

Maternidad, fecundidad y paridez en la adolescencia y la juventud

Continuidad y cambio en
América Latina

Jorge Rodríguez Vignoli
Victoria San Juan Bernuy



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL



Si desea recibir información oportuna sobre nuestros productos editoriales y actividades, le invitamos a registrarse. Podrá definir sus áreas de interés y acceder a nuestros productos en otros formatos.

 www.cepal.org/es/publications

 www.cepal.org/apps

SERIE

POBLACIÓN Y DESARROLLO

131

Maternidad, fecundidad y paridez en la adolescencia y la juventud

Continuidad y cambio en América Latina

Jorge Rodríguez Vignoli
Victoria San Juan Bernuy



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Este documento fue preparado por Jorge Rodríguez Vignoli, Asistente de Investigación del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y Victoria San Juan Bernuy, Doctoranda en Demografía del Centro de Estudios Demográficos (CED) de la Universidad Autónoma de Barcelona, quien prestó su colaboración entre julio y septiembre de 2019.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas
ISSN: 1680-9009 (versión electrónica)
ISSN: 1680-8991 (versión impresa)
LC/TS.2020/89
Distribución: L
Copyright © Naciones Unidas, 2019
Todos los derechos reservados
Impreso en Naciones Unidas, Santiago
S.20-00450

Esta publicación debe citarse como J. Rodríguez Vignoli y V. San Juan Bernuy, "Maternidad, fecundidad y paridez en la adolescencia y la juventud: continuidad y cambio en América Latina", *serie Población y Desarrollo*, N° 131 (LC/TS.2020/89), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020.

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Publicaciones y Servicios Web, publicaciones.cepal@un.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.

Índice

Índice	3
Resumen	7
Introducción	9
I. Discusión conceptual y operativa	13
A. Sobre la tendencia de la reproducción en la adolescencia y la juventud	13
B. Sobre la desigualdad de la reproducción en la adolescencia y la juventud	14
C. Variables intermedias que explican el cambio de la fecundidad adolescente y la medición de sus efectos	15
II. Fuentes, indicadores, y grupos de edad	17
III. Resultados	21
A. Niveles y tendencia de la reproducción en la adolescencia y juventud, censos de la década de 1980 a censo de la década de 2010	21
B. Hijos nacidos vivos durante la adolescencia: paridez y uni/multiparidad	34
C. Desigualdad según nivel educativo	38
D. Estructura educativa de madres y no madres adolescentes y jóvenes	44
E. Efectos agregados de la estructura etaria y educativa, y la tendencia de la maternidad adolescente controlando estos cambios de estructura	47
F. Variables intermedias	51
1. Niveles y tendencias	51
2. Análisis multivariado a nivel agregado	57
G. Políticas programas y desafíos para la acción	58
Bibliografía	63
Serie Población y Desarrollo: números publicados	65

Cuadros

Cuadro 1	América Latina (18 países): maternidad durante la adolescencia y la juventud, varias edades y cambio relativo intercensal 1990-2010	23
Cuadro 2	América Latina, total regional comparativo (10 países): maternidad durante la adolescencia y la juventud, varias edades y cambio relativo intercensal 1990-2010	24
Cuadro 3	América Latina (14 países con censos en la década de 2010): cambio total y anualizado del porcentaje de madres, por grupos de edades, censos década de 2010 y censo más antiguo disponible.....	24
Cuadro 4	América Latina, total regional comparativo (10 países): maternidad grupo 10 a 14 años por edad simple, censos décadas de 1990, 2000 y 2010	25
Cuadro 5	América Latina (países seleccionados): maternidad grupo 10 a 14 años por edad simple y cambio intercensal, censos décadas de 1990, 2000 y 2010	26
Cuadro 6	América Latina y el Caribe: madres según cantidad de hijos por grupos de edad, estructura relativa, censos de las décadas de 1980, 1990, 2000 y 2010 (no comparable)	36
Cuadro 7	América Latina y el Caribe (10 países): madres según cantidad de hijos por grupos de edad, estructura relativa, con censos de las décadas de 1990, 2000 y 2010 (comparable)	37
Cuadro 8	América Latina y el Caribe (10 países): madres según cantidad de hijos, 19-20, 25 y 29 años de edad, estructura relativa, con censos de las décadas de 1990, 2000 y 2010 (comparable)	37
Cuadro 9	América Latina y el Caribe (10 países): madres según niveles educativos e indicadores de desigualdad de la maternidad a las edades 19-20, 25 y 29, censos de la década de 2010, 2000 y 1990	40
Cuadro 10	América Latina y el Caribe (10 países): indicadores de desigualdad de la maternidad en la adolescencia y juventud, con censos de la década de 1990, 2000 y 2010	42
Cuadro 11	América Latina y el Caribe (10 países): indicadores de desigualdad de la maternidad en la adolescencia y juventud, cambio entre censo de la década de 1990 y de la década de 2010	43
Cuadro 12	América Latina (10 países): estructura educativa de adolescentes y jóvenes madres y no madres (comparable)	45
Cuadro 13	América Latina (10 países): estructura educativa de adolescentes (19-20) madres y no madres (comparable), por país	46
Cuadro 14	América Latina (10 países): porcentaje de madres observado, tipificado y diferencia, por grupos de edad y nivel educativo, décadas 1990, 2000 y 2010	48
Cuadro 15	América Latina (10 países): porcentaje de madres observado, tipificado y diferencia, por grupos de edad y nivel educativo, por país, décadas 1990, 2000 y 2010	49
Cuadro 16	América Latina y el Caribe (10 países): madres según cantidad de hijos por edades y nivel educativo, estructura relativa, censos de las décadas de 1990, 2000 y 2010	50
Cuadro 17	América Latina (13 países): indicadores de reproducción en la adolescencia y de variables intermedias, encuestas especializadas de la década de 1990 y la década de 2010	55

Cuadro 18	América Latina (13 países): indicadores de reproducción en la adolescencia y de variables intermedias, cambio entre encuestas especializadas de la década de 1990 y la década de 2010	56
Cuadro 19	Regresión (mínimos cuadrados, 2 modelos) de variables intermedias sobre la tasa específica de fecundidad adolescente (TEFA).....	57

Gráficos

Gráfico 1	América Latina (10 países): madres grupo 10 a 29 años por edad simple, censos de las décadas de 1990, 2000 y 2010	27
Gráfico 2	América Latina (7 países y total regional de esos 7 países): madres de 15 a 29 años por edad simple, censo de la década de 1980	28
Gráfico 3	América Latina (15 países y total regional de esos 15 países): madres de 15 a 29 años por edad simple, censo de la década de 1990.....	29
Gráfico 4	América Latina (17 países y total regional de esos 17 países): madres de 15 a 29 años por edad simple, censo de la década de 2000	30
Gráfico 5	América Latina (14 países y total regional de esos 14 países): madres de 15 a 29 años por edad simple, censo de la década de 2010.....	31
Gráfico 6	América Latina y el Caribe: paridez grupo de 10 a 29 años por edad simple, censos de las décadas de 1980, 1990, 2000 y 2010 (no comparable).	35
Gráfico 7	América Latina y el Caribe (10 países): paridez grupo de 10 a 29 años por edad simple, censos de las décadas de 1990, 2000 y 2010 (comparable).....	35
Gráfico 8	América Latina (10 países): madres adolescentes que tiene un solo hijo/a, con censos en 1990, 2000 y 2010	38

Resumen

Por la relevancia de la reproducción en la adolescencia y la juventud en la agenda social de la región, se procura describir y analizar la evolución y la desigualdad de varios de sus indicadores, así como de sus determinantes próximos. Se usan los datos de censos y encuestas más recientes disponibles. Se halla que mientras la reproducción en la adolescencia ha caído lentamente luego de un aumento en las últimas décadas del siglo XX, la que ocurre en la juventud ha bajado significativamente.

La desigualdad social es alta, pero mayor en la reproducción adolescente y esta desigualdad no registra signos de reducción. La baja reciente de la reproducción adolescente se explica por el aumento de la educación y de la anticoncepción. Pero la reproducción temprana aún es frecuente entre los grupos desaventajados, por lo cual abatir las barreras de acceso a la anticoncepción para las adolescentes de estos grupos es fundamental, así como ofrecer oportunidades alternativas a la maternidad adolescente.

Finalmente, este texto se concluyó justo cuando la pandemia del COVID-19 comenzaba a afectar la región. Por ello, la pandemia no pudo incorporarse como tema de análisis. Con todo, en las conclusiones se presentan algunas reflexiones sobre los posibles efectos del COVID-19 sobre la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes, basadas en la escasa evidencia disponible, así como en los análisis incipientes de especialistas de la región. Los efectos con seguridad serán adversos, pero pueden limitarse con voluntad política, seguimiento adecuado, garantización de recursos y una debida planificación.

Introducción

Está bien documentado que la fecundidad adolescente es un tema relevante y vigente en América Latina, debido a un conjunto de factores, que pueden agruparse en los siguientes tres aspectos (Rodríguez y otros, 2017; CEPAL, 2019; Guiskin, 2019):

- i) Contexto socioeconómico de la región:
 - Altos niveles de fecundidad adolescente, que contrastan con los niveles de ingresos, ya que la región es considerada actualmente como de “ingreso medio” en el contexto mundial,
 - Generalización de la educación primaria y secundaria;
 - Elevado grado de urbanización, es una de las zonas más urbanizadas del mundo junto a América del Norte;
 - Transición demográfica actual, avanzada y de fecundidad total baja, aunque todavía por sobre el nivel de reemplazo, y lejos aún del nivel estándar para clasificar como “*lowest low*” (TGF =1,3);
 - Altos niveles de desigualdad social, entre grupos socioeconómicos, territorios, grupos étnicos. como lo plantea la matriz de la desigualdad de la CEPAL (2017).
- ii) Altos y crecientes índices de no deseabilidad entre las madres adolescentes
- iii) Las adversidades que implica esta fecundidad para los y las adolescentes, sus hijos¹, sus hogares y en general para las comunidades, que, entre otras cosas, ven limitado el aprovechamiento de la reducción de la fecundidad total, justamente por la mantención de un calendario temprano de la misma.

¹ Originalmente se pensó usar lenguaje neutral en términos de género, pero eso recargaba mucho la redacción. Por tanto, solo se usó en algunos casos y en la mayoría se aplicó la regla de dominancia masculina en los plurales propia del castellano y otras lenguas latinas. El caso de “hijos” es un ejemplo, pues en rigor se refiere a hijos e hijas.

Por todo lo anterior, desde hace tiempo diferentes actores han destacado la necesidad de actuar sobre esta fecundidad y, consecuentemente, han promovido políticas, programas, estrategias e intervenciones de diferente tipo para reducirla. Hay varios debates abiertos al respecto, algunos técnicos, centrados en las causas del fenómeno y las modalidades más efectivas para lograr los objetivos. Otros más valorativos, relativos al reconocimiento de las personas adolescentes como sujetos sexuales. Finalmente, algunos políticos e institucionales, sobre los derechos de las personas adolescentes y la prioridad de este tema en la agenda social, en particular aquella atinente a adolescentes y jóvenes. Desde luego, esta segmentación entre lo técnico, lo valorativo, y lo político e institucional es borrosa, pues en la práctica se entrecruzan, sea para explicar el fenómeno o para actuar sobre él (Rodríguez y otros, 2017).

La adopción del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CMPD) en agosto 2013 generó un conjunto de definiciones regionales sobre la materia, en particular en su capítulo B sobre Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Estas definiciones apuntaron en la dirección de prevenir el embarazo y la maternidad adolescente, reconociendo la condición de sujetos sexuales de los y las adolescentes, promoviendo la educación integral para la sexualidad y el acceso a la salud sexual y reproductiva, subrayando la pertinencia de su provisión mediante instancias novedosas y especializadas, en particular los denominados “espacios amigables” para la atención de la salud adolescente, como los medios idóneos para prevenir la fecundidad adolescente y el embarazo no deseado en este grupo de la población, e impulsando el mejoramiento de las opciones y oportunidades para los y las adolescentes en materia educativa, laboral y recreativa entre otras. Ciertamente, esto visibilizó el tema e impulsó la acción respectiva.

En este sentido, un informe reciente elaborado por la CEPAL (CEPAL, 2019) para examinar el cumplimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo entregó noticias alentadoras sobre su implementación y su efecto en la evolución de la fecundidad y la maternidad adolescentes, porque el despliegue de acciones derivadas o vinculadas con el Consenso de Montevideo: *“...se ha traducido en la reducción de la fecundidad adolescente en la gran mayoría de los países de la región, así como en el aumento del uso de anticonceptivos, de la cobertura de los servicios de salud especializados y amigables, y de la retención escolar de las adolescentes embarazadas y madres”* (p.15). Con todo, este mismo informe plantea varias notas precautorias: *“...No obstante los progresos y logros mencionados, aún restan enormes desafíos, ya que la fecundidad adolescente de la región sigue siendo comparativamente alta a escala mundial, muy desigual y no deseada por la mayoría de las adolescentes que se embarazan. En gran medida, esto obedece a persistentes barreras de acceso oportuno a la anticoncepción (incluida la de emergencia), a la insuficiente disponibilidad de los métodos anticonceptivos más eficaces (entre ellos, dispositivos intrauterinos e implantes) y a un uso ineficiente de la anticoncepción. Todo esto implica desafíos de cobertura y calidad de la educación integral para la sexualidad y de los servicios de orientación en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos en las escuelas, los consultorios, las consultas médicas y los espacios de salud amigables. Los embarazos de niñas menores de 15 años constituyen un drama que no ha disminuido y exige acciones”* (p.15).

De esta manera, el tema mantiene relevancia y la indagación adicional respecto de los logros y los retos resulta no solo de valor académico sino, también, sugerente para la adopción de políticas públicas. Esto último es reforzado por los avances de los países en el logro de los objetivos relativos a reducir la fecundidad adolescente, atenuar la desigualdad de la misma y garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y el acceso a la salud sexual y reproductiva a los y las adolescentes. Se trata, eso sí, de avances desiguales que en alguna medida pueden deberse a las especificidades nacionales de las políticas y programas implementados. A lo anterior se le suma la necesidad imperiosa de actuar simultáneamente sobre el grupo más invisibilizado y, al mismo tiempo, el que experimenta consecuencias más graves por la maternidad, a saber, el de las niñas menores de 15 años.

Por otra parte, los cambios en la trayectoria o calendario reproductivo observados en otras partes del mundo, no solo han significado una aguda reducción de la fecundidad adolescente, también han implicado una fuerte bajada de la fecundidad durante la juventud, al menos la juventud inicial, debido a la postergación del inicio de la reproducción. Dada la gravedad y preocupación por la fecundidad adolescente, la trayectoria reproductiva de los jóvenes ha sido más bien descuidada desde el punto de vista de la investigación, pese a que hay información para una descripción detallada del comportamiento de la maternidad, fecundidad y paridez durante la juventud. Desde luego, estos fenómenos en la juventud no revisten los riesgos y adversidades que entrañan en la adolescencia. Pero aquello no significa omitirlos de los análisis, más aún si la fecundidad durante la juventud también es considerada como asunto prioritario por el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Por ello, cabe actualizar la visión sobre este tema para una comparación de la evolución del calendario de la fecundidad juvenil de la región con otras regiones y derivar de allí, junto con otros exámenes sustantivos, insumos para las políticas de juventud en general.

Teniendo presente lo anterior, este texto procura responder empíricamente varias preguntas específicas y relevantes, en términos académicos y de política, atinentes a la evolución de la fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe y, en general, a la trayectoria reproductiva de las mujeres de la región durante la adolescencia y la juventud. Estas preguntas son:

- ¿Cómo ha evolucionado la reproducción en la adolescencia y en la juventud, de acuerdo con los últimos datos disponibles?; ¿Cambia la evolución si se modifican los indicadores?
- ¿Cómo ha evolucionado la reproducción en la adolescencia y la juventud según diferentes grupos educativos?
- En función de los dos puntos previos, ¿cómo han evolucionados diversos indicadores de desigualdad de la reproducción en la adolescencia y la juventud?
- ¿Cómo han afectado los cambios en la estructura etaria y educativa de adolescentes a la trayectoria de la reproducción en la adolescencia y juventud (solo maternidad)?
- ¿Cuál o cuáles son las variables intermedias que explican la trayectoria de la reproducción en la adolescencia y juventud?

I. Discusión conceptual y operativa

A. Sobre la tendencia de la reproducción en la adolescencia y la juventud

La caída reciente de la fecundidad adolescente no puede considerarse un fenómeno consolidado porque, por un lado, varios países registraron una tendencia opuesta y porque, por otro lado, en los últimos 30 años sus niveles han tenido registros erráticos. Sin embargo, considerando la prioridad que ha adquirido en la agenda social y los compromisos de políticas y programas de prevención que han adoptado los gobiernos desde la adopción del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo es altamente probable que el descenso continúe y se generalice. Cualquiera sea el caso, procesar los microdatos censales para trazar y describir la tendencia de la maternidad adolescente desde la década de 1980, o desde la década de 1990 (habida cuenta la menor cantidad de países con censos digitalizados de la década de 1980), a la actualidad, es un ejercicio que permitirá tener una visión más completa del fenómeno e identificar una línea de base sólida para el seguimiento futuro.

El análisis tendrá un valor agregado por dos ejes.

El primero será examinar la reproducción en la adolescencia y la juventud utilizando varios indicadores. Esto permitirá llegar a una conclusión firme sobre su tendencia. Y también posibilitará examinar de forma robusta la hipótesis de un desacople entre la intensidad y el calendario de la fecundidad. Esta hipótesis plantea que la histórica asociación entre fecundidad alta y temprana se modificó en América Latina de manera peculiar e inesperada y dio paso a un escenario de fecundidad baja pero todavía temprana, muy diferente del sugerido por la narrativa de la "segunda transición demográfica" (Esteve y Flórez-Paredes 2014; Rodríguez y otros, 2017). Así las cosas, la iniciación reproductiva temprana va seguida, en una parte importante de los casos, de una detención durante la adolescencia y, eventualmente, durante la fase inicial de la juventud. De esta manera, hay avances en prevenir nacimientos de orden superior a 1 durante la adolescencia, pero menos en prevenir el primer nacimiento en esta fase de la vida.

Y el segundo, será expandir el análisis más allá de la adolescencia, con el propósito de cubrir, también a la juventud que va entre los 20 y los 29 años. En esa línea, se abordará la maternidad y la paridez durante la juventud, para evaluar si hay indicios de postergación de la iniciación reproductiva pregonada por la teoría de la Segunda Transición Demográfica (STD).

B. Sobre la desigualdad de la reproducción en la adolescencia y la juventud

La reproducción en la adolescencia ha estado marcada por la desigualdad desde que comenzó su estudio científico. Son bien conocidos los diferenciales socioeconómicos, educativos y étnicos de la reproducción temprana. En todos los casos, a estos diferenciales subyace la desventaja socioeconómica (Rodríguez, 2017). De manera sistemática, aunque puede haber algunas excepciones, la reproducción en la adolescencia es más frecuente entre los grupos pobres y con menor educación, en las zonas rurales normalmente más rezagadas en términos socioeconómicos, y en los grupos étnicos típicamente excluidos y postergados. Esta desventaja social se vincula a menor acceso a educación sexual y, sobre todo, a salud sexual y reproductiva, en particular anticoncepción, lo cual implica menos protección contra embarazos no deseados en la adolescencia.

A lo anterior se le agregan otros factores de naturaleza más sociocultural, como patrones de unión y de iniciación sexual más tempranos en estos grupos, menos incentivos para prevenir el embarazo —por falta de oportunidades laborales, educativas, de proyectos de vida o de actividades alternativas a la maternidad—, y mayor asimetría de género. Cabe mencionar que estos factores socioculturales son dinámicos y pueden modificarse en el tiempo. Además, estas desigualdades también se verifican en el caso de la fecundidad total, aunque han tendido a decrecer con la transición demográfica. En efecto, el descenso de la fecundidad total enmarcado en esta transición no solo fue rápido, sino que al poco andar resultó tener un alcance social y territorial bastante transversal. Así, casi todos los grupos sociales comenzaron a reducir su fecundidad y, en varios países de la región, esto condujo a la reducción de las brechas absolutas y relativas de la fecundidad total entre ellos (Rodríguez 2014 y 2017; Cavenaghi y Rodríguez, 2013).

Este hecho junto a todo lo descrito en los párrafos anteriores, hace que en esta investigación se enfoque en examinar la fecundidad y la evolución de esta desigualdad en América Latina usando como variable socioeconómica la educación. La novedad de los resultados deriva, en parte, de los datos usados, que en varios casos son recientes. Pero hay otras fuentes de valor agregado del análisis que se realiza en este texto, específicamente las tres siguientes:

- i) la consideración de varias medidas de desigualdad,
- ii) la consideración de la desigualdad, no solo en la maternidad, sino también en la intensidad de la reproducción, medida a través de varios indicadores, como se explica en la sección operacional, más adelante,
- iii) la consideración no solo de la adolescencia, sino también de la juventud.

Por otra parte, la reproducción en la adolescencia también es diferencial en términos etarios, lo que se debe a una combinación de dos factores:

- i) la exposición al riesgo de ser madre obviamente aumenta con la edad, por lo cual la probabilidad de ser madre a los 20 años es mayor que la probabilidad de serlo a los 15 años; incluso más, en el caso de medidas estrictamente longitudinales o de cohorte, hay una relación lógico-biográfica detrás de lo anterior, pues quien tuvo un hijo a los 15 años mantendrá tal condición a los 20 años (y el resto de su vida). Este razonamiento no aplica a las tasas de fecundidad por edad simple, porque estas podrían, en teoría, ser mayores en edades inferiores, tal como suele ocurrir en la adultez,

- ii) las condiciones sociales de la exposición al riesgo, que no es determinista como el factor anterior, pero sí tiene un efecto sistemático en casi cualquier contexto. Ocurre que por razones biológicas y socioculturales las muchachas de 20 años normalmente tienen una mayor exposición al riesgo de embarazo y, luego, de tener hijos, por maduración de su aparato reproductivo y, sobre todo, por pautas de conducta (socialmente aceptadas y/o realizadas solamente en el marco de una autonomía progresiva) relativas a la unión y a la actividad sexual, que, como es sabido, son determinantes próximos de la fecundidad. Concretamente, en la mayoría de los contextos socioculturales, y casi sin excepción en América Latina, la actividad sexual y la nupcialidad (matrimonio o unión) son más frecuente en las edades mayores de la adolescencia que en las menores. Desde luego, este patrón no es obligado, e, incluso de ocurrir, podría ser contrarrestado por otras variables intermedias, por ejemplo, un uso universal eficiente y oportuno de anticoncepción o de aborto en las edades mayores y lo contrario en las edades menores.

Cualquiera sea el caso, el hecho estilizado es que, durante la adolescencia, la probabilidad de ser madre y también las tasas específicas de fecundidad, aumentan con la edad y se reducen con la educación. Por ende, cambios en la estructura por edad simple o en la estructura educativa de las adolescentes, afectan los indicadores de maternidad, fecundidad y paridez del grupo 15-19. En particular, el aumento del enrolamiento escolar y de los niveles educativos puede tener un efecto agregado muy significativo sobre los indicadores de reproducción en la adolescencia (del grupo 15-19).

Habida cuenta de lo anterior, corresponde indagar empíricamente sobre la importancia que han tenido los cambios en la estructura etaria y educativa de las adolescentes en la evolución de la reproducción en la adolescencia. Las hipótesis son que ambos cambios han tenido efectos. Pero que solo en el caso del cambio educativo este puede anticiparse, porque se conoce tanto la relación como su tendencia sistemática, mientras que en el caso de la edad (la composición interna por edad simple del grupo 15-19) esto último no se conoce o es irregular o varía aleatoriamente entre países. Y esto porque el aumento de la escolaridad contribuye a reducir la reproducción en la adolescencia y por ello podría, por sí mismo, explicar buena parte o la totalidad del descenso de la misma observado en la década de 2000 (más precisamente, entre los censos de la década de 2000 y los censos de la década de 2010). Una manera de comprobar esto es mediante un ejercicio de tipificación directa, que, si bien es mecánico y estático, permite tener una estimación precisa del efecto del cambio educativo sobre los indicadores agregados de la reproducción en la adolescencia.

C. Variables intermedias que explican el cambio de la fecundidad adolescente y la medición de sus efectos

El modelo de las variables intermedias fue desarrollado por John Bongaarts en la década de 1970 (Bongaarts, 1982). Este modelo establece ocho determinantes que influyen en la fecundidad: proporción de mujeres casadas en edad reproductiva, uso de anticonceptivos, aborto inducido, infertilidad por lactancia, frecuencia de relaciones sexuales, esterilidad, muerte intrauterina espontánea y duración del período fértil.

Posteriormente, Stover (1998) hace una revisión de los determinantes próximos donde cambia la variable relacionada con nupcialidad por la exposición a la actividad sexual. Este aspecto resulta especialmente relevante para el estudio de la fecundidad adolescente, dado que la actividad sexual premarital es cada vez más frecuente entre los adolescentes (Bay y otros, 2003; Rodríguez 2014b; Rodríguez y otros, 2017). En la última revisión que realizó Bongaarts (2015) a su modelo original, incluyó el cambio realizado por Stover, además de pequeñas variaciones en el cálculo de los índices de anticoncepción y de aborto, y del tiempo a considerar en el cálculo del modelo, pero continúa sin considerar que el uso de anticoncepción en las adolescentes muchas veces se produce posterior al

primer hijo, y, por ende, la prevalencia actual puede resultar engañosa en términos de protección anticonceptiva en el pasado.

En el caso específico de la fecundidad adolescente, los principales determinantes próximos que influyen en ella pueden resumirse en cuatro: susceptibilidad, la conducta sexual, el uso de anticonceptivos y el aborto (espontáneo e inducido) (Rodríguez 2017).

En el caso de la susceptibilidad, que se refiere principalmente a la edad de la menarquía, esta se ha adelantado, aumentando así el riesgo del embarazo adolescente (Rodríguez y otros, 2017).

La conducta sexual, por su parte, refiere a la frecuencia de actividad sexual. Medirla en términos precisos es muy difícil porque las fuentes de información no suelen incluir preguntas sobre el historial de la actividad sexual (Rodríguez 2014b). Por ello, en la práctica se mide con tres indicadores aproximados: i) la edad de la iniciación sexual; ii) la actividad sexual reciente (normalmente si tuvo o no el último mes), y iii) la condición de unión actual o pasada (que sugiere actividad sexual regular actual o en el pasado). En el caso de las y los adolescentes, la edad de la iniciación sexual y la condición de unión alguna vez durante la adolescencia son los indicadores más usados y pertinentes para estimar la exposición al riesgo de embarazo por esta variable intermedia.

El uso de anticonceptivos, por su lado, refiere al uso oportuno y eficiente de medios destinados a evitar la concepción. Su medición precisa es complicada, porque también requiere en la mayoría de los métodos un calendario de uso, lo que es inviable. Y su medición certera se hace incluso más compleja en el caso de los y las adolescentes, entre quienes predominan medios de menor eficiencia y regularidad (en particular el condón). Entre los indicadores usados para su medición están el uso actual (o en la última relación sexual) y el uso al momento de la iniciación sexual, según tipo de método usado, desagregación necesaria para estimar la eficiencia del uso (Rodríguez, 2014b y 2017). En el estudio del embarazo adolescente resulta más idóneo utilizar el uso de anticoncepción en la primera relación sexual como predictor del comportamiento preventivo, pues el uso de anticoncepción actual (o en la última relación sexual) tiene debilidades importantes, porque puede ser posterior al nacimiento del primer hijo/a (Azevedo y otros, 2012; Rodríguez 2014b).

Por último, los datos en cuanto a aborto son escasos. Principalmente porque en muchos países de la región los abortos inducidos son clandestinos, debido a su prohibición (CEPAL, 2019). Además, en el caso de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS; www.measuredhs.com), cuyo cuestionario aplicado en algunos países de la región incluye consultas sobre abortos, la información recolectada puede ser de mala calidad (Bongaarts, 2015). En algunos países hay información sobre egresos hospitalarios por causas, y entre ellas se encuentra el aborto, pero no son precisos, porque solo contabilizan los abortos que se complican y la mujer debe ingresar al hospital para tratarse.

II. Fuentes, indicadores, y grupos de edad

Las fuentes usadas en este estudio son los censos de población (base de microdatos en formato Redatam) y las encuestas especializadas del tipo DHS, MICS y similares (en particular para los indicadores de variables intermedias de la fecundidad).

Las consultas clave para el análisis de la maternidad, la intensidad reproductiva y su calendario son las que se incluyen en el módulo de fecundidad de los censos de población relativas a la tenencia de hijos nacidos vivos y al número de hijos nacidos vivos tenidos. En muchos censos se trata de una sola consulta del tipo “*cuántos hijos nacidos vivos ha tenido*”. En algunos hay una pregunta filtro sobre haber tenido o no hijos, y a quienes responden que sí han tenido se les pregunta por la cantidad.

El indicador básico de maternidad es la proporción de madres, que en algunos casos se calcula bajo dos escenarios de tratamiento de los ignorados, como se explica más adelante. El indicador básico de intensidad reproductiva es la paridez, es decir el promedio de hijos tenidos, que se calcula para el conjunto de las mujeres y también solo para las madres, para dar cuenta de dos caras diferentes pero vinculadas de esta intensidad. También se usa la variable número de hijos nacidos vivos tenidos para examinar la estructura de la paridez entre las madres, un tema que sigue siendo objeto de atención y controversia como se verá más adelante. Estos indicadores se desagregan por grupos de edad, edades simples seleccionadas y todas las edades simples de la adolescencia a la juventud (10 a 29 años).

Muchos de los indicadores pueden obtenerse directamente de las planillas de cálculo disponibles en la base de datos MATERNILAC². En otros casos, pueden derivarse mediante manipulación sencilla de tales planillas. Y algunos requieren cálculos más complejos (indicadores de desigualdad y heterogeneidad, de concentración y tipificación, por ejemplo), que serán explicados cuando se apliquen. Otros, sobre todo los relativos a las variables intermedias, deben obtenerse de las encuestas especializadas, sea mediante sus publicaciones o indicadores en la red, o mediante el procesamiento de sus bases de datos.

² https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e.

Se consideran varios grupos de edad para dar cuenta del amplio período del curso de vida dentro de la adolescencia y la juventud, cuya definición etaria más extendida va, justamente, desde los 10 a los 29 años. Los cálculos consideran a toda la población, por lo cual los casos de no respuesta se incluyen en los indicadores, lo que implica que, de hecho, se imputan a cero (o nuliparidad que son equivalentes), tal como sugiere la literatura especializada y en línea con publicaciones previas (Moultrie y otros, 2013; Rodríguez, 2014a). Con todo, como existen otras opciones de tratamiento de los ignorados y/o blancos que se comentan más adelante –imputación agregada con procedimientos como el sugerido por El-Bradry en la década de 1960 y aún validado por la comunidad de demógrafos (Moultrie y otros, 2013); imputación a escala de microdatos con modelos o hasta “*hot desk*”, y exclusión de los ignorados, lo que implica estimación insesgada solo si los ignorados se comportan en materia reproductiva como quienes respondieron–, se harán estimaciones con este último supuesto, lo que permitirá tener, para algunos indicadores, un valor de mínima (ignorados tiene o hijos), y uno mayor y, probablemente, de máxima (ignorados tiene el mismo comportamiento que quienes responden al pregunta).

El grupo 10 a 14 se incluye pese a que; i) pocos países consultan sobre hijos tenidos en los censos para esa edad; ii) la edad mínima para hacer la consulta varía entre los pocos países que captan información de este grupo, pues la mayoría comienza a los 12 años y solo un par consulta para 10 y más; iii) en algunos países, esta edad varía entre censos de diferentes décadas; iv) suelen ser pocas las niñas que tienen hijos antes de los 15 años. Pero más allá de estos factores, la consideración de este grupo en modo alguno es antojadiza, pues por varias razones resulta incuestionable. Primero, la más importante, es que si ya es preocupante y problemática la maternidad adolescente (15 a 19 años), debido a las adversidades que entraña, en el caso de la maternidad precoz, es decir aquella que acontece antes de los 15 años, esta preocupación adquiere rasgos dramáticos, porque cada caso suele expresar un conjunto de privaciones, vulneración de derechos y altísimas probabilidades de abuso. Y segundo, tanto el Consenso de Montevideo (capítulo B, medidas prioritarias 11 a 15 y en particular indicadores B.13 a B.18) como los ODS (indicador 3.7.2) otorgan particular importancia a la prevención de la maternidad (y el matrimonio y/o unión) precoz y, por ende, la necesidad de hacer un seguimiento regular del avance hacia tal meta.

El análisis procura ser comparativo mediante la consideración del máximo de países con datos disponibles. Sin embargo, no es una comparabilidad total, porque, como se aprecia en el relato previo y, sobre todo, en las notas del cuadro 1 de más adelante, las fechas censales no coinciden. De cualquier manera, se decidió agruparlas bajo una misma categoría “*censos de la década...*”, para simplificar la presentación y dar una referencia temporal aproximada. En el caso de los cálculos intercensales para los totales de América Latina, el tiempo intercensal usado para anualizar resultados corresponde a 10 años exactos.

El grupo 19-20 se incluye en virtud de dos atributos demográficos: i) bajo supuesto de evolución lineal de la intensidad reproductiva entre las edades 19 y 20 (que probablemente no se cumple totalmente, pero si lo suficiente para que el valor sea poco sesgado), su valor puede interpretarse como la probabilidad de ser madre justo al momento de cumplir la edad 20, es decir concluir la adolescencia; ii) está mucho menos afectado por la composición por edad interna del grupo en comparación con el indicador estándar de maternidad del grupo 15-19 años de edad.

Por su parte, la inclusión de los grupos 20-24 y 25-29 es relativamente novedosa. Desde luego, la maternidad en estas edades no tiene las connotaciones políticas y programáticas de la maternidad más temprana, ni tampoco los efectos adversos sistemáticos de esta última. Por cierto, puede tener consecuencias negativas si no es deseada y para algunas mujeres y parejas puede entrañar complicaciones. Pero desde el punto de vista biológico y social se trata de edades aptas para la reproducción. Aun así, se justifica plenamente por lo expuesto anteriormente, es decir, los compromisos políticos acordados en el Consenso de Montevideo y la discusión teórica e implicaciones prácticas de una eventual postergación de la maternidad y su diferenciación o desigualdad según grupos sociales. Adicionalmente, hay pocos estudios recientes sobre la reproducción en la juventud en la región, y algunos

de ellos están más centrados en la unión que en la reproducción misma (Esteve y Flórez-Paredes, 2014), por lo cual no está descrita su evolución en los términos empleados en este texto, vale decir, como maternidad y como paridez. Por ende, contribuir a esta descripción con datos actualizados resulta una contribución específica adicional de este estudio.

La variable socioeconómica usada para examinar las desigualdades sociales de la maternidad, la intensidad y el calendario reproductivo corresponde a la educación, cuya influencia sobre la fecundidad está bien documentada, aunque existan algunos debates pendientes al respecto (Cherry y Dillon 2014; Rodríguez, 2014a y 2014b). Entonces, se usa la variable años de estudios calculada a partir de cada censo, siguiendo el procedimiento empleado en MATERNILAC, que luego ser recodifica en cuatro categorías educativas: i) baja (0-4 años de escolaridad); ii) media-baja (5-8 años de escolaridad); iii) media-alta (9-12 años de escolaridad); iv) alta (13 y más años de escolaridad). En los países en que esto no es posible (Brasil 2010, Perú 2007 y 2017, por ejemplo) se usan niveles educativos aproximados a estas categorías de años de escolaridad.

III. Resultados

A. Niveles y tendencia de la reproducción en la adolescencia y juventud, censos de la década de 1980 a censo de la década de 2010³

En el cuadro 1, se muestran los porcentajes de madres de varios grupos de edad, todos ellos indicados y justificados en la sección previa, registrados en todos los censos usados en esta investigación clasificados según décadas y sumados (las poblaciones) para obtener un total de América Latina⁴. Los mismos indicadores son calculados bajo los dos supuestos, explicados en la sección previa, relativos a los casos ignorados o no respuestas. El bloque a la izquierda del lector incluye a toda la población y, por tanto, estará correcto si todos los casos ignorados son nulíparas. El bloque a la derecha del lector excluye a los casos ignorados y, por tanto, estará correcto si las mujeres que no responden tienen la misma maternidad que las que sí responden. Este último debe ser, necesariamente, mayor que el de la izquierda del lector. En general, las cifras regionales cambian entre ambas partes del cuadro, pero no significativamente, aunque a veces pueden mostrar tendencias distintas, como se verá. Por su parte, a escala de países, como se expondrá, las diferencias pueden ser más importantes en algunos casos,

³ Para efectos narrativos se usarán dos expresiones temporales que son intercambiables. Una corresponde a las "décadas" (de 1980, 1990, 2000 y 2010) y la otra a los censos de un año terminado en cero (censos de 1980, 1990, 2000 o 2010).

⁴ Cabe mencionar que los totales de América Latina deben ser considerados con cautela porque tienen algunas limitaciones y sesgos. Hay dos principales: i) la no comparabilidad entre décadas, porque varían los países entre ellas; desde luego esto se puede solucionar acotando la cantidad de países a los que tienen censos en todas las décadas, pero esto llevaría a un conjunto de 3 o 4 países, lo que reduciría excesivamente la representatividad de los resultados. En cambio hay 10 países que tienen censos en las décadas de 1990, 2000 y 2010 (serían 11 con Colombia, pero no se dispone de esa base de microdatos aún), por lo que este camino se seguirá en cuadros comparativos que se basarán solo en estos 10 países, que al incluir a Brasil, México y Argentina ya representan más del 70% de la población regional; ii) la diferencia de fecha que implica agrupar bajo la denominación "década" a datos de diferentes años (por ejemplo, bajo década de 2010 hay censos de ese año y algunos de 2018). Respecto de esto, hay opciones técnicas como interpolar para llegar a un año común, pero siempre es discutible cuál función usar para interpolar y si cabe interpolar de la misma manera a diferentes poblaciones. Por lo anterior, en este estudio no se harán ajustes de este tipo y se preservarán los datos originales, por lo cual los resultados regionales no tienen un año de referencia preciso; iii) la diferencia en la calidad de los censos y en la evolución de esta calidad, lo que será tratado técnicamente en algunas variables clave, como la de hijos tenidos (tratamiento de la no respuesta).

aunque en otros pueden ser nulas (cuando no existen casos ignorados, lo que casi con seguridad obedece a una estrategia de imputación total en gabinete). En todo caso, la literatura es contundente en su preferencia por los indicadores que consideran a toda la población en su cálculo (Moultrie y otros, 2013; Rodríguez 2014a), por lo cual el grueso del análisis se realizará considerando esos resultados.

La maternidad, como esperado, aumenta con la edad y al finalizar la juventud (al cumplir los 30 años) la gran mayoría de las mujeres de la región ya ha tenido hijos. El porcentaje de madres es del orden de 12% para el grupo 15 a 19, lo que no dice mucho sobre la intensidad de la misma, a causa de la diversidad de edades en su interior. En cambio, el porcentaje de madres del grupo 19-20 es más comunicativo y preciso, como se explicó en la sección previa, e indica que en torno al 30% de las adolescentes fue madre antes de cumplir los 20 años. Por su parte, la maternidad precoz o infantil afecta a menos del 1% del grupo de referencia (10-14), pero el hecho que sea un valor bajo no debe oscurecer el drama que oculta y la necesidad de erradicar este fenómeno por la extrema vulneración de derechos que entraña. Todos los valores se elevan si se considera el supuesto alternativo para su cálculo (excluir ignorados), pero las diferencias son marginales en cuantía.

Ahora bien, si hay diferencias de nivel de la maternidad entre las edades, estas también se aprecian en términos de tendencias. Mientras la maternidad adolescente aumenta, la juvenil y la precoz se reducen, lo cual da más elementos para entender porque la maternidad adolescente se constituyó en prioridad de investigación y acción en las últimas décadas: iba a contramano de todas las otras edades. Otro hallazgo es que hay dos lapsos dentro del período de observación, uno de aumento (últimas dos décadas del siglo XX) y otro de reducción (primera década del siglo XXI). Con todo, la baja de esta última década no compensó el aumento previo y por eso la maternidad en los censos de la década de 2010 fue mayor que en los censos de la década de 1990. Cabe destacar que el supuesto que se use, pese a tener un efecto marginal en la magnitud de los valores, sí tiene un efecto en la tendencia, pues al excluir los ignorados no se verifica un aumento de la maternidad adolescente entre 1990 y 2010. Pero como ya se indicó, el indicador calculado sobre la población total se considera más confiable y preciso.

Dado que los resultados del cuadro 1 pueden estar afectados por los problemas de comparabilidad antes mencionados, en el cuadro 2 se consolidan y sistematizan los indicadores del cuadro 1, pero solo para los 10 países con datos en los tres censos (década de 1990, 2000 y 2010), lo que aumenta considerablemente la comparabilidad diacrónica de los valores regionales. En general, las tendencias se mantienen y se ratifica el contrapunto entre adolescencia (alcista entre 1990 y 2010), por un lado, y juventud y menores de 15 (declinantes en el mismo período), por otro lado. También se corroboran los dos subperíodos (uno de aumento: 1990-2000, y otro de bajada: 2000-2010) dentro del período más largo (1990-2010). Todo lo anterior no se modifica si se usan los valores obtenidos con el supuesto alternativo (excluyendo los casos ignorados).

Por su parte, el cuadro 3 ofrece un panorama más detallado de la evolución de la maternidad adolescente y juvenil, al considerar los 14 países con censos de 2010 y, para cada caso, evaluar la evolución de la maternidad adolescente en función del cotejo entre el censo de 2010 y su censo más antiguo. Esto es importante, porque los valores regionales, al ser obtenidos como suma de valores absolutos nacionales (y no con promedios simples) pueden estar muy influidos, y eventualmente sesgados en términos interpretativos, por los niveles y la evolución de la maternidad adolescente y juvenil del país más poblado o de los dos o tres países más poblados.

En este sentido, el cuadro 3 muestra que la maternidad juvenil (20-24 y 25-29) se redujo casi sin excepciones⁵. La magnitud de la reducción varía entre un 0,5% en Honduras entre 1988 y 2013 en el grupo 20-24, hasta casi un 30% en el mismo grupo en Chile entre 1982 y 2017. En contraposición a esto,

⁵ Las excepciones son la República Dominicana, el único país incluido en la tabla con un período corto y reciente de referencia, y Honduras, que registró un aumento del porcentaje de madres en el grupo 25-29.

la maternidad adolescente (15-19) aumentó en 9 de los 14 países individualizados en el cuadro 3. Los 5 países que la bajaron fueron Chile, Costa Rica, Guatemala, Panamá y Perú, aunque en diferentes magnitudes y en el marco de períodos de referencia distintos.

Este aumento de la maternidad adolescente en la mayoría de los países del cuadro 3 no debería sorprender a la luz de la tendencia de los valores regionales mostrada en los cuadros 1 y 2. Al mismo tiempo, tampoco debiera sorprender que en numerosos países se registrara el contrapunto entre alza en las dos últimas décadas del siglo XX —en algunos casos este aumento se dio incluso en algún grupo de la juventud— y descenso durante el siglo XXI. En varios casos este último descenso no fue suficiente para compensar la elevación de fin de siglo, tal como aconteció con los valores regionales. A lo anterior se agrega el hecho de que no todos los países redujeron su maternidad adolescente entre el censo de 2000 y el de 2010; de hecho, Argentina, Ecuador y México, por ejemplo, presentan aumentos sistemáticos entre 1990 y 2010, bajo los dos supuestos de tratamiento de los ignorados.

En este sentido, los censos de la década de 2020 serán clave para conclusiones más sólidas sobre la sostenibilidad, generalización a través de la región y magnitud, de la tendencia a la baja de la maternidad adolescente observada entre los censos de las décadas de 2000 y 2010. Habida cuenta de lo expuesto sobre la voluntad política mostrada por los países para abordar el tema y su expresión en el Consenso de Montevideo, se considera que la consolidación y profundización de la tendencia a la baja es lo más probable.

Por otra parte, los datos del grupo de edad 19-20 muestran —a diferencia del indicador previo de porcentaje de madres en el grupo 15 a 19, y alineado con el indicador de porcentaje de madres en los grupos 20-24 y 25-29—, un descenso inapelable en el período 1990-2010, aun cuando también se haya registrado un aumento entre los censos de 1990 y de 2000. La probabilidad de ser madre durante la adolescencia —que se capta con este indicador y no con el anterior de maternidad en el grupo 15-19, como explicó previamente— a escala regional, cayó en el período 1990-2010 entre un 5% y un 10% dependiendo del supuesto que se use y los países que se consideren (cuadros 1 y 2).

Cuadro 1
América Latina (18 países): maternidad durante la adolescencia y la juventud,
varias edades y cambio relativo intercensal 1990-2010^a
(En porcentajes)

Décadas	Madres (todos los casos)					Madres (sin ignorados)				
	Grupos de edad					Grupos de edad				
	10-14	15-19	19-20	25	29	10-14	15-19	19-20	25	29
1980	0,7	10,5	28,5	64,9	78,3	0,7	11,1	29,8	67,8	80,7
1990	0,7	12,0	30,0	64,0	77,7	0,9	13,3	32,4	67,0	80,3
2000	0,4	13,9	31,9	63,4	76,9	0,4	14,4	32,8	65,1	78,3
2010	0,4	12,5	28,4	56,9	71,0	0,4	13,0	29,2	57,9	71,8
Cambio 1990-2010	-42,7	4,3	-5,3	-11,1	-8,5	-50,6	-2,2	-9,9	-13,5	-10,6

Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos MATERNILAC.

Nota: Los países incluidos en cada década censal varían, al igual que el año de levantamiento, por lo que la comparabilidad intertemporal de las cifras está comprometida. Más detalles sobre fechas de los censos en la base de datos MATERNILAC.

^aDos tratamientos de los casos sin respuesta en la pregunta sobre hijos nacidos vivos.

Cuadro 2
América Latina, total regional comparativo (10 países): maternidad durante la adolescencia y la juventud,
varias edades y cambio relativo intercensal 1990-2010^a
(En porcentajes)

Censos (décadas)	Madres (todos los casos)					Madres (sin ignorados)				
	Grupos de edad					Grupos de edad				
	10-14	15-19	19-20	25	29	10-14	15-19	19-20	25	29
1990	0,7	11,6	29,2	63,8	77,6	0,9	13,0	31,8	67,1	80,6
2000	0,4	13,7	31,5	63,0	76,8	0,4	14,1	32,1	64,6	78,0
2010	0,4	12,3	27,9	56,5	70,7	0,4	12,8	28,7	57,5	71,5
Cambio 1990-2010	-43,0	6,0	-4,3	-11,4	-8,9	-51,2	-1,6	-9,7	-14,3	-11,3

Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos MATERNILAC.

Nota: Los países incluidos son Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Ecuador, Guatemala, México, Panamá, Perú y Venezuela (República Bolivariana de). Los años de levantamiento varían, aunque se agrupan bajo una misma década.

^aDos tratamientos de los casos sin respuesta en la pregunta sobre hijos nacidos vivos.

Cuadro 3
América Latina (14 países con censos en la década de 2010): cambio total y anualizado del porcentaje de madres,
por grupos de edades, censos década de 2010 y censo más antiguo disponible
(En porcentajes)

País y período de referencia	Grupos de edad, cambio acumulado período censo 1980 (mas antiguo disponible) - censo 2010				Grupos de edad, cambio anual período censo 1990 - censo 2010			
	15-19	19-20	20-24	25-29	15-19	19-20	20-24	25-29
Argentina 1991-2010	9,2	3,7	-1,1	-10,0	0,5	0,2	-0,1	-0,5
Bolivia (Estado Plurinacional de) 1992-2012	7,3	-11,0	-15,1	-14,0	0,4	-0,5	-0,7	-0,7
Brasil 1980-2010	18,1	-7,0	-16,9	-13,2	0,6	-0,2	-0,6	-0,4
Chile, 1982-2017	-34,7	-34,2	-28,1	-23,7	-1,0	-1,0	-0,8	-0,7
Costa Rica 1984-2010	-13,6	-22,9	-23,8	-19,5	-0,5	-0,8	-0,9	-0,7
Ecuador 1983-2010	19,0	0,8	-3,7	-6,4	0,7	0,0	-0,1	-0,2
Guatemala, 1992-2018	-18,9	-19,4	-13,9	-7,8	-0,8	-0,8	-0,6	-0,3
Honduras 1988-2013	4,3	0,8	-0,5	0,8	0,2	0,0	0,0	0,0
México 1990-2010	19,2	3,5	-2,2	-6,9	0,9	0,2	-0,1	-0,3
Panamá 1990-2010	-4,0	-4,8	-4,1	-6,0	-0,2	-0,2	-0,2	-0,3
Perú 1993-2017	-9,6	-14,3	-14,5	-10,9	-0,4	-0,6	-0,6	-0,5
República Dominicana 2002-2010	18,0	12,3	9,9	8,2	2,2	1,5	1,2	1,0
Uruguay, 1985-2011	12,2	-2,7	-12,0	-17,6	0,5	-0,1	-0,5	-0,7
Venezuela (República Bolivariana de) 1990-2011	5,6	-2,2	-6,6	-7,1	0,3	-0,1	-0,3	-0,3

Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos MATERNILAC.

Es claro, entonces, que la intensidad de la maternidad al final de la adolescencia tiene un comportamiento diferente al del indicador más usado para referirse a la maternidad adolescente (porcentaje de madres, del grupo de 15 a 19 años). Tal discrepancia se debe a que este último es un indicador truncando, porque sus integrantes no han concluido la adolescencia (de hecho, algunas están recién iniciándola). Por ello, además, este indicador está afectado por la estructura por edad del grupo 15-19. Entonces, pese su popularidad y su sencilla interpretación, el indicador porcentaje de madres entre las mujeres adolescentes (15-19), tiene debilidades y debe, necesariamente ser complementado por otros y, eventualmente, refinado para controlar el efecto distorsionador de los cambios en la composición por edad simple del grupo 15-19. Esto se hará más adelante en este texto mediante la aplicación del procedimiento denominado tipificación.

De cualquier manera, que aumente el indicador de porcentaje de madres en el grupo 15-19 y no lo haga el de porcentaje de madres de 19 y 20 años, implica que —en ausencia de efecto de estructura etaria sobre el primer indicador y bajo el supuesto que la tendencia se debe a un comportamiento similar de las edades 19 y 20— la maternidad en las edades menores de la adolescencia (15 a 18) tuvo que haber tenido un aumento importante, que impulsó al indicador del grupo 15-19, contrarrestando la tendencia en sentido contrario del grupo 19-20.

De hecho, eso es exactamente lo que se aprecia en el gráfico 1, por cuanto los mayores niveles de maternidad adolescente por edad simple se registran en los censos de la década de 2000 en todas las edades. Son diferencias ligeras a la vista por la escala del gráfico, pero son sistemáticas, al menos hasta la edad 19. Sin embargo, al comparar los censos de la década de 2010 con los de la década de 1990, se advierte que la maternidad hasta la edad 18 es mayor que en los censos de la década de 1990 y, en cambio, es claramente menor en la edad 19, ratificando lo expuesto anteriormente: el aumento del indicador estándar de maternidad adolescente (porcentaje de madres entre las mujeres de 15-19 años) entre 1990 y 2010 se debió exclusivamente al alza de la maternidad en las edades tempranas de la adolescencia, incluyendo la edad 18, pues la fase final de la misma (edad 19), la maternidad cayó. Todo lo anterior mantiene validez si se usan los valores calculados excluyendo a los ignorados (gráfico 2). Cabe mencionar que el aumento de la maternidad entre 1990 y 2000 no se limitó a la adolescencia, pues varias edades de la juventud (20-29) también lo experimentaron. Por cierto, esto no significa que haya aumentado la fecundidad, pues esta corresponde a un fenómeno distinto, vinculado a la cantidad de hijo tenidos y no solo al primer hijo como la maternidad, y por ello se mide con otro indicador. Esta distinción será retomada más adelante en este texto, cuando se examine específicamente la fecundidad o la paridez.

Finalmente, las menores de 15 años ameritan un trato especial por las razones sustantivas y metodológica que ya se explicaron. El cuadro 4 presenta el porcentaje de madres por edad simple para este grupo. Los datos ratifican que la maternidad precoz tiene un comportamiento diferenciado según edad. Las edades menores (10 y 11) caen poco o incluso aumentan (la edad 11); las edades 12 y 13 caen fuerte y la edad 14 cae, pero mucho menos. Las tendencias no cambian al usar el supuesto alternativo sobre tratamiento de ignorados, pero si difieren las cuantías del cambio. Un caso llamativo y preocupante es Brasil, pues mientras la maternidad adolescente se redujo fuertemente entre 2000 y 2010, la maternidad precoz aumentó en todas las edades (cuadro 5). Puede concluirse, entonces, que la maternidad precoz sigue siendo preocupante y amerita esfuerzos redoblados para reducirla y, en rigor, llevarla a cero.

Cuadro 4
América Latina, total regional comparativo (10 países): maternidad grupo 10 a 14 años por edad simple,
censos décadas de 1990, 2000 y 2010
(En porcentajes)

Censos (décadas)	Madres (todos los casos)					Madres (excluye ignorados)				
	Edad					Edad				
	10	11	12	13	14	10	11	12	13	14
1990	-	-	0,520	0,523	1,097	-	-	0,646	0,633	1,280
2000	0,075	0,151	0,212	0,296	1,056	0,075	0,151	0,217	0,302	1,075
2010	0,069	0,208	0,189	0,336	0,977	0,070	0,212	0,198	0,345	1,001
Cambio 1990-2010	-8,0	37,8	-63,6	-35,8	-10,9	-6,1	40,2	-69,4	-45,5	-21,8

Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos MATERNILAC.

Nota: Los países incluidos son Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Ecuador, Guatemala, México, Panamá, Perú y Venezuela (República Bolivariana de).

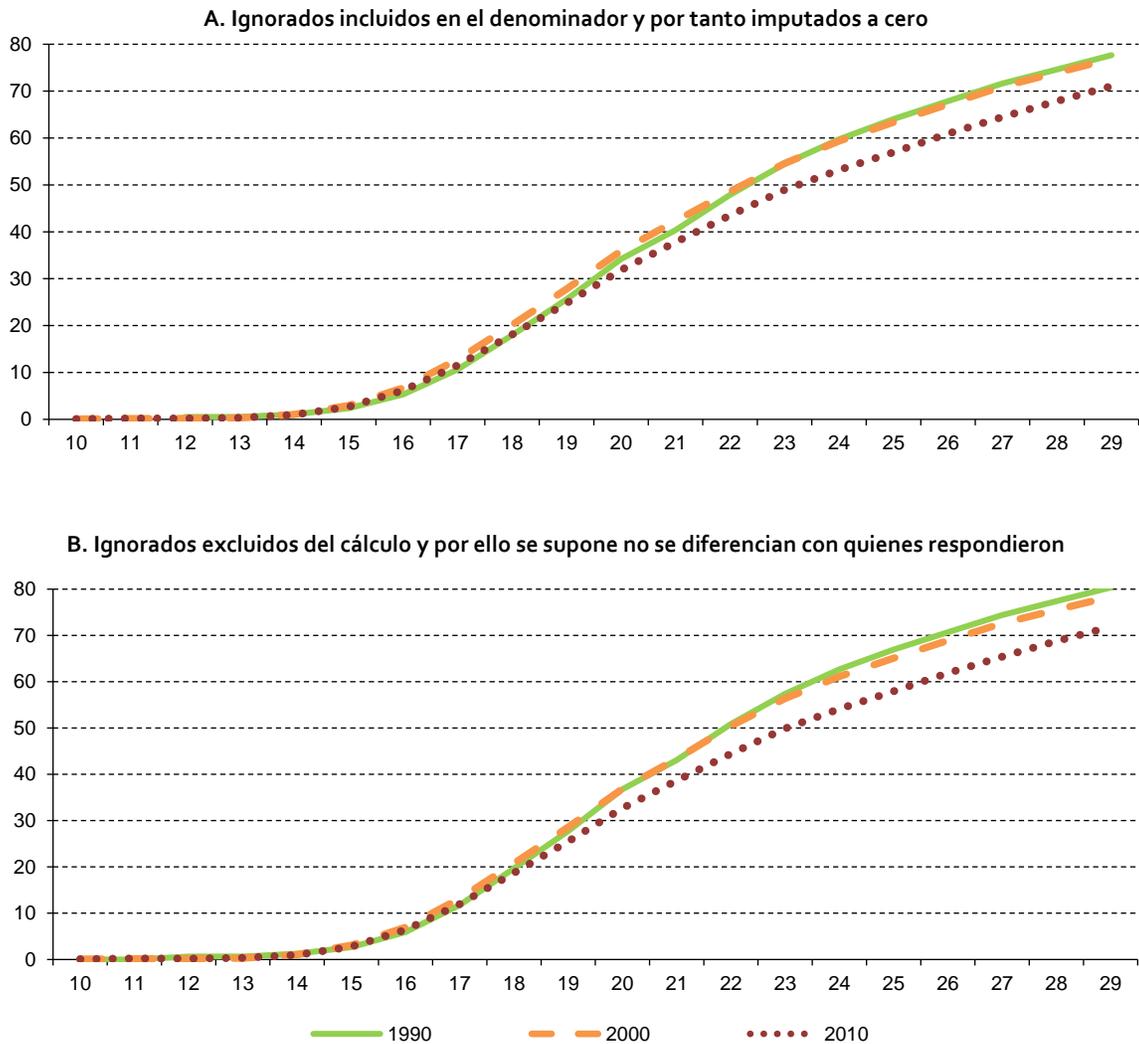
Cuadro 5
América Latina (países seleccionados): maternidad grupo 10 a 14 años por edad simple y cambio intercensal, censos décadas de 1990, 2000 y 2010
(En porcentajes)

País	Tratamiento ignorados	Censo (décadas) y edad														
		10			11			12			13			14		
		1990	2000	2010	1990	2000	2010	1990	2000	2010	1990	2000	2010	1990	2000	2010
Argentina	Con Ignorados imputados a cero													1,96	2,72	1,69
	Con ignorados excluidos													1,96	2,72	1,70
Brasil	Con Ignorados imputados a cero		0,07	0,07		0,15	0,23		0,22	0,30		0,34	0,37		1,08	1,11
	Con ignorados excluidos		0,07	0,07		0,15	0,23		0,22	0,30		0,34	0,37		1,08	1,11
Costa Rica	Con Ignorados imputados a cero								0,01	0,42		0,13	0,37		0,62	0,69
	Con ignorados excluidos								0,02	0,62		0,18	0,50		0,84	0,90
Ecuador	Con Ignorados imputados a cero								0,58	0,23		0,75	0,37		1,63	1,18
	Con ignorados excluidos								0,58	0,23		0,75	0,38		1,63	1,22
Guatemala	Con Ignorados imputados a cero			0,02			0,02	0,27	0,45	0,03	0,33	0,49	0,07	0,80	1,00	0,38
	Con ignorados excluidos			0,02			0,02	0,27	0,45	0,04	0,33	0,49	0,08	0,80	1,00	0,45
Honduras	Con Ignorados imputados a cero							0,39	0,20	0,27	0,58	0,27	0,32	1,29	0,63	0,99
	Con ignorados excluidos							0,39	0,20	0,27	0,59	0,27	0,32	1,29	0,63	0,99
México	Con Ignorados imputados a cero							0,35	0,10	0,04	0,29	0,09	0,12	0,57	0,49	0,51
	Con ignorados excluidos							0,46	0,10	0,05	0,37	0,09	0,13	0,71	0,51	0,53
Panamá	Con Ignorados imputados a cero								0,15	0,18		0,43	0,38		1,63	1,61
	Con ignorados excluidos								0,15	0,18		0,45	0,39		1,70	1,65
Perú	Con Ignorados imputados a cero							1,12	0,34	0,05	1,21	0,40	0,79	1,39	0,82	1,15
	Con ignorados excluidos							1,12	0,34	0,05	1,22	0,41	0,79	1,40	0,82	1,15
Venezuela	Con Ignorados imputados a cero							0,72	0,19	0,31	0,93	0,37	0,70	1,49	1,06	1,07
	Con ignorados excluidos							1,07	0,21	0,40	1,30	0,39	0,71	2,02	1,13	1,08

Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos MATERNILAC.

El gráfico 1 no solo muestra a la maternidad adolescente, también ofrece un panorama regional, comparativo por basarse en los 10 países con censos en la tres décadas, detallado del calendario de la maternidad al desagregar por edad simple y llegar hasta el final de la juventud (29 años en este texto), usando los dos supuestos de tratamiento de los ignorados. La maternidad *ad portas* la conclusión de la juventud (edad 29), sigue siendo mayoritaria pero decreciente, pues en los censos de las décadas de 1990 y de 2000 era cercana al 80%, mientras que en los censos de las décadas de 2010 fue más cercana al 70% (gráfico 1.A), tendencia que no cambia cuando se usa el supuesto de exclusión de los ignorados para los cálculos (gráfico 1.B). De cualquier manera, a la edad 25 la mayoría de las mujeres de la región ya ha sido madre, según los censo de la década de 2010, aunque la tendencia a la baja de este indicador, o lo que es lo mismo la tendencia a la postergación del primer hijo, hace probable que los censos de la década de 2020 muestren que a esa edad (25 años) ya no se alcanzará el 50% o más de madres.

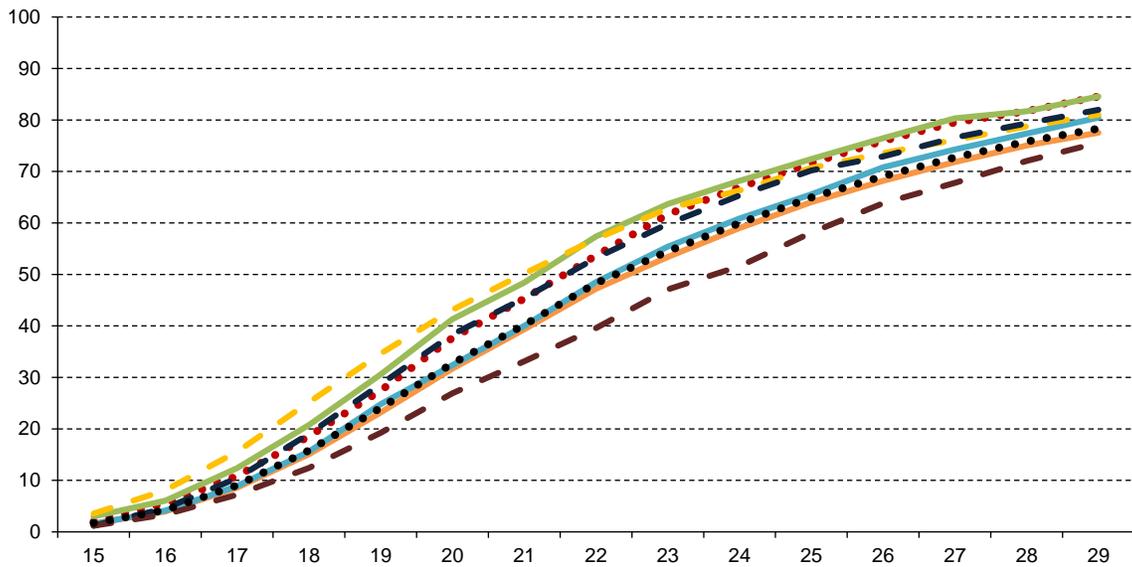
Gráfico 1
América Latina (10 países): madres grupo 10 a 29 años por edad simple,
censos de las décadas de 1990, 2000 y 2010
(En porcentajes)



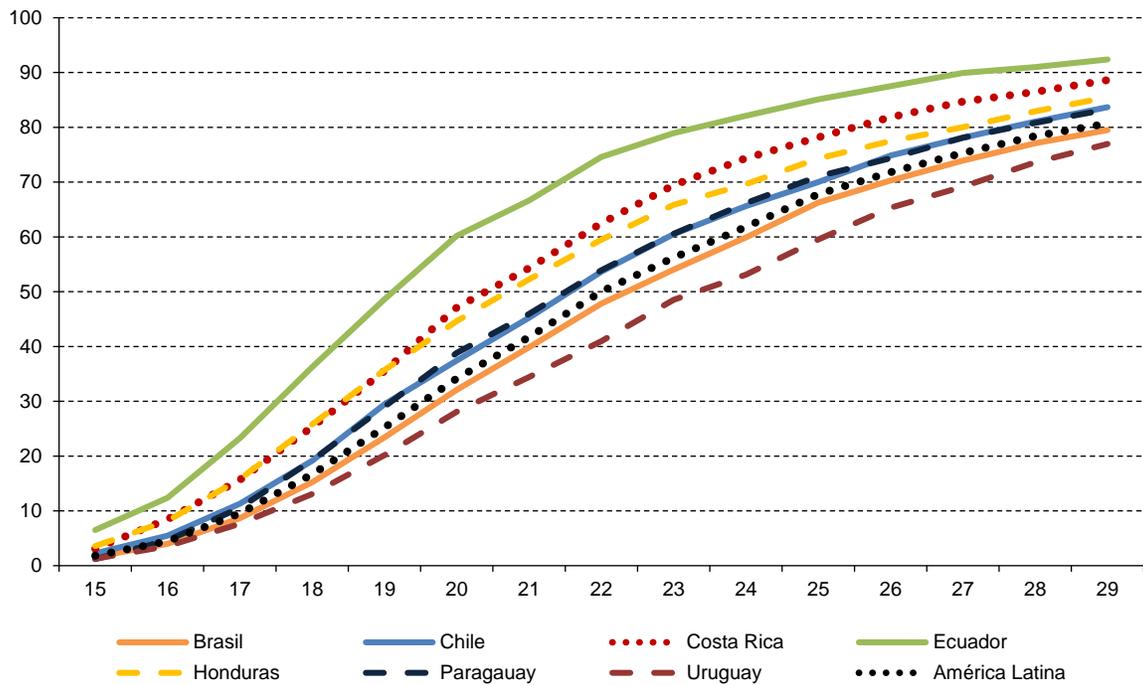
Fuente: Procesamiento especial de microdatos censales.

Gráfico 2
América Latina (7 países y total regional de esos 7 países): madres de 15 a 29 años
por edad simple, censo de la década de 1980
(En porcentajes)

A. Ignorados incluidos en el denominador y por tanto imputados a cero



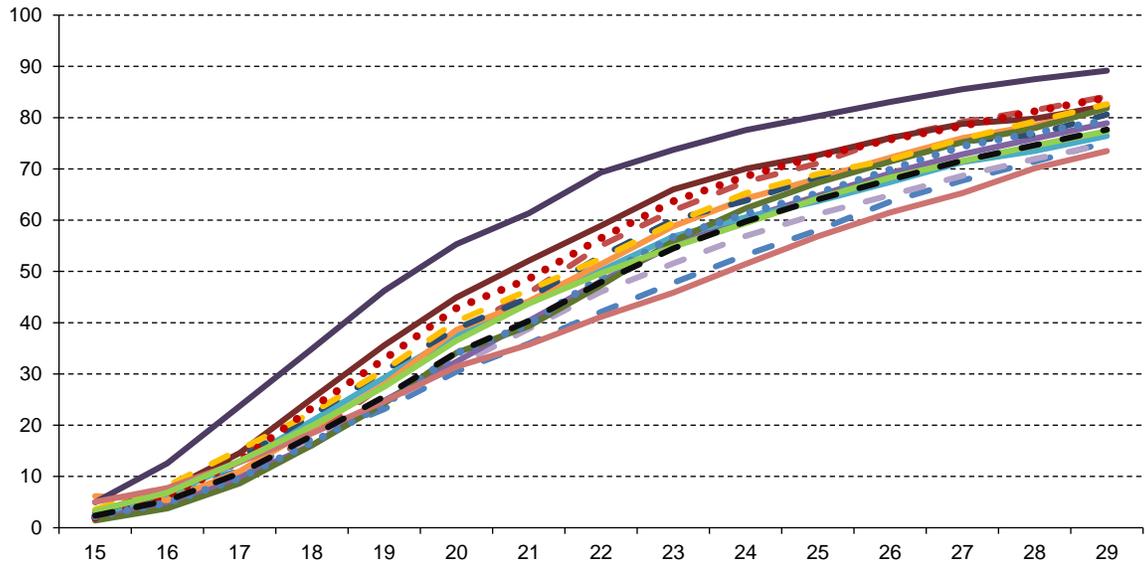
B. Ignorados excluidos del cálculo y por ello se supone no se diferencian con quienes respondieron



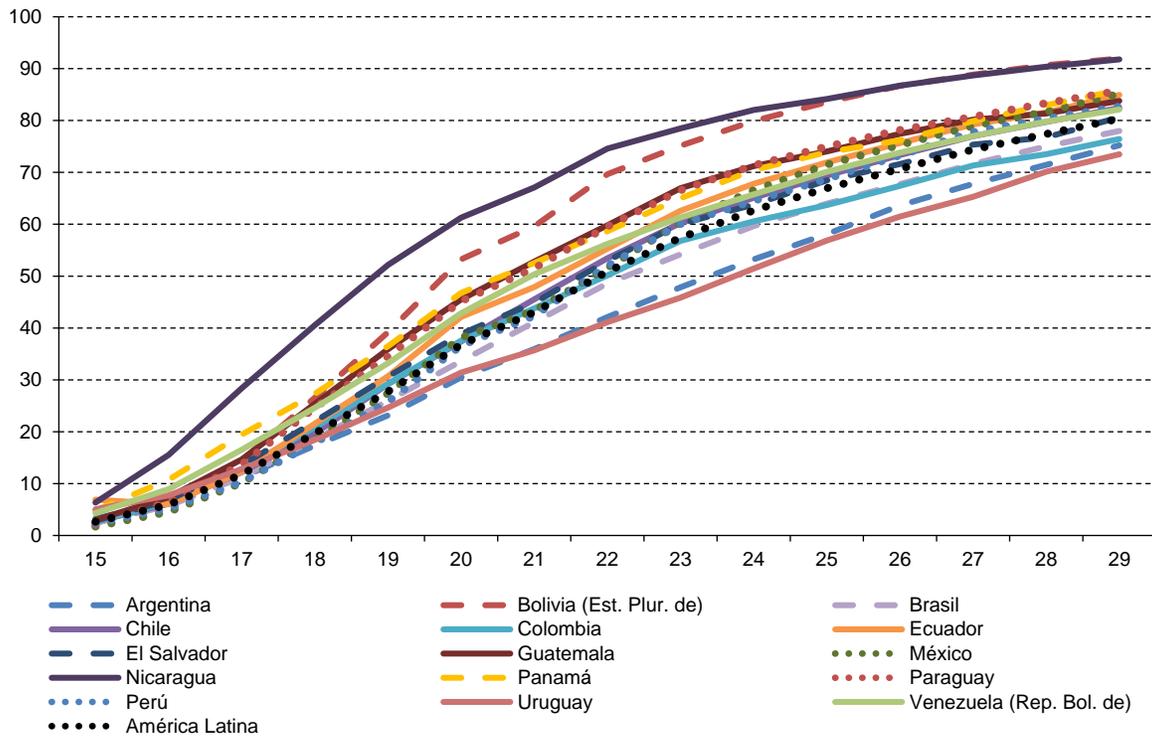
Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos MATERNILAC.

Gráfico 3
América Latina (15 países y total regional de esos 15 países): madres de 15 a 29 años
por edad simple, censo de la década de 1990
(En porcentajes)

A. Ignorados incluidos en el denominador y por tanto imputados a cero

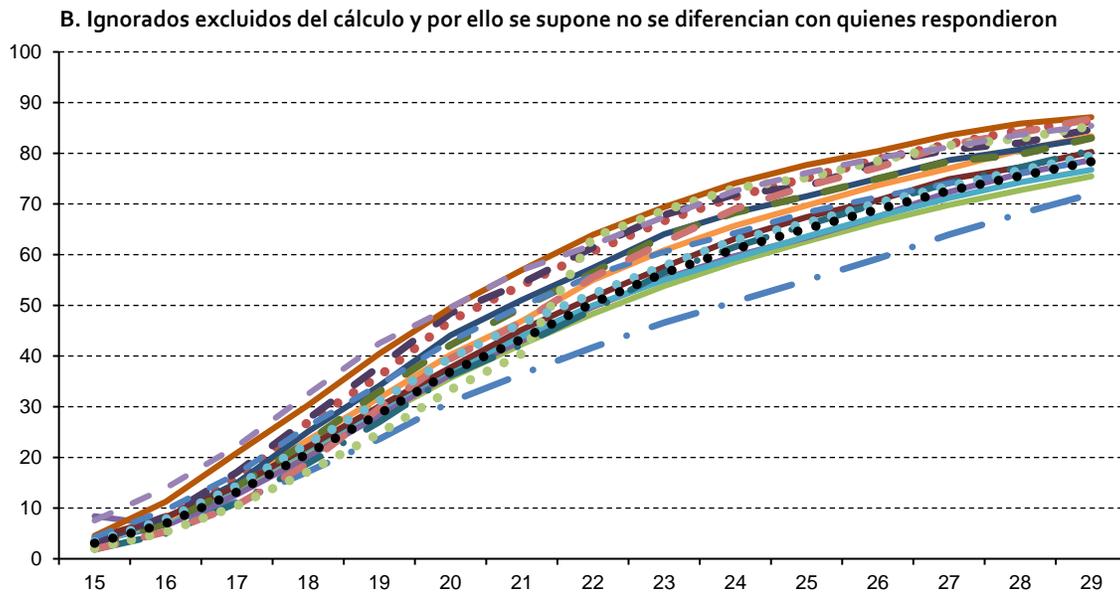
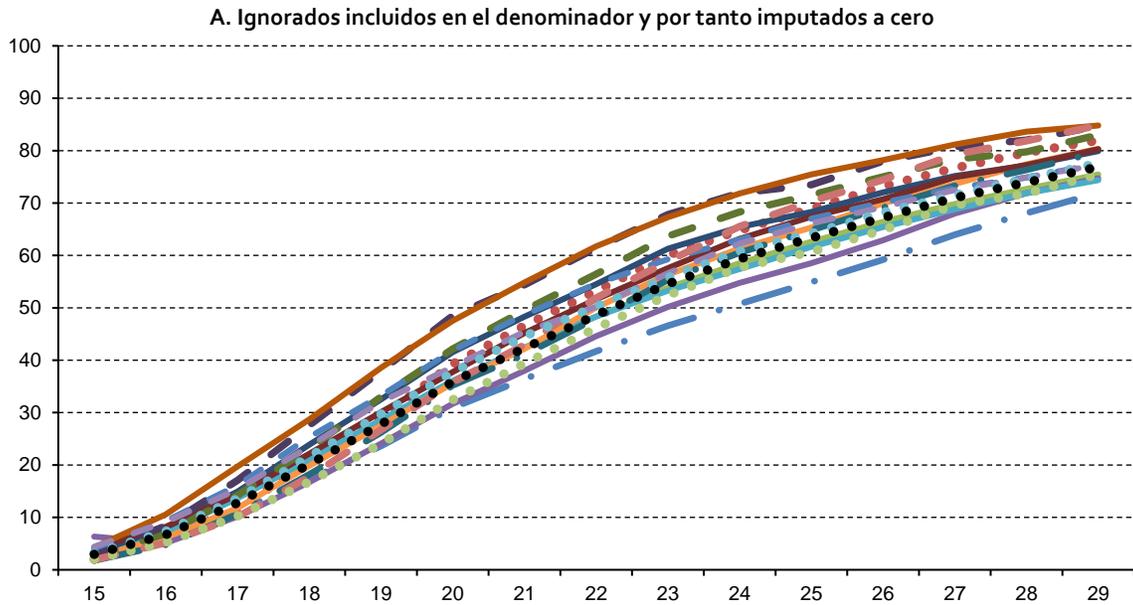


B. Ignorados excluidos del cálculo y por ello se supone no se diferencian con quienes respondieron



Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos MATERNILAC.

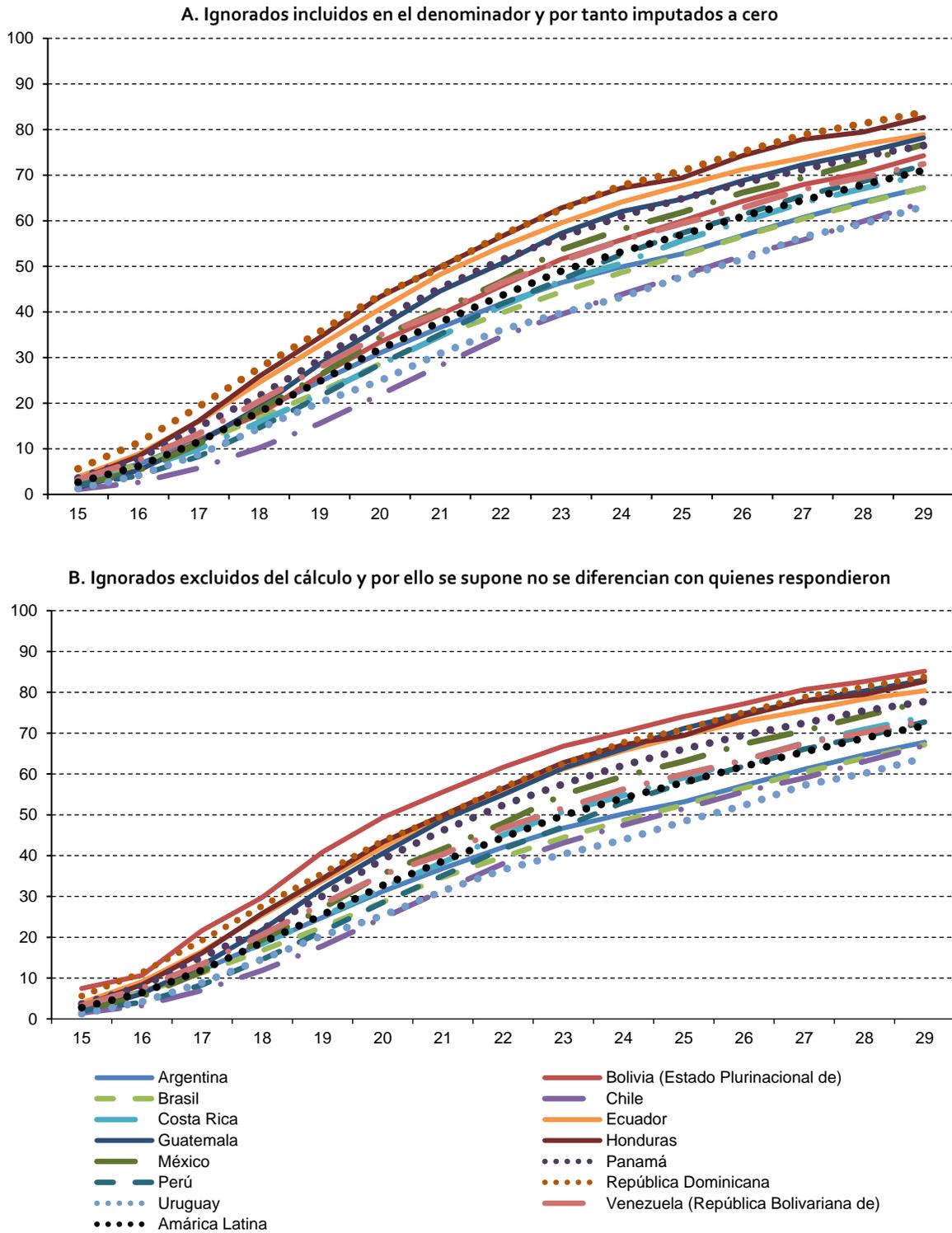
Gráfico 4
América Latina (17 países y total regional de esos 17 países): madres de 15 a 29 años
por edad simple, censo de la década de 2000
(En porcentajes)



- | | |
|--|---|
| — Argentina | ••••• Bolivia (Estado Plurinacional de) |
| — Brasil | — Chile |
| — Colombia | — Costa Rica |
| — Ecuador | — El Salvador |
| — Guatemala | — Honduras |
| — México | — Nicaragua |
| — Panamá | — Paraguay |
| ••••• Perú | — República Dominicana |
| ••••• Venezuela (República Bolivariana de) | ••••• América Latina |

Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos MATERNILAC.

Gráfico 5
América Latina (14 países y total regional de esos 14 países): madres de 15 a 29 años
por edad simple, censo de la década de 2010
(En porcentajes)



Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos MATERNILAC.

Por su parte, en los gráficos 2 al 5 podemos observar la maternidad por países en las cuatro décadas censales y bajo los dos supuestos de tratamiento de los ignorados. Entre los hallazgos que surgen de estos gráficos, cabe destacar:

- el aumento de la dispersión entre países de la maternidad al finalizar la juventud, básicamente por una caída del límite inferior, ya que oscilaba (con ignorados incluidos) entre 75% y 85% en los censos de la década de 1980 (7 países), entre 75% y 89% en los censos de la década de 1990 (15 países); entre 71% y 84% en la década de 2000 (17 países) y entre 64% y 83% en los censos de la década de 2010 (14 países),
- el aumento de la dispersión en otras edades, en particular al finalizar la adolescencia por la marcada caída de la misma, en países como Chile y Uruguay, dos países en los que también ha caído fuerte la maternidad en la juventud, siendo los únicos en los que la mayoría de las mujeres no ha tenido hijos a la edad 25, según los censos de la década de 2010,
- la pertinaz mayor maternidad en la adolescencia y juventud en países con mayores niveles de pobreza y menores índices de desarrollo humanos (Honduras, Guatemala, República Dominicana, Bolivia); en contraposición con la realidad de los países con mayor desarrollo humano de la región, en particular Chile y Uruguay,
- con todo, hay varios países desalineados en esta relación, como Argentina, con una maternidad temprana superior a lo esperado por su mayor desarrollo económico y social, o Perú en el sentido inverso.

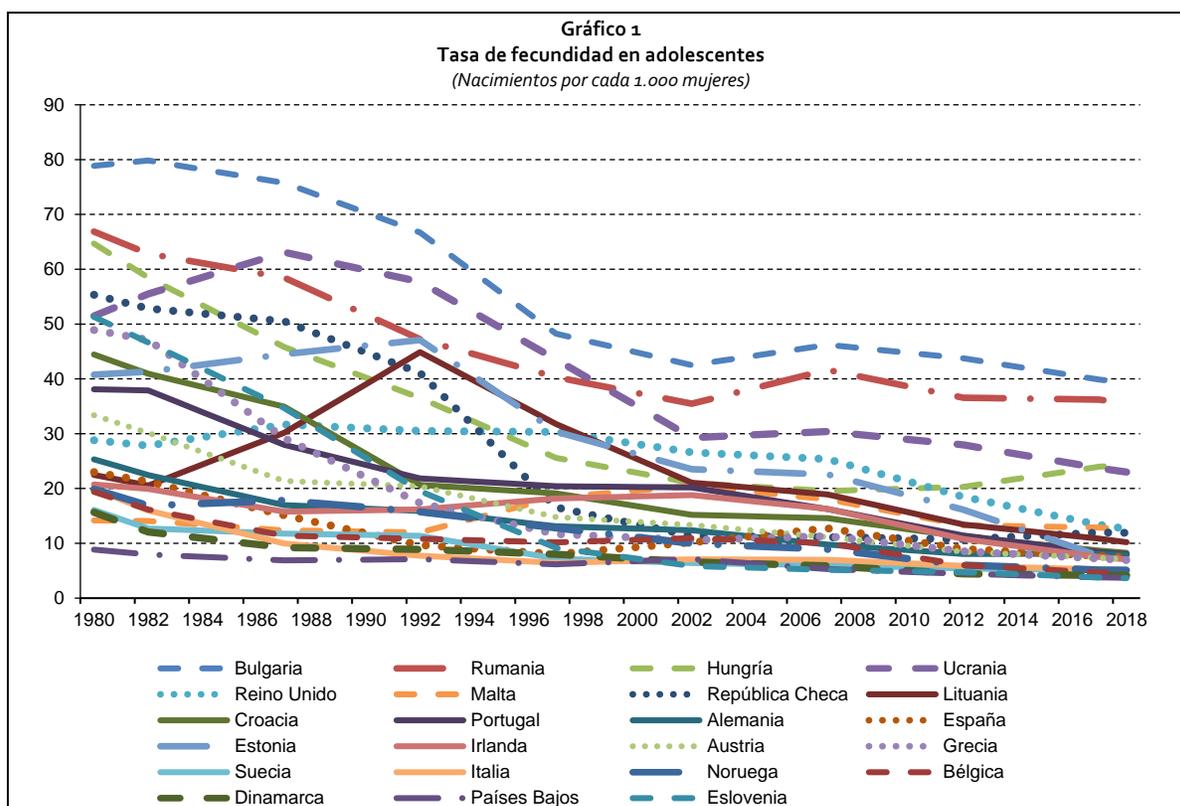
Recuadro 1

La experiencia europea: Tendencias generales y especificidades nacionales

En Europa la fecundidad adolescente presenta una tendencia bastante sistemática a la baja desde mediados de la década de 1980. Como se muestra en el siguiente gráfico, en promedio para toda Europa la caída de la tasa de fecundidad (jóvenes de 15 a 19 años) ha pasado de un 34,1 en 1980 a un 8,9 en 2018 (División de Población de las Naciones Unidas 2020). Pese a esta caída de la tasa de fecundidad en todos los países de la Unión Europea a lo largo de los años, se pueden notar diferencias importantes entre las naciones que la forman (ver gráfica adjunta). Entre los países que presentan las mayores tasas de fecundidad adolescente el año 2018, encontramos el bloque de los países conocidos como "*países del Este*". A la cabeza se encuentra Bulgaria con una tasa de 39,3 por mil, seguida por Rumanía con 35,4 y Hungría con 24,7. En el lado opuesto con las tasas más bajas se encuentran los Países Bajos y del Norte (Dinamarca y Noruega), con unas tasas del 3,7, 4,2 y 5,1 respectivamente. Entre los valores intermedios encontramos a dos países del denominado bloque Mediterráneo (Portugal y España) con unas tasas del orden de 8 por mil. Estos datos muestran la heterogeneidad que existe en la región y como la conglomeración territorial opera en esta variable, probablemente por las identidades culturales e historias compartidas que se expresan en los diferentes territorios transnacionales.

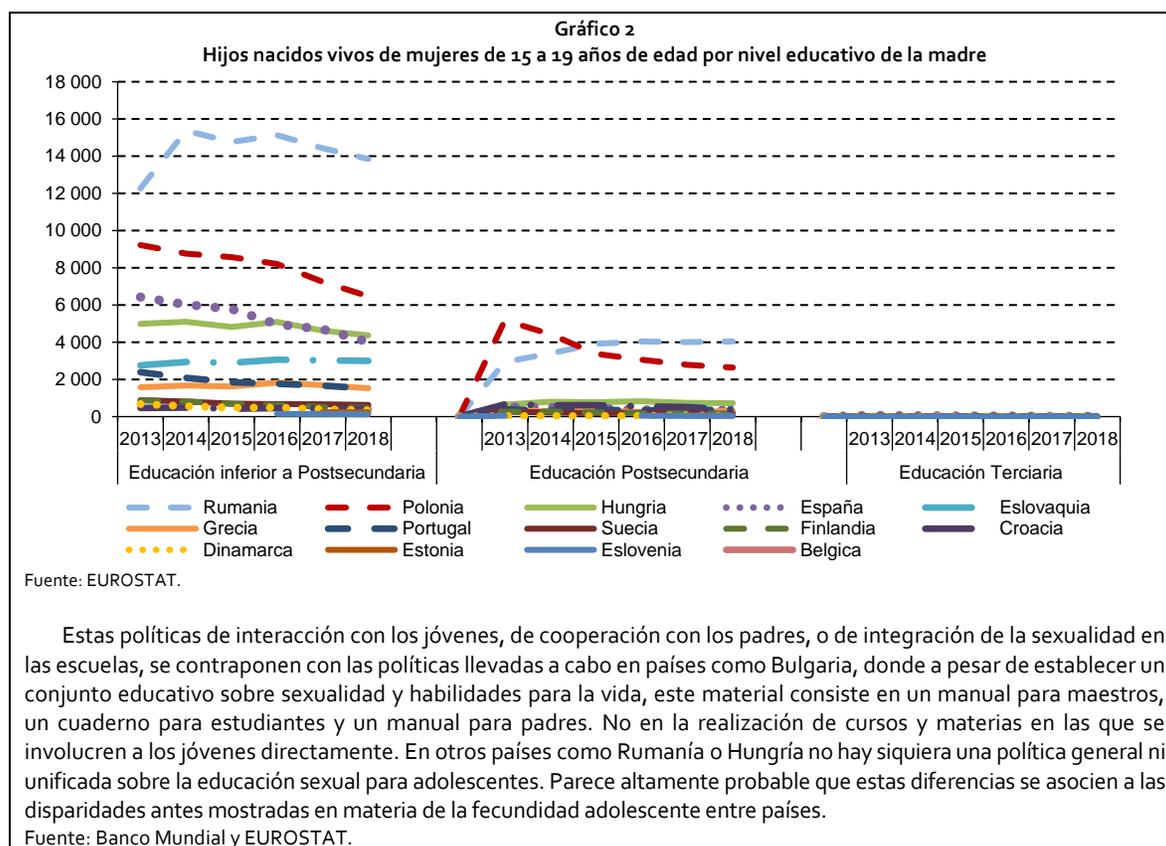
Para Sugareva (2015) las altas tasas de fecundidad que se muestran en Bulgaria, y probablemente en otros países de Europa Oriental, se deben a la pobreza y al entorno tradicional, típico de algunos segmentos de la población como al denominado étnico romaní. En estos entornos, los jóvenes (adolescentes) están siendo empujados a la maternidad temprana por la presión familiar, las cuales suelen ser pobres y ven la llegada de un hijo como fuente de ingresos, por ejemplo, vía subsidios públicos, para toda la familia. Al mismo tiempo, estos adolescentes dejan de ir a la escuela, lo que a su vez perpetúa el círculo vicioso de la pobreza y la maternidad temprana. En una entrevista en el año 2017 para el canal de noticias "euronews", la eurodiputada Irene Donadio, sugería que las diferencias en las tasas de fecundidad juvenil entre países se deben al sistema de funcionamiento de cada país. Para ella, en países como Bulgaria o Rumanía la falta de derechos en temas de igualdad de género, educación o la limitación al acceso de métodos anticonceptivos provoca estas elevadas diferencias entre países y tasas altas de fecundidad.

En esa línea, si comparamos el nivel educativo y el número de nacimientos de hijos nacidos vivos desde el año 2013 para los países de la Unión Europea, contemplamos de nuevo que existen evidencias de la desigualdad entre países y entre niveles educativos. Mientras Dinamarca presenta unos nacimientos mínimos en cualquiera de sus categorías educativas, 347 casos en 2018 para estudios inferiores a postsecundaria y 46 para postsecundaria, Rumanía llega a los 12.000 nacimientos para las mujeres de menor instrucción educativa.



De este modo, estas diferencias en el número de nacimientos en adolescentes también han sido constatadas por estudios como el llevado a cabo por Part et al. (2013). Una de las posibles explicaciones puede estar relacionada con los sistemas de sanidad. En el caso de los países del Norte los servicios de salud sexual son parte de los primeros auxilios y tienen centros especializados (Part et al. 2013). Además, en países como Suecia y Finlandia, la educación sexual es abiertamente discutida en la sociedad y los servicios de planificación familiar y de aborto son gratuitos. A este hecho también se le añade el nivel educativo alto de manera generalizada de la población (Wallace & Vienonen 1989).

Otro factor que también ha influido en las diferencias entre países en sus niveles de fecundidad adolescente refiere a las políticas públicas llevadas a cabo. Un estudio de políticas públicas en temas sexuales y reproductivos de la Unión Europea concluye que los Países nórdicos y el Benelux son conocidos por tener los programas educativos sexuales de más alta calidad, mientras que los países del este y los estados del sur de Europa tienen una educación sexual deficiente o inexistente (Beaumont et al., 2013). Por mostrar algunos ejemplos, en Dinamarca, uno de los países pioneros en establecer la educación sexual como mandatoria (1970), de hecho, ésta se ha integrado en todas las asignaturas escolares. Además, los alumnos son libres de cualquier pregunta de índole sexual en la escuela en cualquier momento y el profesor puede presentar un tema de discusión relacionado con sexualidad en cualquier momento. Por último, la escuela puede traer a oradores invitados del más amplio espectro, incluyendo disidencias sexuales y trabajadores/as del comercio sexual, para compartir sus experiencias. En Austria, país que no pertenece al norte o al Benelux, también se toman políticas educación sexual de calidad, los cursos sobre sexualidad comienzan en la escuela primaria y son integrados en las lecciones de biología, alemán y educación religiosa. Para este país, los objetivos principales de la educación sexual en la escuela son construir conocimiento de valores basados en el respeto mutuo; cooperación con los padres; y para establecer estructuras interdisciplinarias en las que se imparta educación sexual. En España, aunque la educación sexual no es obligatoria en las escuelas, el gobierno hace campañas televisivas de concienciación sobre el uso de métodos anticonceptivos y los riesgos del no hacer uso de los mismos. Además, han establecido una página web en la que dan datos sobre la sexualidad entre los jóvenes, que recoge sus opiniones y experiencias, así como la demostración de cómo utilizar métodos anticonceptivos como el preservativo femenino (Gobierno de España).



B. Hijos nacidos vivos durante la adolescencia: paridez y uni/multiparidad

La reproducción en la adolescencia y juventud también puede examinarse desde la perspectiva de la intensidad, es decir, no en términos dicotómicos como la maternidad (haber, o no haber, tenido hijos), sino en términos de la cantidad de hijos tenidos a las diferentes edades. En este sentido, dos de los indicadores existentes se usan en este estudio: i) la paridez (que para poblaciones se expresa en una media de hijos nacidos vivos, lo que obviamente supone todos los problemas de las medias, en particular invisibilizar la heterogeneidad detrás de dicha media) y ii) la distribución de las madres según número de hijos.

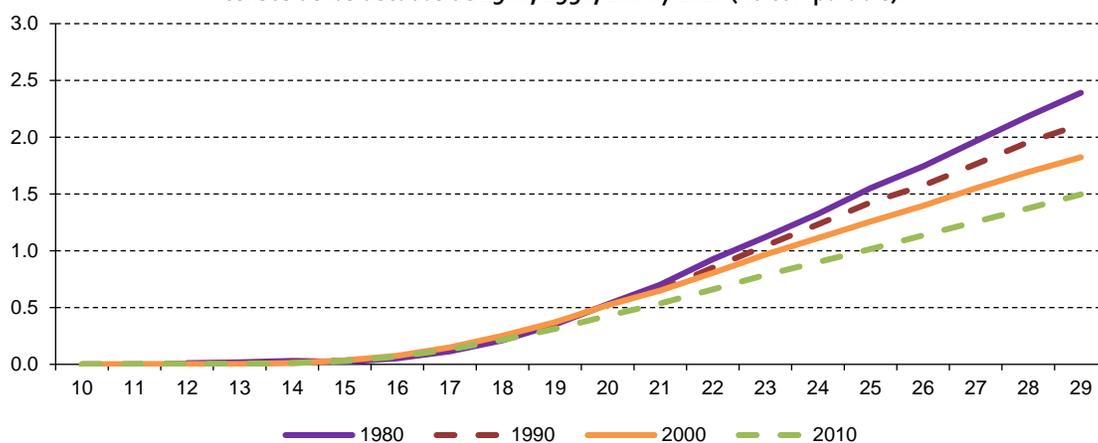
En el gráfico 6 se muestra la paridez por edad simple y se aprecia una fuerte caída durante la juventud, ciertamente asociada a la ya antes vista reducción de la maternidad en esta fase de la vida y a la caída de las tasas de fecundidad de los grupos 20-24 y 25-29 que muestran todas las estimaciones nacionales e internacionales (World Population Prospects 2019, en línea, <https://population.un.org/wpp/>). Ciertamente, los valores de la paridez son más comunicativos que los de las tasas específicas de fecundidad. En efecto, es muy sencillo entender que el número medio de hijos al final de la juventud pasó del orden de 2,1 hijos/as por mujer en los censos de 1990 a 1,4 en los censos de 2010 (Gráficos 6 y 7)⁶.

⁶ Nuevamente se advierte que: i) los gráficos 6 y 7 difieren en los países incluidos y si bien el gráfico 6 tiene más países, su cantidad varía y los casos incluidos varía en cada década censal, por lo cual sus resultados no pueden ser comparables; por ello el análisis comparativo diacrónico se hará con base en el gráfico 7, que solo tiene 10 países, pero se mantienen en todos los censos; ii) los dos

Este hecho se debe tanto al aumento de la nuliparidad durante la juventud (antes visto), como a la reducción de los hijos de órdenes superiores a 1, como se verá con detalle más adelante. Además, cabe destacar que esta reducción se verifica en todas las edades, a diferencia de la maternidad, lo que refuerza la idea de que son los hijos de órdenes superiores a 1 los decisivos para esta trayectoria. De hecho, la única explicación posible es que después de tener su primer hijo, las adolescentes detuvieron su trayectoria reproductiva con mayor propensión en los censos de 2010 que en los dos censos previos.

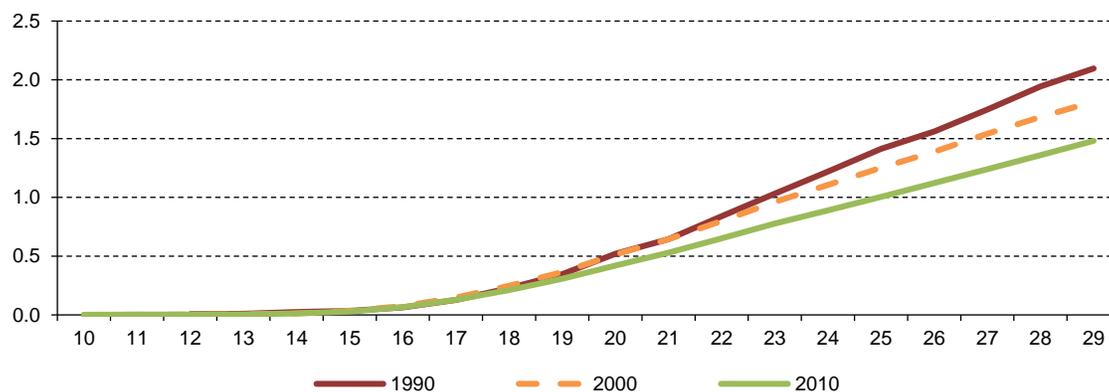
Esto último se puede comprobar fácilmente con los cuadros 6 y 7, que, además, permiten dar nueva evidencia sobre un tema que ha sido objeto de debate y que se incluye en el Consenso de Montevideo (en particular la medida prioritaria 15), como es la prevención del embarazo subsiguiente en la adolescencia.

Gráfico 6
América Latina y el Caribe: paridez grupo de 10 a 29 años por edad simple, censos de las décadas de 1980, 1990, 2000 y 2010 (no comparable).



Fuente: Procesamiento especial de microdatos censales.

Gráfico 7
América Latina y el Caribe (10 países): paridez grupo de 10 a 29 años por edad simple, censos de las décadas de 1990, 2000 y 2010 (comparable)



Fuente: Procesamiento especial de microdatos censales.

Nota: Los países incluidos aparecen en nota del cuadro 2.

indicadores imputan a cero los ignorados, salvo un caso excepcional de ignorados en algunos países -a saber, las mujeres que reportan maternidad pero no precisan la cantidad de hijos nacidos vivos-, las que se excluyen de ambos indicadores, lo que supone que tienen la misma paridez de quienes respondieron.

Por otra parte, los cuadros 6 y 7 (cuadro 6 no comparable y cuadro 7 comparable intertemporalmente) muestran la distribución de las madres según número de hijos (hasta 3 y más) y claramente se aprecia la disociación entre calendario e intensidad, en particular en la adolescencia, pero también en la juventud. Mientras en los censos de la década de 1990, los hijos de orden 2 o más eran casi el 25 % del grupo 15-19, y eran ampliamente mayoritarios en la juventud, en la década de 2010 son del orden de 16% del grupo 15-19, y son menos de la mitad en la juventud⁷.

Estos resultados permiten ratificar un argumento expuesto en publicaciones previas en el marco de un debate en curso sobre la relación entre el calendario y la intensidad de la fecundidad (Rodríguez 2014 y 2017). Un calendario temprano de la fecundidad (en particular, tener un hijo durante la adolescencia) ya no anticipa tan fuertemente como en el pasado, una intensidad reproductiva final e intermedia (al final de la juventud) alta (4 hijos o más). Ciertamente, aún persiste una relación, porque las mujeres que comienzan temprano su vida reproductiva tienen en promedio mayor paridez final y mayor paridez a todas las edades, pero el diferencial respecto de las que inician tardíamente se ha reducido y, cabe insistir, iniciar la reproducción tempranamente ya no significa tener muchos hijos, porque cada vez hay menos mujeres que tienen muchos hijos. De hecho, tanto en los cuadros 6 y 7 como en el gráfico 8 se aprecia que en todos los países la gran mayoría de las madres adolescentes tienen un solo hijo y que la condición de madres adolescentes primípara ha aumentado sostenidamente en todos ellos y, por ende, también en la región.

Con todo, las cifras del cuadro 8 revelan un dato preocupante. Si bien la gran mayoría de las madres adolescente llegan a los 20 años con un solo hijo y esta proporción es creciente en el tiempo, todavía un cuarto de las madres adolescentes llega a los 20 años con 2 o más hijos, cifra que es mayor entre los grupos desaventajados, como se verá más adelante. Se trata de una situación particularmente compleja, tanto por sus efectos, como por sus determinantes y eventuales factores culturales detrás y de difícil abordaje. En el caso de los efectos, si ser madre ya implica un conjunto de desventajas para las adolescentes, tener más de un hijo las acentúa. Respecto de sus determinantes, hijos de órdenes superiores a uno durante la adolescencia sugieren que la institucionalidad de salud, educación y protección social que se activa y focaliza en las madres adolescentes falla y no logra su cometido, lo que puede deberse a simple ineficacia o inoperancia de estos dispositivos institucionales, o a otros factores sicosociales que no son debidamente considerados, o a fuerzas subyacentes poderosas que incentivan la continuación de la trayectoria reproductiva temprana, sea de forma directa o simplemente porque no hay otras opciones.

Cuadro 6
América Latina y el Caribe: madres según cantidad de hijos por grupos de edad,
estructura relativa, censos de las décadas de 1980, 1990, 2000 y 2010 (no comparable)
(En porcentajes)

Censos (no comparable)	Grupos de edad y cantidad de hijos								
	15-19			20-24			25-29		
	1 hijo	2 hijos	3 hijos y más	1 hijo	2 hijos	3 hijos y más	1 hijo	2 hijos	3 hijos y más
1980	72,3	21,4	6,3	45,4	30,6	24,0	25,9	29,3	44,8
1990	75,2	19,2	5,6	48,7	31,1	20,3	28,4	32,0	39,6
2000	79,3	17,2	3,5	54,6	29,6	15,8	35,2	33,4	31,5
2010	83,5	14,1	2,4	61,3	27,6	11,1	42,2	33,4	24,4

Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos MATERNILAC.

⁷ Tener presente que se trata de valores truncados, por lo cual al final de cada etapa (adolescencia, juventud media y final de la juventud) las proporciones serán diferentes y casi con seguridades mayores. Con apoyo en el cuadro 8 se puede apreciar mejor este punto.

Cuadro 7
América Latina y el Caribe (10 países): madres según cantidad de hijos por grupos de edad, estructura relativa, con censos de las décadas de 1990, 2000 y 2010 (comparable)
(En porcentajes)

Censos ^a (comparable)	Grupos de edad y cantidad de hijos								
	15-19			20-24			25-29		
	1 hijo	2 hijos	3 hijos y más	1 hijo	2 hijos	3 hijos y más	1 hijo	2 hijos	3 hijos y más
1990	75,5	19,0	5,5	49,0	31,0	20,0	28,6	32,1	39,3
2000	79,2	17,3	3,6	54,6	29,6	15,8	35,2	33,6	31,2
2010	83,6	14,0	2,4	61,5	27,6	11,0	42,5	33,4	24,0

Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos MATERNILAC.

^a Países y sus censos: Argentina 1991-2010, Bolivia (Estado Plurinacional de) 1992-2012, Brasil 1980-2010, Chile 1982-2017, Ecuador 1980-2010, Guatemala 1992-2018, México 1990-2010, Panamá 1990-2010, Perú 1993-2017, Venezuela (República Bolivariana de) 1990-2011.

Cuadro 8
América Latina y el Caribe (10 países): madres según cantidad de hijos, 19-20, 25 y 29 años de edad, estructura relativa, con censos de las décadas de 1990, 2000 y 2010 (comparable)
(En porcentajes)

Censos ^a (comparable)	Grupos de edad y cantidad de hijos								
	19-20			25			29		
	1 hijo	2 hijos	3 hijos y más	1 hijo	2 hijos	3 hijos y más	1 hijo	2 hijos	3 hijos y más
1990	64,8	25,9	9,3	35,0	32,4	32,5	22,7	31,5	45,8
2000	69,0	23,9	7,0	41,7	32,9	25,5	29,5	34,0	36,5
2010	75,2	20,4	4,4	49,3	31,9	18,8	36,8	34,3	28,8

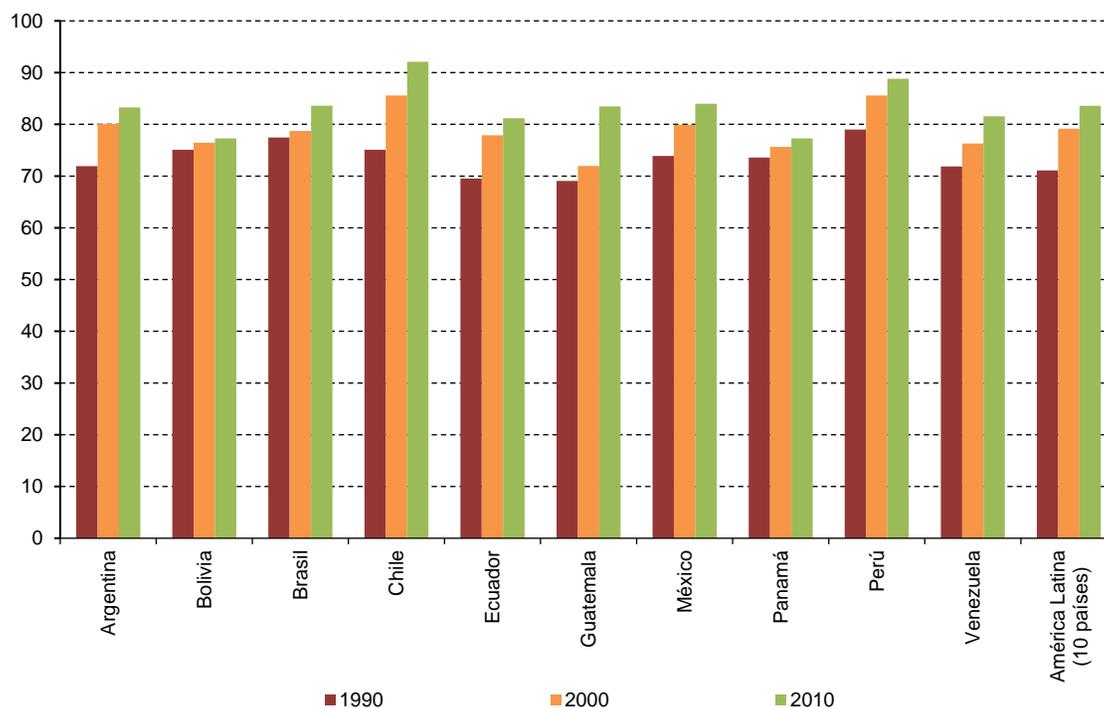
Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos MATERNILAC.

^a Países y sus censos: Argentina 1991-2010, Bolivia (Estado Plurinacional de) 1992-2012, Brasil 1980-2010, Chile 1982-2017, Ecuador 1980-2010, Guatemala 1992-2018, México 1990-2010, Panamá 1990-2010, Perú 1993-2017, Venezuela (República Bolivariana de) 1990-2011.

En este sentido, parte de este grupo de madres adolescente multíparas podrían constituir un “núcleo duro” de la reproducción en la adolescencia, caracterizado por exclusiones históricas que las mantienen al margen de la intervención pública y en particular los programas materno-infantiles generales y las acciones focalizadas de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Ya sea por pautas culturales que dan prioridad al rol materno y que limitan las opciones de las muchachas, por prácticas socioculturales en las que tener varios hijos durante la adolescencia tiene alguna funcionalidad, y por una estructura social que brinda nulas o muy escasas alternativas de proyectos y opciones de vida, reduciendo el costo de oportunidad de este comportamiento. Desde luego, esta noción y caracterización de “núcleo duro” debe tomarse como hipótesis para investigaciones ulteriores y su eventual caracterización no debe: i) descuidar el foco principal, que sigue siendo la prevención del primer embarazo durante la adolescencia; ii) concluir con fatalismos que consideren tal núcleo duro como inmodificable.

Cualquiera sea el caso, estos datos demuestran que la medida prioritaria 15 del Consenso de Montevideo “*Diseñar estrategias intersectoriales dirigidas a ayudar a las mujeres a prevenir el embarazo subsiguiente en la adolescencia, incluida la atención prenatal, del parto y posparto, el acceso a métodos anticonceptivos, a las acciones de protección y asistencia y a la justicia*”, todavía requiere un despliegue de acciones mucho más robusto y eficiente.

Gráfico 8
América Latina (10 países): madres adolescentes que tiene un solo hijo/a,
con censos en 1990, 2000 y 2010
(En porcentajes)



Fuente: Procesamiento especial microdatos censales.

C. Desigualdad según nivel educativo

La desigualdad reproductiva tiene muchas dimensiones: el calendario, la intensidad, la deseabilidad y los determinantes próximos. Asimismo, la desigualdad reproductiva tiene diversas expresiones, pues puede ser de índole socioeconómica, étnica o territorial, entre otras. El presente capítulo se concentra en la desigualdad educativa de la maternidad según edad. En el próximo se abordarán las desigualdades en materia de determinantes próximos. Los cuadros de este capítulo solo usan los 10 países con censos en las tres décadas (1990, 2000 y 2010). Se utiliza exclusivamente el indicador de maternidad estándar (porcentaje de madres con ignorados imputados a cero) a las edades 19-20, 25 y 29, desagregado según niveles educativos (medidos a través de los años de escolaridad)⁸, o el cambio de este indicador entre el censo de la década de 1990 y el de la década de 2010. A partir de esta segmentación, se calculan 5 medidas resúmenes de la desigualdad social del porcentaje de madres a diferentes edades de la adolescencia y la juventud, a saber:

- la “desigualdad polar”, que corresponde a la relación entre los grupos con valores extremos del indicador. Normalmente, los grupos con niveles extremos de la maternidad adolescente y juvenil son el de menor educación y el de mayor educación, salvo en 2010, porque en los censos de esa década la mayor maternidad se da en el grupo de 5 a 8 años de estudio;

⁸ A lo largo de este capítulo, se alude indistintamente a la desigualdad social y a la desigualdad educativa como sinónimos, ya que en la práctica la primera es medida a través de la segunda, al menos en este texto.

- la heterogeneidad global, que se calcula como distancia media del valor de cada estrato educativo al valor total. Con ello se evitan conclusiones solo a partir del cotejo de los dos grupos extremos, que es como procede la desigualdad polar. Este indicador tiene cuatro opciones:
 - i) simple, que suma el valor absoluto de las diferencias y los divide por la cantidad de grupos (4 en este caso),
 - ii) simple estandarizada, que divide la simple por el valor total y se presenta por cien y con ello se expresa las distancia en términos del valor total (un valor de 100 significa que, en promedio, los grupos tiene un valor que es el doble o la mitad del valor total),
 - iii) ponderada, que multiplica cada distancia por la cantidad de madres del grupo y divide por el total de casos,
 - iv) ponderada estandarizada, que divide la anterior por el valor total. La ponderación permite controlar el efecto del cambio del tamaño relativo de los grupos educativos en el tiempo.

Cabe mencionar que, en esta sección, el uso del grupo 19 y 20 no es casual, porque además de dar cuenta de la condición de maternidad al finalizar la adolescencia, también permite aplicar la clasificación educativa minimizando el riesgo de truncamiento, pues a esas edades ya es posible contar con 13 y más años de escolaridad, aun cuando haya casos rezagados que finalmente llegarán a ese nivel después de la fecha de levantamiento del censo.

El cuadro 9 presenta una síntesis regional de la maternidad a distintas edades según grupos educativos. No hay duda de que las diferencias son enormes. Y, en general, se dan en el sentido esperado, es decir, las proporciones de madres se reducen con el nivel educativo, aunque la relación ya no sistemática, por la pérdida de la cúspide por parte del grupo de menor educación.

La maternidad registra niveles muy altos de desigualdad en la adolescencia, los que se van atenuando con el aumento de la edad. Esta moderación se debe, en parte, a la paulatina generalización de la maternidad durante la juventud, como ya se vio. Es decir, por construcción el indicador tiende a tener menor heterogeneidad a medida que aumenta la edad⁹. Pero incluso así, hay diferencias entre grupos educativos hasta el final de la juventud.

En el cuadro 9, las disparidades de la maternidad en la adolescencia se expresan como el contrapunto entre porcentajes del orden del 50% para el grupo de mayor porcentaje (normalmente el de menos educación, aunque en 2010 eso cambia y el grupo de mayor porcentaje de maternidad pasa a ser el de 5-8 años de escolaridad, como ya se dijo) y del orden de 6% para el grupo de menor porcentaje, que siempre es el de educación superior (13 o más años de escolaridad). En cambio, en el caso de la juventud, la diferencia se estrecha, pues a la edad 25 el contrapunto es entre cifras del orden de 75%, las mayores, y de un 30%, las menores. Y a la edad 29 el contrapunto es entre cifras del orden de 85%, las mayores, y de 50%, las menores. Solo en los censos de la década de 2010 se registra un porcentaje inferior al 50% a esta edad 29¹⁰, para el grupo de 13 y más años de escolaridad. Para el grupo de 5 a 8 años de escolaridad, el porcentaje de madres llega al 86,5%. Los otros indicadores de desigualdad

⁹ Cabe agregar que la marcada reducción de la desigualdad con la edad también se explica por un factor metodológico. Como se trata de relaciones entre porcentajes, el recorrido para la desigualdad se estrecha a medida que aumentan los porcentajes de todos los grupos. Por ejemplo, si el grupo de alto nivel socioeconómico tiene un porcentaje de 1% a la edad 20, la relación puede llegar en el límite a 100 si el grupo de baja educación tiene un 100% de maternidad. Pero si a esa edad ya registra un 50%, en el límite su relación máxima será de 2. Como esta restricción opera de manera genérica a todas las desigualdades medidas como relación o distancias entre porcentajes (como es el caso de los tres indicadores de desigualdad usados en esta sección), cabe evitar conclusiones independientes de los niveles (porcentajes) de cada grupo. Con todo, este sesgo metodológico se atenúa cuando se comparan todos los grupos respecto del total y no solo el cotejo entre los grupos extremos, como hace la desigualdad polar.

¹⁰ Como este grupo aún no ha terminado la juventud, que por convención concluye al cumplir los 30 años (Rodríguez, 2014a), entonces no se debe concluir que menos de la mitad de las mujeres terminan su juventud como madre, pues una parte del 53,5% de nulíparas del grupo de 29 años de edad, aún podría convertirse en madre antes de cumplir los 30 años.

muestran un patrón similar de mayor desigualdad de la maternidad en la adolescencia, aunque mucho más atenuado, en parte por las razones metodológicas expuestas en la nota al pie 10.

Respecto de las tendencias de la desigualdad en el tiempo de la maternidad en la adolescencia y la juventud, los 5 indicadores de desigualdad usados sugieren tendencias crecientes, aunque el indicador más refinado (heterogeneidad global ponderada relativa) muestra una inflexión a la baja entre 2000 y 2010, que no obstante para el aumento entre 1990 y 2010. En el caso del grupo de edad 19-20, la desigualdad polar pasa de 8 en los censos de 1990, es decir el porcentaje de madres del grupo de 0 a 4 años de escolaridad era 8 veces el porcentaje del grupo de 13 y más años de escolaridad, a 9 en los censos de 2010. Por su parte, la distancia media entre los porcentajes de madre de cada grupo educativo y el porcentaje total (heterogeneidad global simple) aumentó de 11,8 en los censos de 1990 a 15,2 en los censos de 2010, lo que expresado en términos de sus respectivos totales (heterogeneidad global simple estandarizada) significa un incremento de la distancia media desde el 40% del valor total en los censos de 1990 al 54,4% del valor total en los censos de 2010. Al ponderar la tendencia al alza no cambia, pero si la magnitud del alza, que es bastante menor, lo que es sugerente del potencial efecto del cambio de estructura educativa sobre la desigualdad. De esta manera, la desigualdad social de la maternidad se consolida como una urgencia en materia de políticas, porque además ser muy alta, no da señales de descenso.

Cuadro 9
América Latina y el Caribe (10 países): madres según niveles educativos e indicadores de desigualdad de la maternidad a las edades 19-20, 25 y 29, censos de la década de 2010, 2000 y 1990
(En porcentajes y en puntos porcentuales)

Niveles de escolaridad	Censos y grupos de edad								
	19-20			25			29		
	1990	2000	2010	1990	2000	2010	1990	2000	2010
0 a 4	43,6	53,7	45,5	75,6	79,9	72,7	84,2	87,1	82,1
5 a 8	38,0	47,8	53,0	73,9	78,9	78,6	84,2	87,1	86,5
9 a 12	18,1	21,2	27,1	57,4	59,5	63,7	73,8	75,3	76,4
13 y más	5,4	6,5	5,9	32,6	28,0	27,2	56,0	51,4	46,5
Ignorados	29,9	31,5	17,5	58,6	58,6	39,5	70,7	73,8	57,1
Total	29,2	31,5	27,9	63,8	63,0	56,5	77,6	76,8	70,7
Desigualdad Polar	8,0	8,3	9,0	2,3	2,9	2,9	1,5	1,7	1,9
Heterogeneidad global simple	11,8	14,8	15,2	12,9	15,1	18,4	9,1	10,1	14,1
Heterogeneidad global simple relativa	40,2	47,0	54,4	20,3	24,0	32,5	11,7	13,2	20,0
Heterogeneidad global ponderada	11,3	15,9	11,7	11,1	13,1	15,4	7,3	9,0	12,6
Heterogeneidad global ponderada relativa	38,8	50,4	41,9	17,5	20,8	27,2	9,4	11,7	17,8

Fuente: Procesamiento especial microdatos censales.

Nota: Las definiciones de los indicadores de desigualdad están en el texto.

Un aspecto llamativo de los resultados, que se ha mencionad previamente, es la modificación del grupo de mayor maternidad. Mientras en el pasado era el grupo de menor educación (0-4 años de escolaridad), en la actualidad es el de 5-8 años de escolaridad. Esto ya había sido observado en estudios previos (Rodríguez 2017) y la respuesta parece estar en un cambio estructural de este grupo. En general, y como se verá con detalle en la sección siguiente, las adolescentes y jóvenes con muy baja educación (0-4 años de escolaridad) han devenido un grupo muy minoritario en los censos de 2010, producto de la generalizada ampliación de la cobertura de la educación primaria. Y eso ha influido en su conformación, que ahora consta de dos grupos muy diferentes en materia de maternidad (entre otros rasgos). Por una parte, están segmentos altamente excluidos (típicamente, muchachas indígenas, o residentes en zonas rurales remotas, o en zonas urbanas marginales) y que, debido a ello, no entran a la escuela o solo cursan una enseñanza inicial. En este caso, la maternidad temprana tiende a ser alta, probablemente más alta

que en los otros estratos educativos. Pero, por otra parte, está un grupo totalmente distinto, cuya exclusión de la escuela no obedece a razones socioeconómicas sino a otro tipo de limitaciones (de salud física y/o mental, movilidad, y aprendizaje, por ejemplo) más transversales en términos socioeconómicos. En este caso, la relación con la maternidad puede ser la inversa, porque pueden tener muy baja maternidad temprana, justamente por las limitaciones físicas que presentan. En la medida que el peso de este segmento aumente, entonces este grupo podría experimentar caídas adicionales de su maternidad adolescente y cada vez ser menos válido para la comparación polar.

Al mismo tiempo, este ascenso del grupo de 5 a 8 años de educación al polo de mayor maternidad, sugiere una gradual pérdida de "protección" derivada del acceso a la educación primaria superior, concomitante con su masificación y universalización, que obviamente implica el ingreso generalizado de los grupos más desaventajados a este nivel. Asimismo, se vincula con el hecho de que esta educación ya deja de ser un "predictor" y/o "reductor" de la pobreza. Así, tener este nivel educativo al final de la adolescencia es más bien indicativo de situación de pobreza y, por ello, "factor de riesgo" de maternidad adolescente. Esto último no debe interpretarse en términos causales estrictos, pues tener ese nivel educativo a los 19-20 años puede deberse al truncamiento de la trayectoria escolar a causa de un embarazo y maternidad tempranos. Es decir, en esta relación también operaría la denominada "causalidad inversa".

Esta inflexión desde un factor protector a uno de riesgo de la educación podría expandirse al nivel secundario a medida que esta se masifica y pierde su condición de credencial para el ascenso social, junto con otros fenómenos que le restan fuerza protectora²¹. Sin embargo, esto está lejos de ocurrir aún, al menos en el promedio regional. En efecto, como se aprecia en el cuadro 9, la maternidad adolescente del nivel educativo de 9 a 12 años de escolaridad todavía es mucho menor que la de los grupos 5-8 y 0-4 años de estudio. De esta forma, ingresar al nivel secundario, y más aún concluirlo, todavía se asocia con menores probabilidades de ser madre en la adolescencia. Así, el cambio de la composición de la población según nivel educativo todavía debe ser considerado en los análisis técnicos como factor exógeno que incide en la tendencia de la fecundidad/maternidad adolescente, y también como factor directo e indirecto en términos de política, como se explicará más adelante.

Cualquiera sea el caso, el aumento de la desigualdad social de la maternidad en la adolescencia y la juventud eclipsa, en parte, la reducción de la maternidad adolescente durante el siglo XXI. Más aún, introduce una duda sustancial sobre la forma en que este descenso ha operado a través de la estructura social, pudiendo basarse en tendencias dispares y hasta divergentes entre grupos socioeconómico. ¿Qué dicen los datos al respecto? El cuadro 9 indica que, para el conjunto de la región (10 países, en rigor), en los 4 grupos educativos se registró un aumento de la maternidad adolescente entre los censos de la década de 1990 y los censos de la década de 2010, pero que este fue mucho más marcado en el caso del grupo de 5-8 años de escolaridad, lo que fue decisivo tanto para el aumento de la desigualdad, como para el paso de este grupo a la cúspide de los índices de maternidad adolescente.

El hecho de que todos los grupos educativos aumenten sus niveles de maternidad entre 1990 y 2010 en la edad 19-20, choca abiertamente con los datos del cuadro 1 que muestran una baja de dicha maternidad en el mismo período. ¿Cómo es esto posible?. En principio, la única explicación plausible es un efecto de composición, a saber, la redistribución de la población según nivel educativo, específicamente con un aumento del grupo de educación media y alta que es el de menor maternidad. Esto último será objeto de una indagación más precisa y rigurosa en otra sección de este texto, mediante la aplicación del procedimiento denominado "tipificación directa".

²¹ Como corolario de lo anterior, está el cambio en la estructura educativa de las madres, asunto relevante que se analizará con detalle en otro acápite más adelante.

Cuadro 10
América Latina y el Caribe (10 países): indicadores de desigualdad de la maternidad
en la adolescencia y juventud, con censos de la década de 1990, 2000 y 2010
(Puntos porcentuales)

País	Indicador de desigualdad	Censos y grupos de edad								
		19-20			25			29		
		1990	2000	2010	1990	2000	2010	1990	2000	2010
Argentina	Desigualdad Polar	12,0	8,5	8,9	2,7	3,3	3,5	1,5	1,8	2,1
	Heterogeneidad global simple	16,5	26,0	18,9	20,5	35,4	28,4	14,1	32,6	27,1
	Heterogeneidad global simple estandar	61,5	95,2	67,9	35,3	64,6	53,9	18,7	45,3	40,2
	Heterogeneidad global ponderada	16,9	16,7	13,1	14,1	18,6	20,8	8,6	13,2	17,2
Bolivia	Heterogeneidad global ponderada estándar	63,0	61,3	47,1	24,3	33,8	39,5	11,4	18,4	25,5
	Desigualdad Polar	10,2	8,1	6,7	2,1	2,3	2,3	1,4	1,5	1,6
	Heterogeneidad global simple	13,0	26,8	16,2	10,3	32,2	18,7	6,0	29,7	14,7
	Heterogeneidad global simple estandar	38,9	78,0	54,6	14,4	46,7	31,2	7,1	36,2	19,8
Brasil	Heterogeneidad global ponderada	10,0	15,1	9,5	6,3	10,8	15,5	4,1	7,1	11,5
	Heterogeneidad global ponderada estándar	29,9	44,0	31,9	8,9	15,6	25,9	4,9	8,7	15,5
	Desigualdad Polar	7,1	13,1	14,1	3,1	4,2	3,9	1,7	2,1	2,2
	Heterogeneidad global simple	13,4	16,3	23,3	16,6	18,7	32,3	11,6	14,2	32,3
Chile	Heterogeneidad global simple estandar	48,0	51,1	91,0	27,1	29,8	61,7	15,5	18,8	48,2
	Heterogeneidad global ponderada	8,7	17,4	15,5	11,7	16,5	14,1	8,2	11,6	12,4
	Heterogeneidad global ponderada estándar	31,2	54,4	60,4	19,2	26,3	26,9	11,0	15,4	18,4
	Desigualdad Polar	6,6	5,8	8,5	1,9	2,2	2,9	1,3	1,3	1,9
Ecuador	Heterogeneidad global simple	21,7	25,6	14,0	29,3	33,2	18,9	26,7	28,6	17,6
	Heterogeneidad global simple estandar	75,9	91,7	74,7	45,2	56,7	39,4	33,8	38,3	27,5
	Heterogeneidad global ponderada	10,7	12,0	11,4	10,0	16,9	21,6	5,5	11,1	18,5
	Heterogeneidad global ponderada estándar	37,3	43,0	60,8	15,4	28,8	44,9	7,0	14,9	28,8
Guatemala	Desigualdad Polar	8,0	6,5	4,5	2,0	1,9	2,0	1,4	1,4	1,4
	Heterogeneidad global simple	14,4	12,6	18,0	12,3	11,5	21,0	8,3	7,4	18,1
	Heterogeneidad global simple estandar	42,6	33,9	49,0	18,0	16,8	31,1	10,2	9,2	22,9
	Heterogeneidad global ponderada	13,2	10,3	12,5	10,2	10,5	15,7	7,0	7,4	11,0
Mexico	Heterogeneidad global ponderada estándar	39,2	27,8	34,2	14,9	15,3	23,2	8,5	9,2	13,9
	Desigualdad Polar	8,6	8,4	8,6	2,3	2,4	2,8	1,5	1,6	1,7
	Heterogeneidad global simple	22,6	20,6	19,8	26,5	26,2	25,5	23,5	24,2	24,6
	Heterogeneidad global simple estandar	55,7	54,2	60,7	36,4	36,6	39,5	28,6	29,1	31,5
Panamá	Heterogeneidad global ponderada	10,1	10,1	12,7	6,7	7,8	9,5	4,5	5,0	6,7
	Heterogeneidad global ponderada estándar	25,0	26,6	39,0	9,2	10,9	14,7	5,5	6,0	8,6
	Desigualdad Polar	11,0	12,8	10,3	2,1	2,9	2,8	1,4	1,6	1,7
	Heterogeneidad global simple	15,4	15,0	17,8	11,3	15,7	20,7	8,0	10,7	13,3
Perú	Heterogeneidad global simple estandar	52,3	48,7	58,6	16,9	24,2	33,4	9,7	13,4	17,3
	Heterogeneidad global ponderada	14,0	12,6	9,7	10,2	9,7	15,3	6,2	6,8	10,9
	Heterogeneidad global ponderada estándar	47,7	40,9	31,9	15,2	14,9	24,8	7,6	8,5	14,1
	Desigualdad Polar	6,4	9,3	7,8	2,2	2,7	2,3	1,4	1,7	1,6
Venezuela	Heterogeneidad global simple	18,6	23,6	22,7	17,2	25,9	25,9	12,8	22,0	24,4
	Heterogeneidad global simple estandar	52,4	62,8	67,1	24,9	38,7	39,9	15,5	28,4	31,9
	Heterogeneidad global ponderada	20,4	19,7	16,2	12,5	15,9	16,4	8,3	11,8	13,5
	Heterogeneidad global ponderada estándar	57,3	52,3	47,8	18,2	23,7	25,3	10,0	15,3	17,7
Argentina	Desigualdad Polar	7,3	5,1	6,8	2,2	2,1	2,3	1,5	1,5	1,6
	Heterogeneidad global simple	13,2	24,7	16,8	15,6	34,4	19,0	10,4	33,0	13,9
	Heterogeneidad global simple estandar	45,2	87,0	66,9	24,0	56,8	33,1	13,1	43,7	19,2
	Heterogeneidad global ponderada	13,6	14,0	16,5	15,8	18,0	20,5	10,9	13,7	15,2
Bolivia	Heterogeneidad global ponderada estándar	46,5	49,4	65,9	24,1	29,7	35,8	13,7	18,2	21,1
	Desigualdad Polar	10,0	11,0	6,2	2,6	2,8	2,2	1,6	1,6	1,5
	Heterogeneidad global simple	16,1	23,5	16,9	15,9	24,1	19,5	10,9	17,5	16,0
	Heterogeneidad global simple estandar	50,2	69,4	53,8	24,8	37,6	32,9	14,1	22,6	22,1
Brasil	Heterogeneidad global ponderada	14,9	18,3	11,1	12,7	14,1	16,5	8,8	10,5	11,6
	Heterogeneidad global ponderada estándar	46,6	54,3	35,6	19,8	21,9	27,9	11,4	13,5	16,0

Fuente: Procesamiento especial de bases de datos censales y MATERNILAC.

Cuadro 11
América Latina y el Caribe (10 países): indicadores de desigualdad de la maternidad en la adolescencia y juventud, cambio entre censo de la década de 1990 y de la década de 2010

País	Indicador de desigualdad	Censos y grupos de edad		
		19-20	25	29
		Cambio 1990-2010	Cambio 1990-2010	Cambio 1990-2010
Argentina	Desigualdad Polar	-3,1	0,9	0,6
	Heterogeneidad global simple	2,4	8,0	13,0
	Heterogeneidad global simple estandar	6,3	18,7	21,5
	Heterogeneidad global ponderada	-3,8	6,7	8,6
	Heterogeneidad global ponderada estándar	-15,9	15,2	14,1
Bolivia	Desigualdad Polar	-3,5	0,2	0,2
	Heterogeneidad global simple	3,2	8,4	8,7
	Heterogeneidad global simple estandar	15,6	16,8	12,7
	Heterogeneidad global ponderada	-0,5	9,2	7,4
	Heterogeneidad global ponderada estándar	2,0	17,0	10,6
Brasil	Desigualdad Polar	7,0	0,9	0,5
	Heterogeneidad global simple	9,9	15,7	20,8
	Heterogeneidad global simple estandar	42,9	34,5	32,7
	Heterogeneidad global ponderada	6,7	2,4	4,2
	Heterogeneidad global ponderada estándar	29,2	7,7	7,5
Chile	Desigualdad Polar	1,9	1,0	0,6
	Heterogeneidad global simple	-7,7	-10,3	-9,1
	Heterogeneidad global simple estandar	-1,2	-5,8	-6,3
	Heterogeneidad global ponderada	0,8	11,6	12,9
	Heterogeneidad global ponderada estándar	23,5	29,5	21,8
Ecuador	Desigualdad Polar	-3,5	-0,1	0,1
	Heterogeneidad global simple	3,6	8,8	9,8
	Heterogeneidad global simple estandar	6,4	13,1	12,8
	Heterogeneidad global ponderada	-0,7	5,5	4,0
	Heterogeneidad global ponderada estándar	-5,0	8,3	5,4
Guatemala	Desigualdad Polar	0,0	0,5	0,3
	Heterogeneidad global simple	-2,8	-0,9	1,1
	Heterogeneidad global simple estandar	4,9	3,0	2,9
	Heterogeneidad global ponderada	2,6	2,8	2,2
	Heterogeneidad global ponderada estándar	14,0	5,5	3,1
Mexico	Desigualdad Polar	-0,8	0,7	0,3
	Heterogeneidad global simple	2,5	9,3	5,3
	Heterogeneidad global simple estandar	6,3	16,6	7,6
	Heterogeneidad global ponderada	-4,3	5,1	4,7
	Heterogeneidad global ponderada estándar	-15,8	9,6	6,6
Panamá	Desigualdad Polar	1,5	0,1	0,3
	Heterogeneidad global simple	4,1	8,7	11,6
	Heterogeneidad global simple estandar	14,7	15,1	16,4
	Heterogeneidad global ponderada	-4,2	3,9	5,2
	Heterogeneidad global ponderada estándar	-9,4	7,1	7,7
Perú	Desigualdad Polar	-0,5	0,1	0,1
	Heterogeneidad global simple	3,6	3,4	3,4
	Heterogeneidad global simple estandar	21,7	9,2	6,1
	Heterogeneidad global ponderada	2,9	4,8	4,3
	Heterogeneidad global ponderada estándar	19,4	11,7	7,4
Venezuela	Desigualdad Polar	-3,9	-0,4	0,0
	Heterogeneidad global simple	0,8	3,6	5,2
	Heterogeneidad global simple estandar	3,6	8,1	8,1
	Heterogeneidad global ponderada	-3,8	3,8	2,8
	Heterogeneidad global ponderada estándar	-11,0	8,0	4,6

Fuente: Elaboración propia a partir del cuadro 10.

Por su parte, durante el período 2000-2010 se redujo la maternidad en el grupo de edad 19-20 en los niveles educativos extremos, pero no así en los niveles educativos intermedios, entre los cuales aumentó significativamente. De hecho, el aumento del grupo de 5-8 años de escolaridad y la reducción del grupo de 13 y más años de escolaridad es lo que explica el importante aumento de la desigualdad polar, y también de los otros indicadores de desigualdad de la maternidad al concluir la adolescencia. De esta manera, la baja de la maternidad al finalizar la adolescencia en el período 200-2010 también parece explicarse en buena medida, por un factor extrínseco, como el ya mencionado cambio en la composición educativo durante ese periodo.

En el caso de las edades 25 y 29, el panorama es parecido al del grupo de edad 19-20, aunque los aumentos de los grupos educativos intermedios son más suaves y la reducción del grupo educativo superior es más marcada, todo lo cual explica el alza de todos los indicadores de la desigualdad social de la maternidad en estas edades.

Finalmente, el cuadro 10 expone la evolución de los 5 indicadores de la desigualdad social de la maternidad al finalizar la adolescencia y durante la juventud en los 10 países con censos en las décadas de 1990, 2000 y 2010 y el cuadro 11 sintetiza el cambio de esta evolución entre 1990 y 2010. Los niveles de desigualdad varían, para el caso del grupo de edad 19-20, desde una desigualdad polar del orden de 14 en Brasil 2010 a una desigualdad polar del orden de 5 en Perú. En las otras edades los niveles y las variaciones son menores. Variaciones significativas también se observan en los otros indicadores, pero no siempre siguen el patrón de la desigualdad polar. Cualquiera sea el caso, se trata de niveles elevados en general y que ratifican la urgencia de políticas específicas para reducir esta desigualdad. En este sentido, el cuadro 11 ofrece un hallazgo esperanzador: el aumento de la desigualdad de la maternidad al final de la adolescencia a escala regional derivado del cuadro 9 se diluye parcialmente al realizar el análisis a escala nacional, porque la mayoría de los países (6 de 10) experimentaron bajas de la misma, en particular de la desigualdad polar. El fuerte aumento de la desigualdad polar en Brasil empujó la desigualdad regional, a causa del peso que tiene este país en los valores regionales.

D. Estructura educativa de madres y no madres adolescentes y jóvenes

En la sección previa se demostró que el estrato con mayor probabilidad de maternidad adolescente en los censos de 2010 había dejado de ser el de menor nivel socioeconómico, cediendo este puesto al estrato de nivel medio bajo (5 a 8 años de escolaridad). Y se esbozó una potencial explicación para este fenómeno.

Este cambio podría tener otra expresión hasta ahora no analizada en este texto, pero importante en términos analíticos y de política. Se trata de la estructura o composición educativa de las madres adolescentes y jóvenes. Existe la tentación de asociar la maternidad adolescente exclusivamente a mujeres con muy baja educación. Si bien eso podía ser válido en el pasado, cuando una fracción no menor de la población de la región era excluida de la escuela, desde hace décadas tal situación ha ido cambiando y, desde fines del siglo pasado, casi todos los niños y niñas ingresan a la escuela, y de forma creciente avanzan a través de los diferentes grados. Así, una gran mayoría completa la educación básica o primaria, tras la cual una fracción significativa de la cohorte cursa parcial o totalmente la educación secundaria. Y un grupo importante, con una fracción que varía dependiendo del país, ingresa al nivel terciario (CEPAL, 2017).

A lo anterior se suma un conjunto de acciones implementadas en los países con el propósito de reducir la deserción escolar y lograr la retención en el sistema educativo de madres adolescentes (CEPAL, 2019), con lo cual se limita el truncamiento de la trayectoria educativa por la maternidad, que antes era lo más común. Desde luego, eso también contribuye a modificar el perfil y la estructura educacional de las madres adolescentes y jóvenes.

Finalmente examinar y considerar la composición educativa de las madres y no madres adolescentes y jóvenes resulta relevante, toda vez que las acciones factibles de implementar en materia de prevención de la maternidad adolescente o hijos subsecuentes varían dependiendo de si asisten o no a la escuela.

En el cuadro 12 se presenta la evolución de la composición educativa de las madres y las no madres del grupo de edad 19- 20 entre los censos de 1990 y los de 2010. Se trata de los 10 países con censos en las tres décadas, por lo cual son valores comparables, en principio. Claro que la comparabilidad no es perfecta por lo antes explicado y porque la medición de años de estudios no siempre coincide entre países o incluso en un mismo país a través del tiempo. Con todo, se trata de diferencias menores, que difícilmente distorsionan los patrones y tendencias captados en el cuadro.

Cuadro 12
América Latina (10 países): estructura educativa de adolescentes y jóvenes
madres y no madres (comparable)
(En porcentajes)

Condición de maternidad	Nivel educativo (Años de escolaridad agrupados)	Censos y grupos de edad								
		19-20			25			29		
		1990	2000	2010	1990	2000	2010	1990	2000	2010
Madres	0 a 4	34,3	24,9	7,9	32,9	23,5	9,2	33,9	23,0	10,7
	5 a 8	40,8	39,7	35,0	33,2	33,1	28,0	30,0	30,6	27,6
	9 a 12	21,5	32,1	51,7	25,2	34,6	48,2	25,1	33,8	42,5
	13 y más	1,7	2,2	4,7	7,0	7,6	14,0	9,3	11,4	18,3
	Ignorados	1,7	1,1	0,6	1,7	1,2	0,7	1,7	1,2	0,7
No madres	0 a 4	18,3	9,9	3,7	18,7	10,1	4,5	22,0	11,3	5,6
	5 a 8	27,5	19,9	12,1	20,7	15,1	9,9	19,5	15,0	10,4
	9 a 12	40,1	54,9	53,9	32,9	40,1	35,7	30,8	36,6	31,7
	13 y más	12,5	14,3	29,3	25,6	33,3	48,6	25,3	35,6	50,9
	Ignorados	1,6	1,1	1,1	2,2	1,5	1,3	2,4	1,4	1,3

Fuente: Cálculos propios en base a MATERNILAC.

Se aprecia, claramente, un proceso sostenido de aumento del nivel educativo tanto entre madres como no madres, lo que ratifica hallazgos previos. También hay una marcada diferencia entre la estructura educativa de las madres y la de las no madres. Y es en el sentido esperado, pues las madres presentan una estructura con menor proporción de alta y media escolaridad. Con todo, esta disparidad tiende a estrecharse ligeramente. Por ejemplo, la proporción de madres de 19-20 años con alta educación era solo del 1,7% en los censos de la década de 1990 (contra un 12,5% que tenía tal nivel entre las no madres, es decir más de 6 veces), mientras que el 34,3% tenía muy baja educación (contra un 18,3% de las no madres). En cambio, en los censos de la década de 2010, la proporción de madres de 20 años con alta educación llegaba a 4,7% (contra un 29,3% de las no madres, es decir 4,5 veces), mientras que el 7,9% tenía muy baja educación (contra el 3,7% de las no madres). La estructura educativa de madres y no madres a las edades 25 y 29 presenta un perfil con mayor porcentaje de educación alta, en gran medida porque la mayor edad facilita que avancen hasta ese nivel, y también porque seguramente muchas de ellas fueron madres luego de entrar a la educación superior. Pero lo importante, es que la composición educativa de madres y no madres sigue teniendo una clara distinción, que no se atenúa con el amplio predominio de la de la maternidad al finalizar la juventud. Esto, porque las no madres al final de la juventud (edad 29 en el cuadro 12) son un grupo no solo minoritario (aún) sino también selectivo: la mitad de ellas tiene 13 o más años de escolaridad, contra un 18% de las madres que tiene tal nivel educativo.

Cuadro 13
América Latina (10 países): estructura educativa de adolescentes (19-20)
madres y no madres (comparable), por país
(En porcentajes)

País	Años de escolaridad	Censos 1990		Censos 2010		Cambio censos 1990-2010	
		Madres	No madres	Madres	No madres	Madres	No madres
Argentina	0 a 4	10,26	3,29	5,61	2,56	-4,65	-0,72
	5 a 8	55,46	22,97	39,56	13,56	-15,90	-9,41
	9 a 12	30,67	46,29	48,57	44,85	17,90	-1,44
	13 y más	3,47	27,25	6,26	38,08	2,79	10,82
	Ignorados	0,15	0,21	0,00	0,95	-0,15	0,75
Bolivia (República Plurinacional de)	0 a 4	26,54	16,19	10,31	4,99	-16,22	-11,20
	5 a 8	36,48	23,29	22,79	7,50	-13,69	-15,79
	9 a 12	21,18	33,22	60,32	58,71	39,14	25,49
	13 y más	1,43	15,50	5,73	26,60	4,31	11,10
	Ignorados	14,38	11,80	0,84	2,19	-13,53	-9,60
Brasil	0 a 4	49,20	29,22	8,65	4,15	-40,54	-25,06
	5 a 8	39,81	34,68	46,27	15,46	6,46	-19,22
	9 a 12	10,49	33,20	42,17	53,45	31,68	20,26
	13 y más	0,41	2,69	2,91	26,93	2,50	24,24
	Ignorados	0,10	0,21	0,00	0,00	-0,10	-0,21
Chile	0 a 4	6,16	3,14	2,00	1,54	-4,16	-1,60
	5 a 8	40,34	16,63	13,58	2,06	-26,76	-14,57
	9 a 12	47,64	47,23	67,28	48,08	19,64	0,86
	13 y más	5,86	33,00	14,59	43,98	8,73	10,98
	Ignorados	0,00	0,00	2,54	4,34	2,54	4,34
Ecuador	0 a 4	22,39	9,89	8,25	3,88	-14,14	-6,01
	5 a 8	46,06	27,85	34,12	12,64	-11,94	-15,21
	9 a 12	25,70	41,78	49,17	52,63	23,47	10,85
	13 y más	2,32	16,38	7,00	25,77	4,68	9,40
	Ignorados	3,54	4,10	1,46	5,07	-2,08	0,97
Guatemala	0 a 4	72,75	47,58	27,24	14,26	-45,51	-33,32
	5 a 8	19,70	22,48	45,93	28,63	26,24	6,15
	9 a 12	7,06	24,63	25,96	49,27	18,89	24,64
	13 y más	0,49	5,30	0,87	7,84	0,38	2,53
	Ignorados	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
México	0 a 4	25,81	10,29	6,59	2,73	-19,22	-7,56
	5 a 8	40,55	23,53	25,13	8,53	-15,42	-15,00
	9 a 12	30,49	50,92	64,09	60,25	33,59	9,33
	13 y más	1,66	14,24	3,55	26,80	1,89	12,56
	Ignorados	1,49	1,01	0,64	1,68	-0,85	0,67
Panamá	0 a 4	20,75	5,64	9,94	2,87	-10,81	-2,77
	5 a 8	47,98	22,20	33,75	9,55	-14,23	-12,64
	9 a 12	27,08	57,08	51,37	59,48	24,29	2,40
	13 y más	2,98	14,02	4,75	27,22	1,77	13,20
	Ignorados	1,21	1,06	0,18	0,87	-1,03	-0,19
Perú	0 a 4	25,79	11,38	1,33	1,34	-24,46	-10,04
	5 a 8	34,99	15,74	21,21	4,10	-13,77	-11,63
	9 a 12	31,10	34,57	56,57	37,15	25,46	2,58
	13 y más	6,26	36,74	17,07	55,91	10,81	19,17
	Ignorados	1,86	1,58	3,82	1,50	1,96	-0,08
Venezuela (República Bolivariana de)	0 a 4	18,43	8,31	5,25	2,77	-13,18	-5,54
	5 a 8	46,48	22,96	25,81	6,71	-20,67	-16,25
	9 a 12	22,25	39,18	62,23	65,38	39,98	26,20
	13 y más	1,58	13,91	5,83	23,08	4,25	9,18
	Ignorados	11,26	15,64	0,88	2,05	-10,38	-13,59

Fuente: Cálculos propios en base a MATERNILAC.

De cualquier manera, el principal hallazgo del cuadro 12 es el notable aumento de la proporción de madres al finalizar la adolescencia con educación media alta (9-12 años de escolaridad), que, de hecho, es la categoría más numerosa, tanto entre madres como no madres en el grupo de edad 19-20. De esta manera, la imagen pretérita de las madres adolescentes se diluye completamente y el desafío es como lograr que la extensión de la permanencia en la escuela se convierta en un factor decisivo para desalentar y prevenir la maternidad en la adolescencia.

Estas cifras y tendencias regionales tienen variaciones según países, aunque los márgenes son acotados, salvo por Guatemala, donde las madres con menos de 9 años de escolaridad al finalizar la adolescencia son ampliamente mayoritarias. En el resto de los países, las madres del grupo 19-20 años de edad y con 9 a 12 años de escolaridad o son el grupo mayoritario (aunque sin sobrepasar el 50%) o son más de la mitad de las madres, sobresaliendo los casos de Chile y México, con más del 60% (cuadro 13).

E. Efectos agregados de la estructura etaria y educativa, y la tendencia de la maternidad adolescente controlando estos cambios de estructura

El cambio en la estructura educativa de adolescentes (efecto composición) tiene un impacto significativo sobre la evolución de la maternidad adolescente, debido a la marcada desigualdad de la probabilidad de ser madre adolescente entre niveles educativos. De esta forma, si el cambio educativo opera en el sentido de abultar la proporción de los estratos educativos de menor maternidad adolescente, entonces por mera composición educativa de la población los niveles de maternidad adolescente debieran caer, *ceteris paribus*. De hecho, podría darse la paradoja que la maternidad adolescente aumente en los cuatro niveles educativos, sin embargo, caiga en el total, si el efecto de composición predomina por sobre el efecto de nivel (que es el que deriva del cambio por estratos específicos). Es, justamente, el caso del descenso del porcentaje de madres a la edad 19 entre los censos de 1990 y 2010 como ya se comentó.

Por otra parte, los cambios en la estructura etaria operan de igual forma, habida cuenta la enorme diferencia en la probabilidad de ser madre que hay entre edades simples durante la adolescencia. Por ello, si la estructura etaria pasa de una concentración en las edades de 15 a 17 años a otra de concentración en las edades 18 y 19, el valor del porcentaje de madres aumentará, *ceteris paribus*, por este cambio (efecto composición). Entonces, evaluar bien la tendencia de la reproducción en la adolescencia y los posibles factores subyacentes a ella, requiere diferenciar entre el efecto composición y el efecto nivel. Hay que insistir, eso sí, que una eventual tendencia a la baja de la maternidad adolescente basada solo en el efecto composición no es ficticia ni un "artefacto". Es totalmente real, solo que no se explica por una tendencia a la baja transversal entre los grupos educativos, y eso es relevante en materia de análisis y, sobre todo, de política.

Para distinguir los efectos de composición e intensidad en el caso de los niveles reproductivos se suele usar el procedimiento denominado tipificación (Cavenaghi y Rodríguez 2013; Rodríguez 2014) que de manera sencilla consiste en aplicar los niveles observados a una misma composición de la población (por edad simple, por nivel educativo; por edad y nivel educativo; etc.), que suele denominarse "población de referencia" y que normalmente es la población observada en alguno de los momentos del período de referencia. Ello lleva a estimaciones de nacimientos "tipificados", con los cuales se calcula un porcentaje (cuyo denominador es la población de referencia) que se denomina "tipificado" y que está "libre" del efecto estructura, porque esta no cambia en el período de observación. Se trata del ejemplo más simple de un valor contrafactual, del tipo "que valor tendría la variable X, si la variable Y no hubiese cambiado". Mientras mayor diferencia entre el valor factual (observado) y el valor contrafactual (tipificado), mayor el efecto de la variable "exógena", en este caso la composición de la población. Si el

valor tipificado es inferior al observado, significa que el cambio composicional tuvo un efecto elevador del valor. Lo contrario se deduce si el valor tipificado es mayor que el observado.

Hecha esta introducción, los cuadros 14 y 15 son muy elocuentes respecto del efecto que tuvo el cambio en la composición por nivel educativo (controlando el cambio por edad), sobre la evolución del porcentaje de madres en el grupo 15-19 y las edades 25 y 29. Los cálculos fueron hechos para el período 1990-2010, considerando los 10 países con censos en esas tres décadas. Los resultados muestran que:

- i) el cambio en la estructura educativa es decisivo para la tendencia de la maternidad adolescente y juvenil. Sin excepción, su efecto fue reductor de esta maternidad, por cuanto los valores tipificados son claramente mayores que los observados a escala regional, lo que se aprecia en los valores negativos de la columna "diferencia" del cuadro 14 para la década de 2000 y la de 2010 (el valor de 1990 es cero por definición por ser 1990 la población de referencia que se mantiene constante);
- ii) en directa relación con lo anterior, los 10 países incluidos en estos cálculos, salvo Chile, habrían elevado su porcentaje de madres adolescentes si la estructura por edad y nivel educativo del censo de 1990 se hubiese mantenido constante (cuadro 15). Ciertamente, esto sugiere que esta mutación estructural fue la fuerza motriz de la baja de la maternidad adolescente en casi todos los países en que esta baja se dio;
- iii) como resultado de lo anterior, el porcentaje de madres del grupo 15 a 19 a escala regional también registra una baja que se explica totalmente por el cambio en la composición de población. En efecto, sin este cambio el porcentaje habría sido 17.6%, 6 puntos porcentuales más que en los censos de 1990 (cuadro 14);
- iv) este impacto reductor de la maternidad adolescente derivado del cambio educativo también se aprecia en la maternidad durante la juventud, aunque con una diferencia importante: sin cambio educativo el aumento de la maternidad a los 25 años habría sido leve y a la edad 29 igualmente habría bajado, aunque mucho menos de lo que efectivamente bajó.

Estos resultados solo cuantifican y agregan valor a una conclusión que atraviesa todas las secciones empíricas de este texto, cual es que las disparidades educativas de la maternidad adolescente no han cedido, aunque sí han cambiado de forma. Así, al controlar por nivel educativo no se perciben reducciones importantes. En cambio, sí se advierten alzas en los niveles medio bajo y medio alto, que revelan una merma de la protección frente a la maternidad adolescente que estos proveían en el pasado.

Cuadro 14
América Latina (10 países): porcentaje de madres observado, tipificado y diferencia,
por grupos de edad y nivel educativo, décadas 1990, 2000 y 2010
(En porcentajes)

Décadas	Grupos de edad								
	15-19			25			29		
	Original	Tipificado	Diferencia (T-0)	Original	Tipificado	Diferencia (T-0)	Original	Tipificado	Diferencia (T-0)
1990	11,6	11,6	0,0	63,8	63,8	0,0	77,6	77,6	0,0
2000	13,7	15,9	-2,2	63,0	66,4	-3,4	76,8	79,1	-2,4
2010	12,3	17,6	-5,3	56,5	65,0	-8,5	70,7	76,8	-6,1

Fuente: Procesamiento especial de microdatos censales.

Cuadro 15
América Latina (10 países): porcentaje de madres observado, tipificado y diferencia,
por grupos de edad y nivel educativo, por país, décadas 1990, 2000 y 2010
(En porcentajes)

País	Década	Grupos de edad								
		15-19			25			29		
		Original	Tipificado	Diferencia (T-0)	Original	Tipificado	Diferencia (T-0)	Original	Tipificado	Diferencia (T-0)
Argentina	1990	11,9	11,9	NA	58,0	58,0	NA	75,2	75,2	NA
	2000	12,4	13,5	-1,1	54,9	59,5	-4,6	71,9	75,7	-3,8
	2010	13,0	14,3	-1,2	52,7	60,2	-7,4	67,3	73,7	-6,4
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1990	11,7	11,7	NA	71,1	71,1	NA	84,1	84,1	NA
	2000	13,5	13,5	0,0	68,9	72,1	-3,1	82,0	83,3	-1,3
	2010	12,6	16,9	-4,3	59,9	64,1	-4,1	74,3	75,0	-0,7
Brasil	1990	11,5	11,5	NA	61,2	61,2	NA	74,9	74,9	NA
	2000	14,8	18,8	-4,0	62,6	66,7	-4,1	75,5	77,4	-2,0
	2010	11,8	20,1	-8,3	52,4	64,0	-11,6	67,1	75,3	-8,1
Chile	1990	11,8	11,8	NA	64,7	64,7	NA	78,9	78,9	NA
	2000	12,3	15,9	-3,6	58,5	65,0	-6,5	74,7	79,5	-4,7
	2010	7,2	11,0	-3,8	48,5	63,0	-14,5	64,6	75,8	-11,3
Ecuador	1990	13,5	13,5	NA	68,1	68,1	NA	82,2	82,2	NA
	2000	16,3	16,9	-0,6	68,3	69,8	-1,5	79,9	80,8	-0,9
	2010	17,0	21,1	-4,1	67,7	71,8	-4,1	78,9	80,6	-1,7
Guatemala	1990	16,2	16,2	NA	72,7	72,7	NA	82,3	82,3	NA
	2000	15,4	16,5	-1,1	71,6	73,4	-1,9	83,0	83,9	-0,9
	2010	13,1	16,7	-3,6	64,7	71,1	-6,3	78,2	81,7	-3,6
México	1990	10,4	10,4	NA	67,3	67,3	NA	81,8	81,8	NA
	2000	12,1	13,3	-1,2	64,8	66,4	-1,6	79,7	81,7	-2,0
	2010	12,4	16,6	-4,2	61,8	68,3	-6,5	76,7	81,2	-4,5
Panamá	1990	16,1	16,1	NA	69,0	69,0	NA	82,6	82,6	NA
	2000	17,3	20,0	-2,7	67,0	68,8	-1,8	77,5	77,7	-0,2
	2010	15,4	20,4	-5,0	64,8	70,4	-5,5	76,5	79,9	-3,5
Perú	1990	11,2	11,2	NA	65,2	65,2	NA	79,4	79,4	NA
	2000	11,5	13,9	-2,4	60,7	64,9	-4,2	75,5	78,2	-2,7
	2010	10,1	14,2	-4,0	57,3	62,7	-5,5	72,1	75,1	-3,0
Venezuela (República Bolivariana de)	1990	13,8	13,8	NA	65,2	65,2	NA	79,4	79,4	NA
	2000	14,9	17,2	-2,3	60,7	64,9	-4,2	75,5	78,2	-2,7
	2010	14,6	19,1	-4,5	57,3	62,7	-5,5	72,1	75,1	-3,0

Fuente: Procesamiento especial de microdatos censales.

Nota: la tipificación considera el hecho de que en algunos países los ignorados desaparecen entre un censo y otro. En tal caso la división del total de nacimientos tipificados se hace excluyendo del total (denominador, población base) a los ignorados. En principio, los valores originales coinciden con los de la base de datos MATERNILAC, pero en unos pocos casos se ajustaron por el tratamiento de los ignorados (en la variable educación), por ejemplo, Chile 2017 que no tenía ignorados en esa variable en los dos censos previos.

Desde una mirada de política, todavía general porque para especificarla se requiere del análisis de las variables intermedias que se efectúa en el capítulo siguiente, estos datos sugieren dos grandes mensajes. El primero tiene que ver con la ineficacia de las acciones preventivas en todos los estratos educativos, pero en particular en los medio-bajo y medio alto, lo que supone un desafío a enfrentar.

Y el segundo es que la gradual pérdida de protección de los estratos educativos medio-bajo y medio-alto puede deberse a diferentes razones: i) en el caso del estrato educativo medio-bajo a qué actualmente se asocia con pobreza y rezago y es más bien un factor social de riesgo; ii) el del estrato educativo medio-alto puede tener algo de lo anterior, pero aún en la mayoría de los países todavía se asocia a una situación socioeconómica de no pobreza, aunque, eventualmente, si de vulnerable a la pobreza. Tan importante como lo anterior, es que la escuela, como institución, está siendo desaprovechada para educar, formar e instruir en materias sexuales y reproductivas y también en el ofrecimiento de actividades, expectativas y oportunidades actuales y futuras que resulten incompatibles o al menos claramente enfrentadas con la maternidad adolescente.

Finalmente, el cuadro 16 retoma el hallazgo previo sobre la concentración de la maternidad en la adolescencia y la juventud en las primíparas, el que ahora se examina desde una perspectiva de desigualdad educativa. La proporción de primíparas entre las madres es mucho mayor entre las mujeres de nivel educativo elevado. En general, la relación es bastante sistemática y directa: a mayor educación mayor proporción de primíparas en todas las edades y en todos los censos. En este sentido los dos hallazgos más relevantes son que: i) todavía una fracción muy importante, del orden del 40%, de las madres de baja escolaridad tienen 2 o más hijos al finalizar la adolescencia¹²; ii) el grupo de alto nivel educativo se destaca no solo por postergar su maternidad y registrar los mayores niveles de nuliparidad al concluir la juventud, sino que también contiene significativamente la cantidad de hijos entre las que son madres durante la juventud. De hecho, casi 2 de cada 3 madres del nivel educativo superior es primípara, contra proporciones de 40% o menos en el caso de los otros grupos educativos. De cualquier manera, la tendencia al aumento de la proporción de primíparas entre las madres se da en todos los grupos educativos y, por ende, la desigualdad de este patrón, aunque alta, parece tender a reducirse.

Cuadro 16
América Latina y el Caribe (10 países): madres según cantidad de hijos por edades y nivel educativo, estructura relativa, censos de las décadas de 1990, 2000 y 2010
(En porcentajes)

Censo (década)	Nivel educativo	Cantidad de hijos y grupos de edad											
		15-19			20-24			25			29		
		1	2	3 y más	1	2	3 y más	1	2	3 y más	1	2	3 y más
2000	0-4	68,1	24,9	7,0	52,1	33,3	14,6	23,7	30,8	45,5	15,8	26,8	57,3
	5-8	79,7	17,4	2,8	66,6	26,8	6,6	34,2	36,2	29,6	22,2	34,0	43,8
	9-12	89,2	9,2	1,5	83,7	14,2	2,1	53,9	33,5	12,6	36,1	39,3	24,6
	13 y mas	90,5	6,6	2,9	89,7	7,9	2,4	73,6	21,9	4,5	56,9	33,0	10,1
	Ignorados	78,2	17,6	4,2	67,2	24,4	8,3	42,1	32,8	25,1	29,9	35,5	34,7
	Total	79,1	17,2	3,7	69,0	23,9	7,1	41,7	32,9	25,5	29,5	34,0	36,5
2010	0-4	71,2	22,4	6,4	56,0	31,0	13,1	26,2	31,6	42,2	17,6	27,1	55,3
	5-8	80,0	17,3	2,8	66,4	27,2	6,4	34,9	35,9	29,2	23,5	34,4	42,1
	9-12	89,1	9,7	1,2	82,6	15,4	2,0	54,2	33,2	12,6	39,5	37,9	22,6
	13 y mas	92,0	6,2	1,8	91,8	6,9	1,3	76,9	19,7	3,4	62,2	30,1	7,7
	Ignorados	77,5	17,6	5,0	70,2	22,3	7,5	46,7	31,1	22,2	29,8	35,3	34,9
	Total	83,6	14,0	2,4	75,2	20,4	4,4	49,3	31,9	18,8	36,8	34,3	28,8

Fuente: Procesamiento especial de microdatos censales.

¹² Se trata de madres y, por lo tanto, para ellas no aplica el razonamiento sobre la composición dual de las muchachas de muy baja educación antes expuesta.

F. Variables intermedias

1. Niveles y tendencias

En los cuadros 17 y 18 se presentan los últimos datos disponibles sobre las principales variables intermedias de la fecundidad adolescente, descritas y discutidas en la sección 2.3 del presente texto. Se trata de datos para un período de observación diferente al considerado en los capítulos empíricos previos. En general, el momento inicial es a mediados de la década de 1990 y el momento final es mediados de la década de 2010, pero en numerosos países esto se ve alterado por la disponibilidad de encuestas, en cuyo caso los períodos de observación pueden ser distintos. De cualquier manera, en los cuadros 17 y 18 se indica el período de observación de cada país.

Se trata de una muestra de países, por lo cual su vinculación con los datos de maternidad, nuliparidad y primiparidad expuestos en los capítulos previos es solo parcial. Además, la comparabilidad entre ambos tipos de datos no está garantizada, porque los relativos a reproducción provienen de censos, mientras que los relativos a variables intermedias provienen de encuestas especializadas. Incluso más, las encuestas especializadas varían entre países. En su mayoría, se trata del programa mundial de Encuesta de Demografía y Salud también conocido como DHS por sus siglas en inglés, pero también hay encuestas del programa IRHS apoyado por USAID y el CDC, y del programa mundial MICS apoyado por la UNICEF, así como también hay algunas encuestas nacionales como la ENADID en México y otras en Argentina y Uruguay. En casos excepcionales, también hay compromiso de la comparabilidad en un mismo país (por usarse diferentes tipos de encuestas durante el período de observación). Finalmente, respecto de los indicadores de reproducción, las encuestas normalmente tienen pocos problemas de respuesta en variables simples como cantidad de hijos nacidos vivos, lo que supone una diferencia con los censos, que en este caso favorece a las encuestas en términos de calidad. Como contrapartida, las encuestas tienen limitaciones para desagregaciones más finas, como edad simple o más aún edad simple y nivel educativo, o para desagregaciones territoriales mayores (municipios, por ejemplo). Por todo lo anterior, eventuales inconsistencias entre algunos datos de esta sección y las previas no significan necesariamente error, sino que podrían deberse a las diferencias entre fuentes.

De hecho, la comparación del cuadro 3 con el cuadro 17 revela diferencias en los valores del indicador porcentaje de madres (grupos 15-19) y de la tendencia del indicador (en algunos pocos países hay, incluso, diferencia en el signo de la tendencia). Por ello, el análisis de las relaciones entre las variables intermedias y las variables resultado reproductivo (tasa específica de fecundidad adolescente, porcentaje de madres) se hará solo con base en las cifras del cuadro 17.

En este cuadro se incluye un solo indicador para captar el determinante próximo “nupcialidad”, cual es el porcentaje de adolescentes actualmente unidas, lo que deja fuera a otros indicadores (como el porcentaje de adolescentes alguna vez unidas o, el más exigente y complejo de obtener, “tiempo pasado en unión” por las adolescentes), lo que podría influir sobre las tendencias y las relaciones entre la variable intermedia y la fecundidad adolescente, por lo cual investigaciones adicionales más focalizadas en esta relación podrían ser necesarias.

En el cuadro 17 también se incluye un solo indicador del determinante próximo “exposición a la actividad sexual”, cual es el porcentaje de adolescentes iniciadas sexualmente, lo que deja fuera a otros indicadores. Algunos de estos indicadores excluidos se capturan en las encuestas usadas —como “haber tenido relaciones sexuales en el último mes”, que tiene una relación más bien mediata con la maternidad—, mientras que otros y otros complejos de calcular y sin fuentes conocidas, como la cantidad de coitos totales tenidos por las adolescentes o durante un determinado período, así como la cantidad de parejas sexuales tenidas por las adolescentes (totales o durante un determinado período).

Por su parte, en el cuadro 17 se incluyen 5 indicadores de anticoncepción, 4 de ellos de uso actual —para unidas y para sexualmente activas no unidas y distinguiendo entre: i) todos los métodos; y ii) solo los métodos modernos—, y el último, de uso en la primera relación sexual. El uso actual tiene un problema grave, cual es la causalidad inversa, que opera cuando las usuarias se inician después de haber tenido uno o más hijos, y, de hecho, este cambio de estado abre las puertas a la anticoncepción. En este sentido, varios estudios han llegado a la conclusión contraintuitiva (y equivocada) de que, a escala individual, el uso actual de anticoncepción entre adolescentes se asocia a una mayor chance de haber tenido hijos, lo que no es cierto por la ya mencionada causalidad inversa (Rodríguez y otros, 2017). Este problema no lo tiene el uso de anticoncepción en el debut sexual (en la mayoría de las encuestas el uso de condón). Y si bien solo capta un coito, la iniciación sexual protegida parece ser un predictor importante de una conducta preventiva más generalizada durante la adolescencia (Rodríguez, 2014b y 2017).

Finalmente, el cuadro no incluye indicador para el determinante próximo aborto, por la ausencia de datos confiables por edad sobre esta variable intermedia en la mayoría de las encuestas.

Considerando todos estos indicadores, los cuadros 17 y 18 ofrecen un conjunto de información altamente relevante y de la cual se pueden extraer varias conclusiones importantes:

- i) La tasa de fecundidad adolescente y el porcentaje de madres tienen diferente evolución durante el período de observación, ya que la primera cae en casi todos los países (salvo Colombia 1990-2015 y Ecuador 1987-2004), mientras que la segunda muestra una tendencia más matizada, con predominio de caídas, pero una cantidad casi equivalente de casos (países) de alza, de manera bastante compatible con lo expuesto en capítulos previos con base en los datos censales. Aunque se trata de indicadores correlacionados, hay una diferencia entre ambos que explica las diferentes trayectorias, más allá, de la mayor complejidad que supone la estimación de la tasa de fecundidad. Se trata del hecho verificado y comentado en el capítulo previo, relativo a la disminución del número de hijos de orden 2 o más en la adolescencia. Esto tiene un impacto reductor directo de la tasa específica de fecundidad, pues esta se calcula con todos los nacimientos sin importar el número de orden. Por ello, la baja de hijos de orden superior a 1 reduce esta tasa. En cambio, el porcentaje de madres solo depende de los hijos de orden 1 y, por ende, no está afectado por el cambio de los hijos de orden 2 o más. Así, la caída de estos últimos no se traduce en baja del porcentaje de madres.
- ii) Las variables intermedias tienden a tener tendencias más homogéneas entre los países, salvo la relativa a la nupcialidad, que presenta mayor diversidad. Esto resulta anómalo en comparación con la experiencia de los países desarrollados y es abiertamente contradictorio con la teoría de la segunda transición demográfica. Sin embargo, sí se ajusta a la literatura especializada que ha destacado esta resistencia a la postergación de la iniciación de la unión, en particular en algunos países, otro rasgo característico y excepcional del patrón reproductivo (y nupcial) de América Latina (Esteve y Florez-Paredes, 2014). De hecho, en 5 de 13 países la proporción de adolescentes actualmente unidas aumentó en el período de observación (cuadro 18), constatándose en los censos de la década de 2010 proporciones de adolescentes unidas muy superiores a las observadas en Europa y otras regiones del mundo desarrollado y en desarrollo (Rodríguez y otros, 2017). Con todo, en varias otras regiones del mundo en desarrollo los niveles de unión en la adolescencia son incluso más altos que en América Latina (Rodríguez y otros, 2017). Por otra parte, existen otros indicadores de la unión (o nupcialidad en sentido amplio), que pueden ser particularmente pertinentes en el caso de las adolescentes, como la proporción de unidas precozmente (antes de los 15 años) y tempranamente (antes de los 18 años) y en la adolescencia (antes de los 20 años), para grupos de edad que ya la concluyeron (20-24; 25-29, por ejemplo). Sin embargo, en este trabajo no se usan indicadores adicionales a la proporción de unidas entre las adolescentes, porque este es

el indicador usado en los modelos formales de las variables intermedias de la fecundidad elaborados por Bongaarts y otros autores desde la década de 1980 (Bongaarts, 2015).

- iii) En el caso de la actividad sexual, el patrón es categórico y unánime: aumento de la misma durante la adolescencia, captado con el indicador de adolescentes iniciadas sexualmente que sube en todos los países (cuadros 17 y 18). Se trata de una tendencia detectada en estudios previos (Rodríguez 2017) y que, sin duda, se asocia con la resistencia de la maternidad adolescente a la baja (o su caída menor que el resto de las edades), pues implica un aumento de la exposición al riesgo de embarazo. Por cierto, hay variaciones entre los países y aquellos que han tenido mayores aumentos en términos absolutos (Brasil, Colombia, Haití) también registran aumento del porcentaje de madres adolescentes (no así de la tasa de fecundidad adolescente, salvo Colombia que sí aumento). Sin embargo, países con aumento significativo de este porcentaje –e incluso con aumentos concomitantes del porcentaje de unidas como República Dominicana y Honduras– registran caídas en los dos indicadores de reproducción adolescente. Esto es indicativo de la importancia de otra variable intermedia, la de mayor influencia en la caída de la fecundidad total en América Latina: la anticoncepción.
- iv) Para captar la diversidad de situaciones nupciales en que acontece la anticoncepción en la adolescencia se consideraron dos situaciones. En primer lugar, el uso entre unidas (formal o consensualmente), y, en segundo lugar, el uso entre solteras o no unidas sexualmente activas, que suele ser una proporción no menor de las adolescentes en la región, a diferencia de otras partes del mundo donde la actividad sexual de las solteras o no unidas es limitada (Rodríguez y otros, 2017). Esta distinción es importante. En las edades post adolescencia, la actividad sexual regular tiende a darse en uniones, mientras que entre adolescentes hay mayor porcentaje de actividad sexual regular en el marco de relaciones románticas de noviazgo o similares, que no implican cohabitación (y, por ende, no son uniones desde una perspectiva demográfica), y que, en la mayor parte de los casos, no tienen propósitos reproductivos.
- v) Adicionalmente, considerando las vicisitudes y limitaciones que tienen los y las adolescentes para el manejo eficiente de la anticoncepción, también se distinguió entre métodos modernos y tradicionales. Distinciones más detalladas para identificar métodos particularmente eficientes entre adolescentes (como los reversibles de larga duración, entre ellos los implantes) habrían sido mucho más informativos y relevantes en términos de política, pero las muestras de las encuestas no dan para tal detalle. Cualquiera sea el caso, los datos permiten una sola conclusión: en el período de referencia ha habido un aumento sistemático de la anticoncepción entre adolescentes en todos los países. Con todo, los niveles actuales de uso aún son bajos en comparación con los países desarrollados, y, sobre todo, son bajos para la frecuencia alta que ha alcanzado la actividad sexual durante la adolescencia. Además, en los pocos países con datos sobre iniciación sexual protegida³³ entre adolescentes (15-24 en algunos países), esta sigue siendo limitada. De cualquier manera, el aumento de la anticoncepción ha sido clave para la reducción generalizada de la fecundidad adolescente, porque de otra forma el aumento de la exposición por una iniciación sexual más masiva en la adolescencia, y sin cambios significativos en la nupcialidad, había implicado otra trayectoria de la reproducción en la adolescencia, probablemente al alza.

³³ Es decir, usando algún tipo de anticonceptivo moderno.

- vi) Respecto del inescapable tema de la desigualdad en América Latina¹⁴, toda la evidencia disponible muestra que las variables intermedias tienen registros diferentes según nivel socioeconómico. El caso más documentado es el de la unión, que es más temprana y frecuente entre las mujeres de bajo nivel socioeconómico, por una combinación de factores similar a la descrita para explicar la mayor maternidad adolescente entre las desaventajadas. Ciertamente esta asociación no es casual, porque la unión temprana aumenta por dos vías la probabilidad de maternidad adolescente. La primera es a través de la variable intermedia “actividad sexual”, pues en América Latina —como en muchas otras partes del mundo, pero no en todas—, la unión temprana es sinónimo de iniciación sexual temprana y de actividad sexual regular. Por ello, directamente mayor exposición al riesgo de embarazo. La segunda es indirecta y actúa por omisión, pues deriva de la naturaleza de la actividad sexual en el marco de la unión que tiene más probabilidad de perseguir propósitos reproductivos y, por ello, acontecer sin protección anticonceptiva.
- vii) De manera complementaria, con independencia de la condición de unión, la variable intermedia uso de anticonceptivos también registra gran desigualdad social sistemática, pues las muchachas de estratos pobres tienen un uso significativamente menor, y en particular presentan niveles muy inferiores de iniciación sexual protegida. Por ello, en su caso las tres variables intermedias antes mencionadas convergen en términos de aumentar el riesgo de la maternidad adolescente. La desigualdad en materia de acceso a la anticoncepción efectiva y oportuna es de preocupación particular, porque la evidencia expuesta previamente sugiere que si bien cabe la posibilidad de que la región se incorpore al proceso estándar de aplazamiento de la unión, es difícil que escape al proceso generalizado en los países de Occidente de adelanto de la iniciación sexual previa a la unión y masificación de la sexualidad durante la adolescencia¹⁵. Por ello, una eventual igualación social de la edad del debut sexual a edades tempranas significaría, inevitablemente, una desigualdad equivalente de la maternidad adolescente, si persiste la brecha entre estratos sociales en materia de iniciación protegida y uso regular de anticoncepción.
- viii) Finalmente, la desigualdad de género amerita un estudio especial y multidimensional que escape al alcance de este trabajo. Al menos tres dimensiones se debieran considerar. La primera es la visibilización de los hombres, que hasta la fecha siguen quedando al margen de los análisis, principalmente por falta de datos. Si bien hay unos pocos países que cuentan con encuestas que incluyen a los hombres o son específicas de los hombres, la totalidad de los censos (la fuente principal de este estudio en materia de patrones y tendencias de la reproducción) aún dirigen las consultas sobre fecundidad (hijos tenidos) solo a mujeres, por lo cual este trabajo no hace aportes al tema de las tendencias y patrones reproductivo de los hombres. La segunda es la influencia de esta desigualdad sobre ciertos comportamientos reproductivos y de las variables intermedias que se exploran en el capítulo siguiente. Y la tercera, y en directa relación con lo anterior, es el fenómeno de la ausencia masculina, tanto del reconocimiento de la paternidad como la crianza, que es un fenómeno complejo y con implicaciones amplias y profundas para la vida de las personas y las familias, y que aún requiere mucho más estudio en la región, que considere los eventuales cambios generacionales en la materia.

¹⁴ Cuyos datos no se despliegan en cuadros en este trabajo, pero pueden obtenerse fácilmente mediante procesamientos directos en la página web <http://www.measuredhs.com>.

¹⁵ Aunque mediciones recientes sugieren que esto podría estar comenzando a pasar en países de mayor nivel socioeconómico. Es el caso, por ejemplo, de Chile, cuyas últimas Encuestas Nacionales de Juventud (2015 y 2018) muestran una reducción de la proporción de adolescentes iniciadas sexualmente a diferentes edades de la adolescencia (Rodríguez y Roberts, 2019, en edición).

Cuadro 17
América Latina (13 países): indicadores de reproducción en la adolescencia y de variables intermedias,
encuestas especializadas de la década de 1990 y la década de 2010
(En porcentajes)

País	Encuesta	Año	TEFA 15-19 (por mil)	Porcentaje de madres	Actualmente en unión	Iniciadas sexualmente	Uso de AC entre unidas	Uso de AC moderno entre unidas	Uso de AC entre MSA	Uso de AC moderno entre MSA	Uso de AC en la primera relación sexual
Bolivia (República Bolivariana de)	DHS	2008	88,0	14,3	13,4	30,0	40,9	26,6	68,1	46,0	16,5
	DHS	1994	94,0	14,3	14,4	22,9	30,2	9,4	52,3	14,9	
Brasil	PNDS	2006	82,9	16,2	27,9	55,2	66,3	63,3	66,9	65,6	67,4
	DHS	1996	86,0	14,3	13,8	32,8	54,1	47,2	66,0	61,0	
Colombia	DHS	2015	75,0	13,6	13,3	50,6	64,4	60,5	81,0	76,0	39,7
	DHS	1990	70,0	9,6	11,0	21,0	36,9	31,9	45,3	28,4	
República Dominicana	MICS	2014	89,0	17,1	27,5	43,6	52,5	51,2	65,3	64,8	41,0
	DHS	2013	90,0	16,7	20,5	46,1	54,5	51,7	61,0	56,7	
	DHS	1996	112,0	18,3	22,4	32,7	34,9	28,8	57,9	42,1	
Ecuador	ENDEMAIN (IRH)	2004	100,0	16,5	16,2	27,0	56,4	47,0	24,9	18,3	8,7
	DHS	1987	89,0	14,0	17,4		15,3	11,6	3,0		
El Salvador	MICS	2014	74,0	15,5	16,3	37,8	60,9	57,9	48,5		43,3
	FESAL	1998	116,0	20,5	26,2	30,9	33,4	25,6			
Guatemala	DHS	2014-15	92,0	16,2	19,8	30,9	40,1	31,3	53,2	40,0	
	DHS	1955	126,0	17,5	21,2	25,0	12,1	10,2			
Haití	DHS	2012	66,0	11,2	12,1	41,3	25,6	24,0	31,3	28,9	
	DHS	1994-95	76,0	10,8	14,9	29,0	10,7	7,7	23,2	9,5	
Honduras	DHS	2011-12	101,0	19,1	22,6	38,8	55,5	49,4	71,0	54,0	20,9
	DHS	2005-06	102,0	17,2	20,3	31,5	45,9	39,9	66,5	57,1	10,9
México	ENADID	2014	77,6	12,9	16,8	29,2	51,5	49,7	59,0	31,9	49,9
	DHS	1987	86,0	14,0	18,3		29,7	24,4			
Nicaragua	DHS	2007	106,0	19,7	30,3	39,0	61,1	59,7	58,9	50,5	9,8
	DHS	1998	130,0	22,1	25,6	36,3	39,8	38,2	22,3	19,7	
Paraguay	IRH	2008	63,0	9,4	11,9	38,6	70,9	65,7	57,3	48,4	61,3
	DHS	1990	97,0	14,1	14,2	30,2	35,4	26,3	20,8	12,3	
Perú	ENDES	2016	61,0	10,1	10,9	31,1	66,7	52,7	88,6	66,6	
	DHS	1996	75,0	10,9	11,9	20,3	46,0	31,0	69,8	32,7	

Fuente: Las encuestas indicadas en el cuadro.

Nota: TEFA=tasa específica de fecundidad adolescente, AC=Anticonceptivo y MSA=Mujeres sexualmente activas.

Cuadro 18
América Latina (13 países): indicadores de reproducción en la adolescencia y de variables intermedias,
cambio entre encuestas especializadas de la década de 1990 y la década de 2010
(En porcentajes)

País	Encuesta	Año	TEFA 15-19 (por mil)	Porcentaje de madres	Actualmente en unión	Iniciadas sexualmente	Uso de AC entre unidas	Uso de AC moderno entre unidas	Uso de AC entre MSA	Uso de AC moderno entre MSA
Bolivia (República Bolivariana de)	DHS	2008	-6,0	0,0	-1,0	7,1	10,7	17,2	15,8	31,1
	DHS	1994								
Brasil	PNDS	2006	-3,1	1,9	14,1	22,4	12,2	16,1	0,9	4,6
	DHS	1996								
Colombia	DHS	2015	5,0	4,0	2,3	29,6	27,5	28,6	35,7	47,6
	DHS	1990								
República Dominicana	MICS	2014	-23,0	-1,2	5,1	10,9	17,6	22,4	7,4	22,7
	DHS	2013								
	DHS	1996								
Ecuador	ENDEMAIN (IRH)	2004	11,0	2,5	-1,2		41,1	35,4	21,9	
	DHS	1987								
El Salvador	MICS	2014	-42,0	-5,0	-9,9	6,9	27,5	32,3		
	FESAL	1998								
Guatemala	DHS	2014-15	-34,0	-1,3	-1,4	5,9	28,0	21,1		
	DHS	1955								
Haití	DHS	2012	-10,0	0,4	-2,8	12,3	14,9	16,3	8,1	19,4
	DHS	1994-95								
Honduras	DHS	2011-12	-1,0	1,9	2,3	7,3	9,6	9,5	4,5	-3,1
	DHS	2005-06								
México	ENADID	2014	-8,4	-1,1	-1,5		21,8	25,3		
	DHS	1987								
Nicaragua	DHS	2007	-24,0	-2,4	4,7	2,7	21,3	21,5	36,6	30,8
	DHS	1998								
Paraguay	IRH	2008	-34,0	-4,7	-2,3	8,4	35,5	39,4	36,5	36,1
	DHS	1990								
Perú	ENDES	2016	-14,0	-0,8	-1,0	10,8	20,7	21,7	18,8	33,9
	DHS	1996								

Fuente: Elaboración propia en base al cuadro 17.

Nota: TEFA=tasa específica de fecundidad adolescente, AC=Anticonceptivo y MSA=Mujeres sexualmente activas.

2. Análisis multivariado a nivel agregado

A partir del cuadro 17 se elaboró una pequeña base de datos a escala nacional para examinar relaciones cuantitativas entre las variables intermedias, como condicionantes, y las dos variables de reproducción adolescente incluidas en dicho cuadro, como condicionadas. Para tales efectos, se ejecutaron un conjunto de modelos sencillos, usando regresiones lineales de mínimos cuadrados ordinarios. Cada país y fecha constituye una observación independiente y sin ponderación alguna entre ellas.

En el primer modelo se incluyen todos los indicadores explicados al introducir el cuadro 17 anteriormente. Y ninguno de ellos resulta significativo, aunque el porcentaje de la varianza de las variables condicionadas (Tasa específica de fecundidad adolescente y porcentaje de madres adolescentes) "explicada" por las variables intermedias es alto. Lo anterior se debe a la inclusión de 5 variables de anticoncepción que interfieren entre sí y cuyos impactos sobre la prevención de la reproducción adolescente se ve distorsionado por la causalidad inversa explicada en el punto anterior.

Por lo anterior, el segundo modelo solo considera 3 indicadores, una para cada variable intermedia, el más preciso y adecuado de acuerdo con la teoría y la literatura. Y ahora aparecen como altamente significativos las variables intermedias unión y uso de anticoncepción en el primer coito. Se trata de resultados altamente sugerentes porque apuntan a los ámbitos de acción de política.

Cuadro 19
Regresión (mínimos cuadrados, 2 modelos) de variables intermedias
sobre la tasa específica de fecundidad adolescente (TEFA)
(En porcentajes)

Indicador y variables	Modelo 1: completo sobre TEFA		Modelo 2: acotado y focalizado sobre TEFA		Modelo 1: completo sobre porcentaje de madres		Modelo 2: acotado y focalizado sobre porcentaje de madres	
	Observado	Ajustado	Observado	Ajustado	Observado	Ajustado	Observado	Ajustado
R ²	0,959	0,815	0,940	0,915	0,955	0,798	0,881	0,840
Número de observaciones	10		11		10		11	
Variable	Coefficiente	Significación (p-value)	Coefficiente	Significación (p-value)	Coefficiente	Significación (p-value)	Coefficiente	Significación (p-value)
Actualmente en unión	1,091	0,201	1,146	0,003	0,260	0,192	0,292	0,003
Iniciadas sexualmente	0,311	0,761	-0,095	0,664	0,239	0,369	0,055	0,396
Uso actual de AC entre unidas	0,018	0,990			-0,116	0,727		
Uso de AC ^a moderno entre unidas	-1,711	0,868			0,043	0,856		
Uso de AC ^a entre MSA	0,009	0,981			0,034	0,713		
Uso de AC ^a moderno entre MSA	-0,187	0,727			-0,096	0,469		
Uso de AC ^a en la primera relación sexual	-0,487	0,098	-0,494	0,001	-0,108	0,105	-0,090	0,007
Constante	87,285	0,119	84,750	0,000	11,920	0,261	10,749	0,000

Fuente: Elaboración propia en base al cuadro 17.

Nota: En negrita valores significativos con un 99% de confianza.

^a AC=anticonceptivos.

Claramente las acciones públicas debieran concentrarse en postergar la unión, aumentar la protección desde el debut sexual para quienes decidan iniciarse sexualmente, y luego promover y apoyar para que esa prevención inicial se extienda durante la adolescencia. Desde luego, esto no significa despreocuparse del calendario de la iniciación sexual y de la actividad sexual en la adolescencia, porque esta implica, naturalmente, un riesgo de embarazo adolescente. Pero está claro que este riesgo puede prevenirse con el uso adecuado de la anticoncepción, por lo cual esta preocupación debiera concentrarse en las condiciones en que los y las adolescentes se inician sexualmente, vale decir su libertad, información y conocimiento para elegir, así como en el empoderamiento para adoptar decisiones deliberadas, conscientes y protegidas en un ámbito sensible como la sexualidad, pero cotidiano y cada vez más accesible y natural para la mayoría de los y las adolescentes de la región.

El aborto queda como tema pendiente, porque es evidente que se practica entre adolescentes y probablemente en condiciones adversas, lo que agrega riesgos de todo tipo. Y la experiencia de otros países, como España, sugiere que el aborto puede tener un papel decisivo en prevenir la fecundidad adolescente, lo que es también una alerta, porque el aborto debiera ser un recurso excepcional y no fungir como un método de regulación de la fecundidad. Desde luego esto es sugerente sobre las peculiaridades de la adolescencia y la menor sistematicidad y riesgo de algunas de sus conductas (Rodríguez y otros, 2017) y refuerzan la necesidad de una educación integral para la sexualidad que no solo entregue información y conocimiento, sino que también los empodere para tomar decisiones preventivas clave en materia reproductiva.

G. Políticas programas y desafíos para la acción¹⁶

El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo fue un sensibilizador político y un catalizador operativo en materia de atención de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes, así como de establecimiento y promoción de sus derechos sexuales y reproductivos. Esto se verifica por el marcado aumento y la creciente diversidad de acciones desplegadas en la región desde 2013 en esta materia y que al mismo tiempo contribuyen a la implementación de las medidas prioritarias 11 a 15 del CMPD.

En el caso particular de los y las adolescentes, el CMPD reforzó la argumentación sobre la especificidad de ese grupo y la necesidad de una atención especializada y sensible a sus particularidades y consolidó el argumento sobre sus derechos en materia sexual y reproductiva, incluidos la atención de salud pertinente y el respeto de los principios de confidencialidad y privacidad.

Ahora bien, estos avances no están exentos de tensiones ni libres de amenazas, pues en algunos países todavía hay polémica sobre los derechos sexuales y reproductivos en general, y más fuerte aún con respecto a los de adolescentes. En ese sentido, el establecimiento de marcos normativos nacionales que especifiquen y garanticen los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes es aún un desafío en toda la región.

En este contexto, desde 2013 en adelante se multiplicaron las políticas, programas y estrategias de prevención del embarazo adolescente y de acceso a la anticoncepción en casi todos los países de la región, siendo uno de los ejemplos sobresalientes la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA) de México, que desde 2015 apunta a reducir las altas y crecientes tasas de fecundidad adolescente en ese país. Asimismo, a partir de la experiencia subregional del Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente (PLANEA) se avanzó en la aplicación de instrumentos similares en otras subregiones, facilitando el intercambio de experiencias y la cooperación Sur-Sur.

Un puntal de estas acciones para prevenir el embarazo adolescente ha sido la creación de servicios de salud especializados y diferenciados —llamados servicios, centros o espacios amigables

¹⁶ Parte de esta sección proviene, en gran medida, de CEPAL, 2019, pp. 85-87.

para adolescentes— en la mayoría de los países. Si bien el modelo de servicios de salud amigable para adolescentes es previo al Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo y en varios países de la región ya se aplicaba en 2013, su inclusión explícita en la medida prioritaria 12 de ese documento favoreció su generalización y reforzamiento.

En la mayor parte de los países hay algunos datos que revelan la creciente importancia de estos espacios. Pero en general la documentación sobre los mismos es aún débil y todavía no se cuenta con evaluaciones técnicas rigurosas sobre su impacto. En México, la ENAPEA estableció una buena práctica: su seguimiento anual con datos y análisis sólidos, el que permite apreciar la expansión del programa, el aumento de la anticoncepción y los primeros indicios de caída de la fecundidad adolescente durante el segundo quinquenio de la década de 2010 (Meneses y Hernández, 2019). En esa misma línea, experiencias como las de Chile, Colombia y Uruguay son muy contundentes en términos de la concomitancia entre la expansión y refuerzo de estos centros y la baja de la fecundidad adolescente (Chandra y otros, CEPAL, 2019). En los informes nacionales de estos países presentados a la Tercera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe¹⁷, se proporcionan datos específicos sobre la envergadura y el esfuerzo público en estos espacios. En el caso de Chile se multiplicaron de 54 en 2013 a 253 en 2017, llegando a la gran mayoría de las comunas del país. En el caso del Uruguay, se informa la existencia de 71 centros de este tipo, que equivalen a una tasa de casi 14 centros por cada 100.000 adolescentes. Por último, en el informe de Colombia también se alude al proceso de expansión de estos centros a todos los Departamentos del país y al reforzamiento de su atención.

A partir de estas experiencias y reconociendo el papel central que está teniendo la cobertura de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes mediante modalidades novedosas y más efectivas de atención, como los espacios amigables entre otras iniciativas, cabe referirse a un conjunto de desafíos que permanecen. Algunos de ellos refieren a datos y análisis técnicos y otros a políticas y acciones.

- i) El déficit en materia de educación sexual, como lo revelan diversos estudios y los indicadores disponibles relativos al conocimiento sobre VIH/SIDA. Estos muestran un escaso conocimiento de la epidemia y las formas de contraerla y prevenirla, insuficiencia que se vincula con otros desafíos de este listado.
- ii) La maternidad en el grupo de niñas de 10-14 años de edad, debida en forma abrumadora a situaciones de abuso y violencia sexual. Aunque se trate de tasas pequeñas en comparación con el grupo de 15-19 años de edad, cada caso constituye un drama y, además, la tendencia no es precisamente hacia su erradicación. Esta maternidad precoz está muy concentrada en los grupos más excluidos de la sociedad y requiere iniciativas específicas, por ejemplo, en materia de anticoncepción de emergencia y aborto, cuando la ley lo permite, además de aquellas universales en términos de educación sexual y prevención y castigo del abuso y la violencia sexual.
- iii) El acceso a la anticoncepción, que pese a su aumento es todavía insuficiente en la mayoría de los países por la persistencia de distintos tipos de barreras de acceso y limitaciones de la red pública. La oferta sigue siendo acotada, pues los métodos más avanzados y efectivos —por ejemplo, los de larga duración reversibles, como los implantes, DIU y otros hormonales (inyectables o parches)— tienen un peso secundario o marginal y su uso sigue siendo ineficiente, tanto por la calidad de los métodos, como por las dificultades que entraña su utilización entre los y las adolescentes. Aún así, la rápida y focalizada penetración de estos métodos en países con caídas bruscas de la fecundidad adolescente, como Chile y Uruguay, son muy sugerentes sobre el impacto de estos métodos. En este sentido, los déficits en

¹⁷ <https://crpd.cepal.org/3/es/documents/5?page=1>.

materia de educación sexual, igualdad de género y empoderamiento de las mujeres son cruciales y deben abordarse con urgencia

- iv) La anticoncepción de emergencia, que ya se ha abierto para este grupo en prácticamente todos los países de la región (CEPAL, 2019) y que aún está siendo subutilizada, poco promovida y escasamente estudiada en términos de uso y posibilidades de convertirse en un recurso eficiente, oportuno y disponible para ejercer los derechos reproductivos en condiciones de urgencia (CEPAL, 2019). Más aún estudio recientes muestran que el acceso a esta píldora podría convertirse en canal de acceso a medios más estándares de anticoncepción¹⁸.
- v) La incertidumbre sobre la continuidad y el fortalecimiento de programas clave, como los espacios amigables, que se relaciona directamente con el desafío de expandir y mejorar la anticoncepción eficiente y oportuna entre los adolescentes. Incluso los países donde estos espacios se han expandido recientemente, como Argentina y Colombia, “precisan de apoyo sostenido para mantener los beneficios alcanzados y conseguir una repercusión duradera” (OPS/UNICEF, 2018, pág. 37). En países con menos recursos, como Suriname, se plantea que la mayoría de las iniciativas y las gestiones para mejorar la capacidad de los trabajadores del servicio de salud en la prestación de servicios amigables para los adolescentes fueron financiadas por donantes y en forma de programas o proyectos temporales, lo cual, evidentemente, supone riesgos de sostenibilidad financiera.
- vi) La desigualdad, que sigue siendo muy alta, como se ha mostrado a lo largo de todo este trabajo. La magnitud de la desigualdad varía bastante entre países, pero en la mayoría de ellos el porcentaje de madres o embarazadas por primera vez del quintil socioeconómico más pobre es cuatro o más veces mayor que el del quintil socioeconómico más alto. Tan inquietante como esta desigualdad es el hecho de que en la mayoría de los países donde la fecundidad y la maternidad adolescente se redujeron entre las últimas mediciones disponibles (censo o encuestas), se verifica un aumento de la desigualdad, que significa que la maternidad adolescente disminuyó, si acaso, más lentamente entre las más pobres. Se ratifica, una vez más, que para reducir la maternidad adolescente se deben redoblar los esfuerzos para abatir las barreras de acceso a la anticoncepción entre las adolescentes pobres, desventajadas y excluidas.
- vii) La fecundidad no deseada, que predomina ampliamente entre las adolescentes (Rodríguez, 2014b y 2017). Esto se traduce en una situación de facto de vulneración de derechos reproductivos, que según las encuestas especializadas posteriores al Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo ha seguido aumentando (aunque a ritmos más lentos que en el pasado en algunos países, como Colombia). En algunas investigaciones recientes (Rodríguez, 2017) se subraya que la fecundidad adolescente no deseada también es elevada entre las adolescentes de bajo nivel socioeconómico, por lo cual los altos índices de maternidad adolescente entre ellas constituyen una vulneración masiva de los derechos reproductivos y sugieren un déficit de educación sexual y barreras de acceso a la anticoncepción mayores para este grupo.

¹⁸ “This suggests that spillovers from emergency contraception availability may be specific to a context of low use of modern contraceptives. These groups may benefit particularly from being in contact with the formal health system regarding their contraceptive choices, and from the additional information that may receive alongside the EC pill” (Nuevo-Chiquero y Pino, 2019, p. 20).

- viii) La iniciación sexual y nupcial temprana, por cuanto la precocidad suele estar relacionada con mayores riesgos de todo tipo, incluido el abuso, y mayor asimetría de poder en la relación. Respecto de la iniciación nupcial temprana, en la región no es frecuente el matrimonio forzado y en general está penado por la ley. Asimismo, en la mayoría de los países la edad legal para casarse se alcanza a los 18 años. Con todo, esto no impide que todavía muchas adolescentes (también numerosos adolescentes, pero menos) se unan antes de los 18 años. Se trata del 29% en 2015, según el sistema de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (CEPAL, 2019). Y según el banco de datos MATERNILAC, al menos el 35% de las adolescentes de 19 y 20 años ya se habían unido, de acuerdo con los censos de 2010 (14 países), en particular en los grupos más pobres y excluidos. Como, además, no hay signos de una baja sostenida y significativa de la unión durante la adolescencia en la región no hay duda que se necesitan acciones multisectoriales y no solo legales: es fundamental ofrecer alternativas (escolares, laborales, de vida en general) a las adolescentes, fortalecer su autonomía y capacidad de decisión para que no se vean presionadas a una unión temprana y erradicar prácticas culturales de sometimiento femenino. Si bien en el caso de la iniciación sexual temprana también hay definiciones legales en la mayoría de los países, esos límites no bastan para prevenirla. Superada la edad mínima de libre consentimiento, el foco debe estar en una educación sexual sólida, que empodere a las y los adolescentes para que tomen decisiones libres, informadas y seguras.
- ix) El carácter todavía secundario de la salud sexual y reproductiva de los hombres, en particular en materia de datos e investigación. Los espacios saludables y los servicios amigables han contribuido a cerrar algunas brechas porque, al menos teóricamente, cubren a ambos sexos en igualdad de condiciones. No obstante, las mujeres acuden más a ellos que los hombres. Cualquiera sea el caso, en este informe se presenta escasa información sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes hombres debido, básicamente, a la falta de datos. Los datos disponibles son parciales y esporádicos y no se prestan para un seguimiento regional comparado. Se trata de una laguna y un desafío, tanto para los países en general, como para los esfuerzos de monitorear el cumplimiento regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.

Finalmente, unas reflexiones generales sobre los efectos que la pandemia del COVID-19 podría tener en materia de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes. En primer lugar, como toda pandemia implicará una barrera de acceso a los servicios e insumos, adicional a las que ya existen. Esto tanto por factores de demanda como factores de oferta. Respecto de la demanda, las barreras de acceso se relacionan con: i) los temores de la población sobre el riesgo de contagio al acudir a los servicios; ii) las limitaciones prácticas para los desplazamientos de la población que derivan de las medidas de cuarentena, confinamiento y distancia social necesaria para contener la propagación del virus; iii) el empobrecimiento que deriva de la crisis económica asociada a la pandemia y que limita los recursos de bolsillo para la compra de insumos de salud sexual y reproductiva en el mercado. Desde el punto de vista de la oferta, la concentración de la atención y los recursos públicos en el control de la pandemia, puede significar: i) reducción de presupuestos para la compra de insumos; ii) reprogramación de atenciones e intervenciones; iii) cierre total o parcial o redestinación de establecimientos; y iv) rompimiento de la cadena de suministros e insumos (en particular importados).

Por todo lo anterior, es imprescindible que la estrategia contra la pandemia no implique un desmedro de la cobertura y la calidad de la atención de salud sexual y reproductiva, lo que requerirá de medidas especiales para garantizar las atenciones in situ y de medidas novedosas para la distribución de insumos. Los servicios que implican presencialidad, como, por ejemplo, la implantación o extracción de dispositivos, la toma de imágenes o la realización de abortos, deberán garantizarse como lo estipulen las leyes y su prestación deberá considerarse esencial y bajo ninguna circunstancia limitarse o negarse.

Lo mismo ocurre con la prestación de la anticoncepción de emergencia, para la cual la entrega oportuna seguirá siendo tan importante como antes de la pandemia. Por otra parte, respecto de los insumos o atenciones cuya prestación no requiere presencialidad en los centros de salud, habrá que proceder de forma innovadora mediante: i) entregas para una duración mayor a la normal; ii) habilitación de centros alternativos y de fácil acceso para la distribución de los métodos; y iii) despacho con brigadas, fuerzas de tarea o empresas privadas (UNFPA, 2020). Estas acciones son clave para evitar embarazos no deseados en este grupo de la población y entre todas las mujeres expuestas a riesgo de embarazo en general.

Por otro lado, las medidas para combatir la propagación del virus también incidirán en la exposición al riesgo de embarazo, por la vía de la actividad sexual y la unión. Aunque es previsible que ambas caigan durante la pandemia y la crisis económica asociada (sobre todo la unión, aunque sea de forma transitoria), el confinamiento supone riesgos de acoso y violencia sexual que deberán ser enfrentados redoblando las acciones preventivas y disponiendo de nuevas vías para la atención temprana de este tipo de amenazas para adolescentes y jóvenes, y mujeres en general.

Por último, con seguridad la pandemia también afectará directamente a esta población como patología directa (sintomática) o indirecta (salud mental, por ejemplo). De hecho, las cifras disponibles sugieren que las personas infectadas en la región tienen un perfil etario mucho más joven que el que se registró en Europa. Y en parte esto se ha debido a un cierto discurso mediático de la inocuidad del COVID-19 para este grupo de edad, lo que es un gran error porque no es cierto en lo inmediato (el COVID-19 también puede matar adolescentes y jóvenes), porque se desconocen los efectos a largo plazo de la infección, y porque al contagiarse pueden devenir vectores de la propagación del virus. Entonces, dicha narrativa liviana y desaprensiva debe modificarse cuanto antes.

Bibliografía

- Azevedo J. P. y otros (2012), *Teenage Pregnancy and Opportunities in Latin America and the Caribbean: On Teenage Fertility Decisions, Poverty and Economic Achievement*, Washington D. C., World Bank.
- Bay, G., Del Popolo F., y Ferrando, D. (2003), "Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos", serie Población y Desarrollo, N° 43 (LC/L.1953-P), Santiago de Chile. CELADE-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.121.
- Beaumont, K., Maguire, M., & Schulze, E. (2013). *Policies for sexuality education in the European Union*. Brussels, Belgium: European Parliament and Directorate-General for Internal Policies. doi, 10, 11317. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2013/462515/IPOL-FEMM_NT\(2013\)462515_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2013/462515/IPOL-FEMM_NT(2013)462515_EN.pdf).
- Bongaarts, J. (2015), "Modeling the fertility impact of the proximate determinants: Time for a tune-up", *Demographic Research*, vol. 33(19), Rostock. Max Planck Institute for Demographic Research.
- _____. (1982), "The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables", *Studies in Family Planning*, vol. 13 N° 6-7, June. Population Council.
- Cavenaghi, Susana and Jorge Rodríguez (2013), "Adolescent and youth fertility and social inequality in Latin America and the Caribbean: what role has education played?", document presented at the IUSSP Conference, Busan (Korea), August, [online], http://www.iussp.org/sites/default/files/event_call_for_papers/JRySC-FecAdolyEducaALyC-IUSSP2013-16-08-2013_Final_o.pdf.
- Chandra-Mouli, V. y otros (2019), *Lessons learned from national government-led efforts to reduce adolescent pregnancy in Chile, England and Ethiopia*, <https://earlychildhoodmatters.online/2019/lessons-learned-from-national-government-led-efforts-to-reduce-adolescent-pregnancy-in-chile-england-and-ethiopia/?ecm2019>.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), (2019), *Primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (LC/CRPD.3/6)*, Santiago, CEPAL.
- _____. (2017), *Brechas, ejes y desafíos en el vínculo entre lo social y lo productivo (LC/CDS.2/3)*, Santiago, octubre.
- Cherry, A. L., y Dillon, M. E. (2014), *International handbook of adolescent pregnancy: medical psychosocial, and public health responses*, New York, Springer.
- Donadio, Irene (2017) <https://es.euronews.com/2017/09/02/el-embarazo-entre-adolescentes-un-serio-problema-en-el-este-de-europa>.

- Esteve A., y Flórez-Paredes, E. (2014), "Edad a la primera unión y al primer hijo en América Latina: estabilidad en cohortes más educadas", *Notas de Población*, N° 99 (LC/G.2628-P), Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.14.II.G.21.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2020), "Atención en salud sexual y reproductiva y planificación familiar durante la emergencia sanitaria por la COVID-19 en América Latina y el Caribe", *Resumen Técnico Interino*, 28 de abril [en línea] https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/3-Covid-SSRyPF_ESP%20%281%29.pdf.
- Gobierno de España (2018) <https://www.mscbs.gob.es/campanas/campanas10/embarazoescosade2/es-cosa-2.jsp>.
- Guiskin, M. (2019), "Situación de las juventudes rurales en América Latina y el Caribe", México, CEPAL, Serie Estudios y Perspectivas-Sede subregional de la CEPAL No. 181, LC/TS.2019/124-LC/MEX/TS.2019/31.
- Meneses E. y M. Hernández (2019), Diagnóstico de la fecundidad en adolescentes en México y sus principales componentes en el marco de la ENAPEA, 2018, en CONAPO La situación demográfica de México, Año 1, núm. especial, pp. 73-108. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/528759/LSDM_2019_OK_27ENE2020_LOW.pdf.
- Moultrie TA, RE Dorrington, AG Hill, K Hill, IM Timæus and B Zaba (eds) (2013), *Tools for Demographic Estimation*. Paris: International Union for the Scientific Study of Population, pp. 51-108. demographicestimation.iussp.org.
- Nuevo-Chiquero, A. y F. Pino (2019), *To Pill or Not to Pill? Access to Emergency Contraception and Contraceptive Behavior*, IZA DP No. 12076.
- Part, Kai & Moreau, Caroline & Donati, Serena & Gissler, Mika & Fronteira, Inês & Karro, Helle. (2013). Teenage pregnancies in the European Union in the context of legislation and youth sexual and reproductive health services. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 92. 10.1111/aogs.12253.
- Rodríguez, J., M Di Cesare y K. Páez (2017), *Reproducción temprana. Diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia*, Santiago, CEPAL, Serie Población y Desarrollo, No. 117, LC/TS.2017/36.
- Rodríguez, J. (2017), *Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas: un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos*, Santiago, CEPAL, Serie Población y Desarrollo, No. 119, LC/TS.2017/92.
- _____ (2014a), "La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010", Santiago, CEPAL, Serie Documentos de Proyectos, LC/W.605.
- _____ (2014b), "Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización", *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa*, Suzana Cavenaghi y Wanda Cabella (comps.), Río de Janeiro, Serie e-Investigaciones No. 3. Asociación Latinoamericana de Población.
- Stover, John (1998). *Revising the proximate determinants of fertility framework*. *Studies in FamilyPlanning*, vol. 29, No. 3, pp. 255-267.
- Sugareva, M. (2015). Teenage Fertility as a Basic Problem of Fertility in Bulgaria. *Население*, (3), 27-54.
- Wallace, H. M., & Vienonen, M. (1989), *Teenage pregnancy in Sweden and Finland: Implication for the United States*. *Journal of Adolescent Health Care*, 10(3), 231-236.



NACIONES UNIDAS

Serie

CEPAL

Población y Desarrollo

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en
www.cepal.org/publicaciones

131. Maternidad, fecundidad y paridez en la adolescencia y la juventud: continuidad y cambio en América Latina, Jorge Rodríguez Vignoli y Victoria San Juan Bernuy (LC/TS.2020/89), 2020.
130. Cuentas Nacionales de Transferencias en el Paraguay en 2012: instrumento para las políticas públicas, Verónica Serafini Geoghegan (LC/TS.2020/57), 2020.
129. Las Cuentas Nacionales de Transferencias del Perú y los desafíos para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible, J. Olivera y Y. Iparraguirre (LC/TS.2019/106), 2019.
128. Transferencias entre generaciones y grupos socioeconómicos: estimaciones de las Cuentas Nacionales de Transferencias en la Argentina, Pablo Comelatto (LC/TS.2019/105), 2019.
127. Ciclo económico vital y bonos demográficos en Costa Rica, Luis Rosero-Bixby y Pamela Jiménez-Fontana (LC/TS.2019/83), 2019.
126. Migraciones internas en Chile, 1977-2017: continuidad y cambio, Jorge Rodríguez Vignoli (LC/TS.2019/75), 2019.
125. Efectos cambiantes de la migración sobre el crecimiento, la estructura demográfica y la segregación residencial en ciudades grandes: el caso de Santiago, Chile, 1977-2017, Jorge Rodríguez Vignoli y Francisco Rowe (LC/TS.2018/110/Rev.1) 2019.
124. Panorama de la migración internacional en México y Centroamérica, Alejandro I. Canales y Martha Luz Rojas Wiesner (LC/TS.2018/42) 2018.
123. Panorama de la migración internacional en América del Sur, Carolina Stefoni (LC/TS.2018/32) 2018.
122. Panorama de la migración internacional en el Caribe, William Mejía (LC/TS.2018/28) 2018.
121. Migración interna y asentamientos humanos en América Latina y el Caribe (1990-2010), Jorge Rodríguez Vignoli (LC/TS.2017/115) 2017.

POBLACIÓN Y DESARROLLO

Números publicados:

- 131 Maternidad, fecundidad y paridez
en la adolescencia y la juventud
Continuidad y cambio en América Latina
Jorge Rodríguez Vignoli
Victoria San Juan Bernuy
- 130 Cuentas Nacionales de
Transferencias en el Paraguay
en 2012
Instrumento para las políticas públicas
Verónica Serafini Geoghegan
- 129 Las Cuentas Nacionales
de Transferencias del Perú y los
desafíos para lograr los Objetivos
de Desarrollo Sostenible
Javier Olivera
Yadiraah Iparraguirre
- 128 Transferencias entre generaciones
y grupos socioeconómicos
Estimaciones de las Cuentas Nacionales
de Transferencias en la Argentina
Pablo Comelatto



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



LC/TS.2020/89