia*. Bogotá, Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social, Universidad del Externado, Cuadros del CIDS 1 (3).

