

La situación actual del embarazo y el aborto en la adolescencia en América Latina y el Caribe

José Miguel Guzmán
Juan Manuel Contreras
Ralph Hakkert

*Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe
México, Junio 2000*

Introducción

Con la Conferencia de Población y Desarrollo realizada en El Cairo, Egipto en 1994 (CIPD), se da una sólida sustentación a la necesidad de situar la salud reproductiva como un componente central de la salud en general y de la vida de las personas en todo su ciclo vital. Dentro de esta perspectiva, los y las adolescentes emergen como sujetos importantes de políticas, por sus necesidades específicas en materia de salud sexual y reproductiva y los derechos y responsabilidades asociados a ésta, por sus condiciones de ser un grupo de riesgo y porque es indudablemente en esta etapa en la que se definen muchos de los aspectos que influncian la conducta sexual y reproductiva que afectarán a los individuos a lo largo de su vida.

A pesar de la reconocida preocupación en América Latina y el Caribe por dar respuesta a las crecientes necesidades de la salud reproductiva de los y las adolescentes, existen insuficiencias en cuanto a la capacidad de los países para

implementar programas efectivos, debido, entre otras razones, a la escasez de información y análisis que identifiquen de forma precisa cuál es la situación actual y tendencias recientes en cada una de las dimensiones de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, en qué contexto social, cultural, económico y demográfico ésta se desenvuelve y cuáles son los factores más importantes que la determinan .

En este documento se presenta un análisis de dos de los componentes más importantes de la salud reproductiva de los adolescentes: la incidencia del embarazo y aborto en adolescentes . Dicho análisis está basado principalmente en encuestas realizadas dentro del Proyecto de las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) y aquellas encuestas de salud reproductiva apoyadas por el Centers for Disease Control and Prevention (CDC), así como en encuestas específicas de cada país (Ver bibliografía). Pero también se recuperan los datos de otras fuentes disponibles como los censos y especialmente las estadísticas vitales en aquellos países con registros confiables.

El embarazo en la adolescencia como problema

Aunque existe evidencia de que en general la fecundidad en la adolescencia en el mundo ha ido disminuyendo, la atención y la preocupación por este fenómeno han ido aumentando. Más aún, en los últimos años se ha incrementado la percepción de que la fecundidad adolescente es un problema (Villarreal, 1998). Esto se confirma en el Programa de Acción de la CIPD en donde se pone énfasis en que la maternidad a edad muy temprana produce efectos negativos en las adolescentes y por lo tanto se establece como objetivo la reducción sustancial de todos los embarazos de adolescentes.

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

Parece entonces limitada la visión que considera que el embarazo en la adolescencia es un problema universal. Las consecuencias de tener un hijo en la adolescencia dependerán del contexto particular en que se desarrolle esta situación y por ello, como señala Stern (1995), más que un problema en sí mismo, el embarazo en la adolescencia debe entenderse en función de los múltiples procesos a los que está asociado y a las significaciones que éste adquiere en cada cultura y grupo social. Más aún, si la adolescencia es considerada una construcción cultural, el embarazo en la adolescencia se convierte en un aspecto de esta construcción. Es por ello que el significado que se le da al embarazo en la adolescencia varía entre diferentes culturas (Villarreal, 1998).

Por ejemplo, tal como lo señala Loebl (1994), en algunos países de África Sub-Sahariana como en el caso de Camerún cuya tasa de fecundidad adolescente es de 165 por mil, el embarazo en la adolescencia constituye un prerrequisito para el matrimonio y las adolescentes que no conciben a un hijo no tienen pareja. Del mismo modo, en áreas islámicas de África el matrimonio temprano es favorecido con la finalidad de prevenir los embarazos prematrimoniales. En sí, en muchos países en desarrollo el embarazo en la adolescencia es aceptado e incluso fomentado, convirtiéndose en ocasiones en el elemento más importante de desarrollo de las mujeres, que les otorga estatus y reafirma su entrada a la edad adulta.

En la mayoría de estos países, así como en otros países y regiones del mundo, la aceptación del embarazo adolescente está asociada con el matrimonio, lo cual está enmarcado en un contexto que podría denominarse "rural-tradicional", en donde prevalecen normas culturales históricamente establecidas. En cambio, en la mayoría de los países desarrollados (ver Singh y Darroch, 2000) se observa una situación completamente distinta. La mayoría de ellos tienen bajas tasas de embarazo adolescente como en el caso de Holanda, Italia y España (cuyas tasas se estiman en 12 por mil) y el resto de los países de Europa Occidental, Canadá y Australia, con tasas entre 20 y 50 por mil. Pero no en todos los países desarrollados la incidencia del embarazo en la adolescencia es baja. Por ejemplo, se encuentra a un grupo de países desarrollados, representados principalmente por Estados Unidos, con tasas superiores a 50 por mil.

Como es de suponer, el contexto en que se enmarca el tipo de embarazo en la adolescencia en estos países es completamente distinto al de gran parte de

países en desarrollo. Por ejemplo, diversos estudios indican que la mayor parte de embarazos en la adolescencia en países desarrollados ocurren fuera del matrimonio y éstos son privativos de un particular grupo de mujeres (Geronimus, 1987). Por lo general, este tipo de embarazo sufre algún tipo de sanción social y por lo general es relacionado con características psicosociales de las personas como son el bajo nivel de autoestima, la escasez de control interior, y las bajas aspiraciones y expectativas.

En algunos países como Canadá, Inglaterra, Nueva Zelanda, Suecia y Estados Unidos estos embarazos experimentaron un aumento a finales de los ochenta, pero a partir de los noventa éstos volvieron a disminuir. Fue a partir de ese momento en que el estudio del embarazo en la adolescencia tomó cada vez mayor fuerza y se estableció una gran preocupación por la tendencia de este fenómeno en todo el mundo.

Por su parte, muchos países de la región han estado en los últimos años experimentando una transformación sociocultural, debido al proceso de urbanización y de adopción de pautas culturales occidentales que han influido en gran parte de la población, pero especialmente en jóvenes y adolescentes. Esta modificación del contexto normativo ha llevado a pensar que actualmente el embarazo adolescente en la región se desenvuelve en una situación parecida a la de los países desarrollados, que tuvo su clímax hace poco más de diez años. E incluso se llega a afirmar que, por esta causa, el embarazo adolescente estaría aumentando, al igual que sucedió en Europa en aquél entonces. Este es tal vez el caso de Uruguay, país en el cual el incremento de la fecundidad adolescente es parte de modificaciones en los patrones de comportamiento reproductivo, que llevan a que poco más del 40% de las madres adolescentes sean solteras (Varela, 1999).

Sin embargo, dada la evolución socioeconómica y cultural de la mayor parte de los países de la región, no se cree que esta sea la situación que esté predominando. Más aún, la conocida resistencia a la baja de la fecundidad en el grupo de 15 a 19 años observada en la mayoría de los países, se debe en gran parte a las condiciones socioculturales que aún persisten, más que a un aumento de la fecundidad de grupos socialmente aventajados. Por ejemplo, aun en el caso de Argentina, se ha encontrado en un estudio realizado en los sectores urbano-marginales de la provincia de Buenos Aires (Franco, Klass, Pittman, 1998) que la mayor parte de las adolescentes embarazadas ven su embarazo como algo positivo, agradable y perciben un gran cuidado y protección del medio en que se desenvuelven.

Incidencia del embarazo en la adolescencia

Para medir esta incidencia, se recurre básicamente a la fecundidad en la adolescencia, a pesar de que en algunos países, tal como se verá más adelante, la alta incidencia del aborto inducido puede estar subestimando la verdadera incidencia del embarazo en estas edades. Para medir la incidencia de la fecundidad temprana se usará principalmente el indicador de las tasas de fecundidad por edades. Otro indicador usado a menudo es la proporción de nacimientos de madres adolescentes. Su mayor uso se explica porque a nivel programático tiene implicaciones concretas pues muestra el peso que implica para los servicios de salud el atender a madres que por su temprana edad podrían estar eventualmente en situación de mayor riesgo en cuanto a su salud, especialmente si éstas son menores de 17 años y pertenecen a estratos pobres. Sin embargo, la proporción de nacimientos en adolescentes está afectada por el número de mujeres en estas edades y por tanto de la estructura por edades de la población. Por ello, su cambio en el tiempo no expresa la incidencia de este fenómeno en la población adolescente y puede llevar a conclusiones erróneas.

La salud sexual y reproductiva adquiere dimensiones claramente diferenciadas para cada sexo. Por ejemplo, la fecundidad en la adolescencia tiene mayor incidencia en mujeres que en hombres, a pesar de que éstos inician su vida sexual más tempranamente. Así, en países como Perú la maternidad adolescente está presente en una de cada diez mujeres y la paternidad adolescente en apenas uno de cada cincuenta hombres (Cuadro 1). En los casos de países como Honduras y Nicaragua, más de un 20 por ciento de las adolescentes ya son madres, mientras que menos del 4 por ciento son padres. Es por ello que los indicadores de fecundidad adolescente se calcularán principalmente para las mujeres. En su gran mayoría los padres de los hijos de madres adolescentes no son adolescentes por lo que los indicadores de fecundidad en el adolescente varón no necesariamente son los que mejor representan la situación de salud reproductiva de los hombres.

Este hecho refleja las inequidades de género persistentes en las sociedades latinoamericanas y caribeñas. Por lo general la mayoría de los hijos de madres adolescentes tienen como padre a un adulto. Es muy frecuente observar en los protagonistas de la fecundidad adolescente marcadas diferencias de edad entre hombres y mujeres. Esta heterogamia, la cual según algunas investigaciones aumenta a menor edad de la mujer, está asociada con inequidades de género

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

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

Fuente: Encuestas DHS.

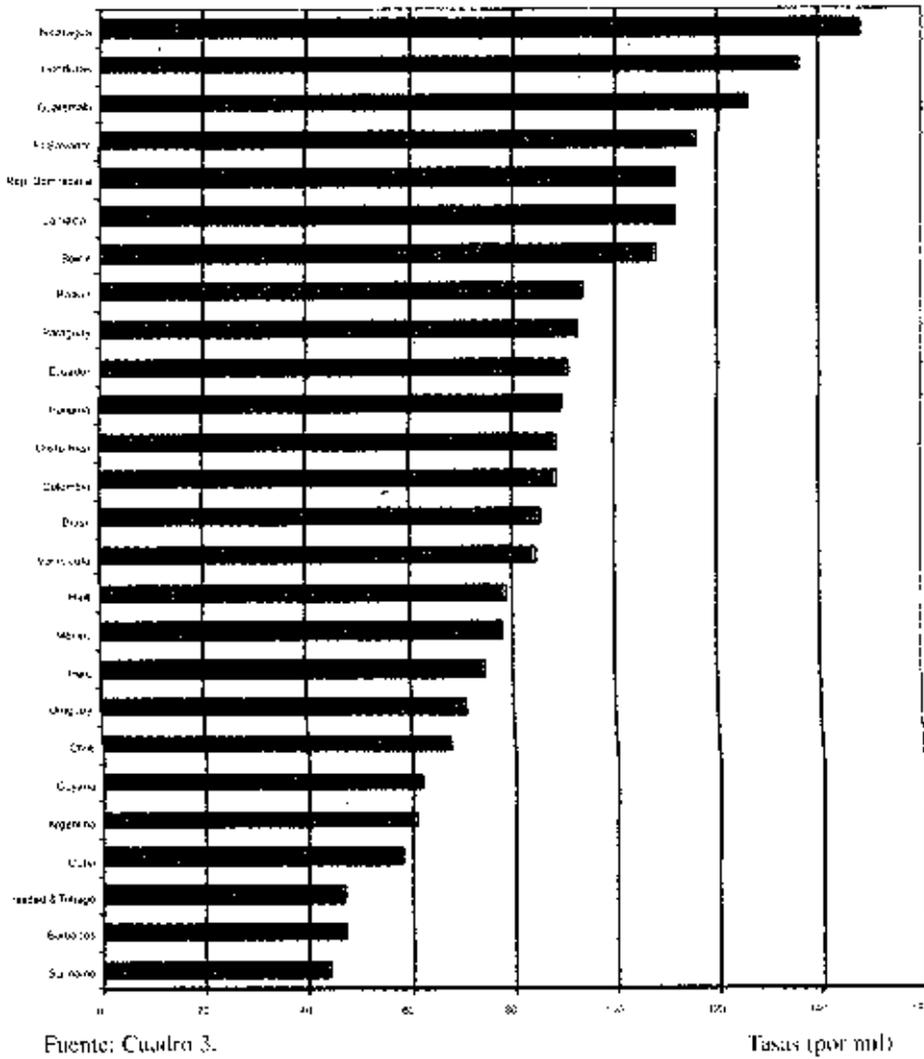
vinculadas a un contexto sociocultural que asigna comportamientos de nupcialidad, sexualidad y reproducción distintos en hombres y mujeres. Estas amplias diferencias entre las edades de las mujeres y sus compañeros crean en muchas ocasiones una gran vulnerabilidad de las mujeres en su interacción con un hombre mayor, ya que las relaciones de poder tienden a ser más desiguales y por lo mismo se observa un empoderamiento menor; incluso, esto puede constituir un factor de riesgo en la salud reproductiva de las adolescentes, como es el caso de una adolescente que no asume su derecho de demandar el uso del condón en una relación sexual.

Situación actual de la fecundidad en la adolescencia

El análisis de la situación actual de la fecundidad adolescente se ha elaborado a partir de una evaluación exhaustiva de todas las fuentes disponibles, incluyendo entre éstas: proyecciones de CELADE, Estadísticas Vitales, Encuestas Demográficas y de Salud (DHS), Encuestas de Salud Reproductiva apoyadas por el Centro de Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), y otras (ver bibliografía).

En América Latina y el Caribe no existe un patrón único de fecundidad, al contrario, se presenta una gran heterogeneidad tanto entre países como dentro de éstos (ver Gráfico 1 y Cuadros 2 y 3). Si se utiliza la tasa de fecundidad en la adolescencia como indicador de los embarazos tempranos, se observa un primer grupo de países en los que estas tasas son sustancialmente elevadas (por encima de 100 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años) entre los

GRÁFICO 1. Tasas de fecundidad en mujeres adolescentes en América Latina y el Caribe, 1995.



que se encuentran básicamente los países centroamericanos (con exclusión de Costa Rica), República Dominicana, Jamaica y Belice. La elevada frecuencia de embarazos tempranos en estos países es parte de un patrón tradicional de

uniones y relaciones sexuales iniciadas a temprana edad. De hecho, como se verá más adelante, en estos países, entre un 3 y un 6 por ciento de las mujeres tienen sus hijos antes de los 15 años, cifra que alcanza cerca de un 10 por ciento en mujeres sin instrucción, lo que las expone de este modo a riesgos de muerte mucho más altos tanto para ellas como para sus hijos (Cuadro 7). Un segundo grupo con tasas entre 75 y 100 por mil: Bolivia, Paraguay, Ecuador, Panamá, Colombia, Costa Rica, Brasil, Venezuela, Haití, México y Perú. Finalmente, los países con tasas por debajo de 75 por mil son: Cuba, Trinidad y Tobago, Barbados, Guyana y Suriname, y aquellos del Cono Sur cuya transición de una fecundidad alta a una baja se inició muy tempranamente en el siglo pasado.

Para países del Caribe más pequeños en población, no se dispone de datos muy actualizados. Sin embargo, se dispone de estimaciones realizadas para una fecha cercana a 1990 (entre 1987 y 1989) que muestran tasas de fecundidad adolescente bajas para Bahamas (45 por mil) y altas o medianas en Granada (99 por mil), San Vicente y las Granadinas (92 por mil), St. Kitts y Nevis (89 por mil) y Santa Lucía (86 por mil) (CEPAL, 1997). Con la excepción de Grenada, los demás son países avanzados en su transición demográfica, con tasas globales de fecundidad cercanas o inferiores a 3 hijos por mujer, por lo cual las tasas de fecundidad adolescente observadas son altas en términos relativos.

La tendencia de la fecundidad en la adolescencia: ¿Está aumentando o disminuyendo en América Latina?

A partir de los años 70, todos los países de la región, exceptuando Argentina y Uruguay, que ya habían iniciado antes su proceso de transición demográfica, inician una disminución de su fecundidad (Chackiel y Schkolnik, 1996) expresadas por bajas sustanciales en el número de hijos por mujer al final de la vida reproductiva. No obstante, el cambio de la fecundidad adolescente tiene características particulares, que la distinguen de lo que sucede en otras edades.

En primer lugar, se observa que el descenso en la fecundidad total, expresado por la tasa global, es mayor que el observado en la fecundidad en la adolescencia. De hecho, este factor ha sido considerado como indicativo de las características específicas de la fecundidad en la adolescencia, vinculada principalmente al inicio de la maternidad; a diferencia de la fecundidad en otras edades, cuyos determinantes están más relacionados con el tamaño de la descendencia.

En segundo lugar, aunque en la mayoría de los países se observa una disminución de la fecundidad en la adolescencia, como lo muestra el Cuadro 2,

CUADRO 2. Tasas de fecundidad en la adolescencia (mujeres de 15-19 años) América Latina y el Caribe, 1970-75 y 1990-95.

País	Tasas de fecundidad 15-19 (por mil)		
	1970-75	1990-95	% de cambio
Argentina	68,3	69,7	2,0
Barbados	87,4	50,5	-42,2
Belice	146,9	117,0	-20,4
Bolivia	94,7	94,0	-0,7
Brasil	68,3	82,4	20,6
Chile	84,1	67,3	-20,0
Colombia	89,9	92,0	2,3
Costa Rica	105,8	89,0	-15,9
Cuba	140,7	67,2	-52,2
Ecuador	120,0	79,4	-33,8
El Salvador	150,6	123,0	-18,3
Guatemala	143,0	126,4	-11,6
Guyana	98,0	65,9	-32,8
Haití	65,7	76,0	15,7
Honduras	150,8	126,5	-16,1
Jamaica	140,0	100,3	-28,4
México	116,3	76,6	-34,1
Nicaragua	157,9	157,2	-0,4
Panamá	134,6	90,7	-32,6
Paraguay	95,8	95,0	-0,8
Perú	86,3	74,5	-13,7
Rep. Dom.	116,7	91,2	-21,9
Suriname	110,0	52,0	-52,7
T&Tobago	87,5	54,6	-37,6
Uruguay	65,4	70,5	7,8
Venezuela	102,6	101,4	-1,2

Fuente: Estimaciones realizadas con base a Proyecciones Nacionales de Población de los países del CELADE; Encuestas DHS y otras Fuentes

ésta no es generalizada. Hay varios países que no muestran un cambio significativo (Nicaragua, Venezuela, Paraguay, Bolivia, Colombia y Argentina) o incluso muestran un cierto aumento (Uruguay, Haití y Brasil).

A partir de 1990 (Cuadro 3), las estimaciones realizadas muestran que algunos de los países que mantenían tasas relativamente estables o con cierto aumento antes del 90, empiezan a mostrar signos de disminución a partir de

CUADRO 3. Tasas de fecundidad en la mujer adolescente por país, América Latina y el Caribe, 1990-1997

País	Tasas de fecundidad (por mil)			Años de referencia	Fuentes
	1990	1995	1997		
Argentina	67	61	67	90,95,97	Estadísticas Vitales
Barbados	61	47		90,95	CDCC-ECLAC,Proyecciones
Belice	122	108		90,95	Proyecciones
Bolivia	94	94	84	87,92,97	DHS-89; DHS94; DHS98
Brasil	84	86		90,94	DHS86; DHS96
Chile	69	68	70	90,95,97	Estadísticas Vitales
Colombia	85	89		90,93	Proyecciones, DHS-95
Costa Rica	95	89	86	90,95,97	Estadísticas Vitales
Cuba	76	59	58	90,95,97	Estadísticas Vitales
Ecuador	89	91	91	90,92,97	ENDEMAIN I, II y 99
El Salvador	124	116		90,95	CDC-93 y CDC-98
Guatemala	130	126	117	90,94, 97	DHS-87, DHS-95, DHS-99
Guyana	69	62		90,95	Proyecciones
Haití	92	79		88,93	DHS-94/95
Honduras	132	136		90,94	ENESF-96, ENESF-91-92
Jamaica	108	112		90,96	CPS-93, RHS-97
México	81	78	74	90,95,96	ENADID-92, ENADID-97
Nicaragua	158	148		90,95	CDC-92-93, DHS-98
Panamá	98	90	94	90,95,96-97	Estadísticas Vitales, Proyecciones
Paraguay	97	94	87	89,95,97	DHS-90, CDC-95 y CDC-98
Perú	74	75		90,95	DHS-91-92, DHS-96
Rep. Dominicana	88	112		90,95	DHS-91, DHS-96
Surinam	60	44		90,95	CPS-92, Proyecciones
Trinidad&Tobago	60	47		90,95	CDCC-ECLAC,Proyecciones
Uruguay	64	71	..	90,96	Estadísticas Vitales
Venezuela	105	85		90,95	ENPOFAM-98

esta fecha. Pero al mismo tiempo, en varios países cuya fecundidad venía descendiendo, la fecundidad adolescente se estanca o sube.

La estabilización o incluso aumento que muestran para fechas más recientes las tasas de países cuya transición de la fecundidad se supone avanzada y cuyas estadísticas vitales son confiables (Chile, Panamá, Argentina y Uruguay), constituyen una señal de que en determinados países en estas edades existen situaciones socioculturales que influyen en la incapacidad de disminuir la

incidencia de embarazos tempranos. En efecto, el comportamiento de la fecundidad en la adolescencia en algunos países, tanto entre 1970 y 1990, como a partir de esta fecha, no se relaciona en forma directa ni con la etapa de la transición demográfica de los países ni con los cambios observados en la fecundidad en otras edades.

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

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

Situación antes y después de 1990		Después de 1990	
		Bajan	Estables o suben
Entre 1970 y 1990	Bajan	<i>Grupo I</i> Cuba, Trinidad & Tobago, Suriname, Guyana, Barbados, México, Belice, El Salvador, Costa Rica, Guatemala	<i>Grupo III</i> Ecuador, Panamá, Jamaica, Rep. Dominicana ¹ , Chile, Honduras y Perú
	Estables o suben	<i>Grupo II</i> Venezuela, Bolivia, Nicaragua, Paraguay y Haití	<i>Grupo IV</i> Argentina, Uruguay, Brasil y Colombia

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

En este grupo se sitúa México, país con una política de población considerada exitosa y Cuba, donde el aborto está legalizado y constituye el principal mecanismo de control de la fecundidad en la población adolescente. También países del Caribe anglófono, con tasas originalmente altas a inicio del período, pero con descensos muy fuertes. Se trata de países cuya fecundidad total es baja e incluso por debajo del nivel de reemplazo de 2.1 hijos por mujer (en los casos de Barbados y Trinidad y Tobago). Otros países en este grupo son Costa Rica, Belice, El Salvador y Guatemala. En estos tres últimos, la incidencia del embarazo en la mujer adolescente aún es muy alta, su descenso anterior al 90 fue limitado y por tanto tienen aún un gran camino por recorrer en sus metas de disminuir el embarazo en este grupo de población.

Grupo II: Países que bajan su fecundidad a partir del 90, pero que tuvieron tasas en ascenso o estables antes de esta fecha

Un segundo grupo lo constituyen Venezuela, Bolivia, Paraguay, Nicaragua y Haití. En el caso de Paraguay y especialmente de Bolivia, el descenso en las tasas sería un fenómeno más reciente, mostrado por datos de encuestas realizadas en 1998. Por su parte, Venezuela y Nicaragua no muestran aparentemente ningún cambio entre los años 70 y 90. Este último país se caracteriza por tener la tasa de fecundidad adolescente más elevada de la región. El caso de Haití es particular, ya que diferentes encuestas muestran un ascenso general de la fecundidad general a inicios de la década del 80. El descenso aparente observado en fechas recientes se debe justamente al alza observada en la década de los 80 y en la actualidad, las tasas en este país son aún mayores que las estimadas para 1970.

Grupo III: Países cuya fecundidad venía descendiendo entre 1970-75 y 1990-95, pero que a partir de 1990 se mantienen estables o suben.

En este grupo de países la fecundidad descendió antes de 1990 pero se estabiliza o sube a partir de esta fecha, interrumpiéndose la tendencia observada hasta 1990. Llama la atención República Dominicana, que muestra el mayor ascenso de la fecundidad adolescente a partir de 1990, a pesar de haber mostrado un fuerte descenso antes de esta fecha, posiblemente (como se verá más adelante) como resultado del aumento espectacular que se dio en la edad a la entrada en la unión. Hasta que se disponga de más información para toda la década del 90, en los demás países sólo puede hablarse de estancamiento más que de un aumento efectivo de la fecundidad adolescente.

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

En este grupo se observan tasas relativamente estables o en aumento antes de 1990 y también después de esta fecha. Hay dos países de transición temprana de la fecundidad (Argentina y Uruguay). Estos no muestran tampoco un cambio significativo de la fecundidad en otras edades. En Argentina, las tasas vienen en realidad descendiendo lentamente desde finales de la década del 70, pero muestran una cierta estabilidad o incluso aumentan a partir de aproximadamente 1993. En Uruguay, en cambio, hay un cierto descenso hasta

mediados de los 80, que es seguido por un ligero aumento hasta mediados de la década de los 90. En ambos países, la fecundidad adolescente se sitúa en valores que, en términos comparativos, no son tan bajos como debería esperarse en función de la fecundidad baja observada en otras edades. Los casos de Brasil y Colombia son distintos. Brasil muestra un claro ascenso de su fecundidad adolescente a partir de 1970 (para antes de 1970 la fecundidad adolescente acompañó el descenso fuerte de la fecundidad general), pero se estanca a partir de entonces de forma bastante generalizada a lo largo del país y por estratos de educación. En Colombia, la fecundidad adolescente pudo haber descendido entre 1970 y 1985, pero luego se estabiliza o incluso aumenta.

En suma, si bien no puede decirse que exista una tendencia generalizada hacia un incremento desmesurado de embarazos adolescentes, en algunos países se observa en la década del 90 un moderado aumento (Brasil, Colombia, Rep. Dominicana, Argentina, Uruguay) o una cierta estabilización (Ecuador, Panamá, Jamaica, Chile, Honduras y Perú). En general, el comportamiento de la fecundidad adolescente en todo el período no se relaciona en forma directa ni con la etapa de la transición demográfica de los países ni con los cambios observados en la fecundidad en otras edades.

La diferenciación social de la fecundidad adolescente

Las diferencias antes observadas entre países son aún mayores cuando se analiza la realidad que impera en el interior de éstos. En un mismo país parecen convivir patrones marcadamente distintos de inicio de la maternidad, debido a la heterogeneidad sociocultural e inequidad económica que impera en la mayoría de ellos. Como puede verse en los cuadros que siguen (Cuadros 5, 6 y Gráficos 2 y 3), variables tales como el área de residencia, la educación, la condición de pobreza y el grupo étnico, delimitan pautas reproductivas en adolescentes claramente distanciadas.

En primer lugar, las adolescentes residentes en áreas rurales tienen tasas de fecundidad más elevadas que sus contrapartes urbanas. Llama la atención que en algunos países la heterogeneidad por zonas es mayor. Los casos extremos lo constituyen Paraguay, Perú, Bolivia y Colombia, países en los cuales la fecundidad adolescente rural es dos o más veces superior a la urbana. Esta marcada heterogeneidad muestra la necesidad de diferenciar los contextos a la hora de definir políticas y acciones dirigidas a bajar la fecundidad adolescente.

CUADRO 5. Tasas de fecundidad adolescente por lugar de residencia y nivel de instrucción alcanzado. Países seleccionados de América Latina y el Caribe

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

Fuente: Encuestas DHS.

Los estudios multivariados que analizan el peso de cada variable tomada en su conjunto muestran, sin embargo, que el efecto de la zona de residencia desaparece cuando se controla por otras variables y en especial por la educación (Gupta y de Costa Leite, 1999).

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

En cierto modo estos resultados son esperados, ya que un embarazo limita fuertemente la posibilidad de seguir la escuela. Sin embargo, el análisis de datos de algunos países muestra que al momento de embarazarse la mayoría de

CUADRO 6. Tasas de fecundidad en la mujer adolescente según quintiles de pobreza en países seleccionados de América Latina y el Caribe.

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

Fuente: Encuestas DHS.

las adolescentes ya no se encontraba en la escuela, lo que indica que ambos fenómenos pueden ser resultados de la inserción socioeconómica de la familia y, en el caso particular de la adolescente, la baja educación puede ser parte de una inserción social (Guzmán et al., 2000). En efecto, un nivel de instrucción bajo, posiblemente por la no asistencia escolar, por un retiro temprano de la escuela o simplemente por un rezago escolar significativo, puede ser parte de un conjunto de factores que ponen a jóvenes de sectores sociales pobres en situación de mayor vulnerabilidad.

Definitivamente existe un grupo de altísimo riesgo de embarazo en la adolescencia que son las mujeres sin instrucción, con tasas en promedio superiores a 200 por mil y que en ningún país son inferiores a 150 por mil. Por lo general, se trata de un grupo que tiende a ser minoritario y por tanto, tiene un impacto poco significativo en el total de nacimientos de adolescentes. Este grupo está asociado posiblemente a lo que podría llamarse la "pobreza extrema".

Justamente una de las variables para las cuales se ha calculado la fecundidad adolescente es una variable proxy de la pobreza, denominada quintiles de pobreza, construida a partir de la información de la situación del hogar en cuanto a servicios y bienes disponibles (ver definición en el Anexo) (Ver Cuadro 6 y Gráfico 3).

Con la excepción de Haití, todos los demás países muestran que sistemáticamente a medida que se mejora la situación del hogar, medida por la

GRAFICO 2. Tasas de fecundidad en la adolescencia, según nivel de instrucción. Países seleccionados de América Latina.

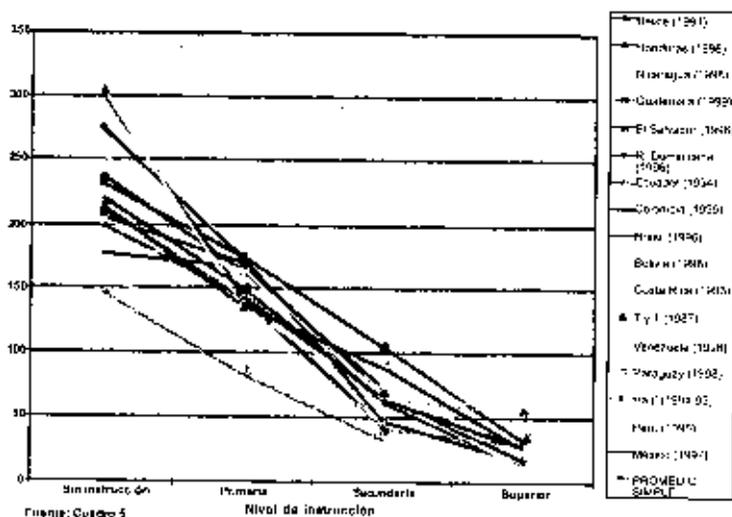
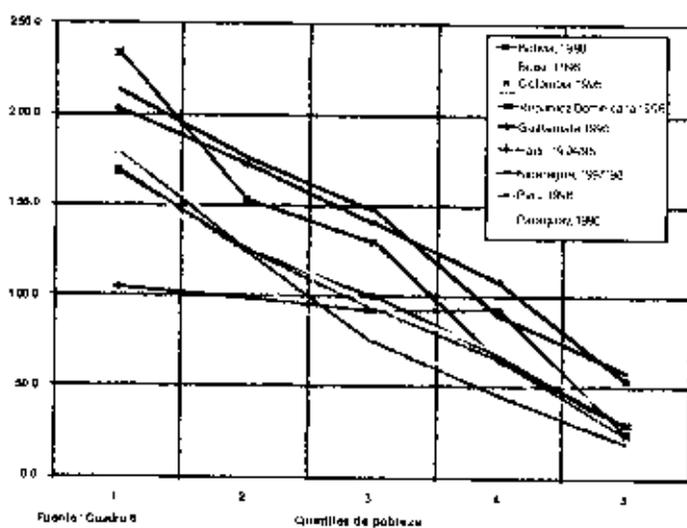


GRAFICO 3. Tasas de fecundidad en la adolescencia, según quintiles de pobreza. Países de América Latina



ubicación de éste en quintiles de pobreza, la fecundidad adolescente disminuye fuertemente. La pobreza es por tanto un factor de riesgo importante, lo que subraya la importancia del contexto socioeconómico en que vive la familia como un factor determinante tanto para una fecundidad adolescente temprana como posiblemente para una educación más baja.

Por otro lado, en algunos de los países donde hay una concentración importante de población indígena, se encontró que las tasas de fecundidad adolescente para los grupos indígenas de Bolivia, Guatemala y Perú son de 131, 157 y 139 respectivamente. En todos los casos, esta tasa se sitúa muy por encima del promedio nacional. Sin lugar a dudas, los grupos indígenas son un grupo de alta vulnerabilidad ya que, por lo general, se sitúan en un contexto socioeconómico desfavorable, siendo además un grupo con características y prácticas culturales muy distintas al resto de la población.

La fecundidad antes de los 15 años

La escasez de información y de estudios es una de las principales características de la investigación de la fecundidad ocurrida antes de los 15 años. Una explicación de la insuficiencia señalada es la subestimación del problema por parte de investigadores y hacedores de políticas debido su baja incidencia. A pesar de ello, su importancia es incuestionable, principalmente por los riesgos y las repercusiones físicas, psicológicas y sociales que puede sufrir una adolescente menor de 15 años al quedar embarazada. Sin lugar a dudas, se trata del grupo de mujeres de mayor vulnerabilidad.

En el Cuadro 7 se presenta, para 15 países de la región, el porcentaje del total de mujeres entre 20 y 49 años que tuvo un hijo antes de los 15. Se observa que los porcentajes más altos varían alrededor del 4 y el 5%, es decir que en países pertenecientes principalmente al área de Centroamérica, aproximadamente una de cada veinte mujeres tuvo un hijo antes de los 15 años; países que como se vio anteriormente tienen una alta fecundidad. En prácticamente todos los casos este porcentaje aumenta considerablemente con la menor escolaridad, el área rural de residencia y la pertenencia a un estrato de mayor pobreza.

Ahora bien, ¿ha aumentado o disminuido la fecundidad en este grupo? En el gráfico 4 se observa el mismo porcentaje calculado para distintas cohortes. Se aprecia que en la mayoría de los países el indicador tiende a disminuir o al menos a mantenerse estable. Sin embargo, en Brasil y Colombia se aprecia un ligero aumento de la fecundidad adolescente en este grupo, lo cual confirma este aumento.

CUADRO 7. Porcentaje de mujeres de 20 a 49 años que tuvieron un hijo antes de los 15 años, por lugar de residencia, nivel de instrucción y nivel de pobreza. Países de América Latina y el Caribe 1995-1998

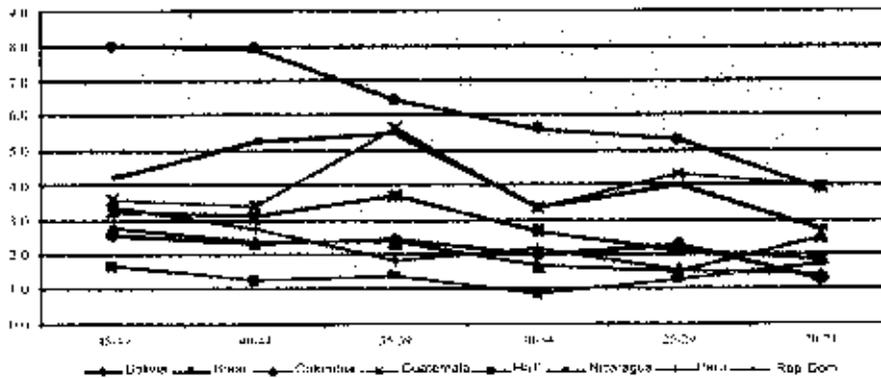
País	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Quintiles de Pobreza					
	Total	Urbano	Rural	Nivel de escolaridad				1°	2°	3°	4°	5°
				Infra- orden	Prí- maria	Secun- daria	Medio y más					
Bolivia (1998)	2,1	1,4	3,8	4,6	3,3	1,1	0,2	4,5	3,4	1,7	1,1	0,8
Brasil (1996)	1,4	1,2	2,1	5,8	1,8	0,8	0,1	3,1	1,7	1,4	0,6	0,5
Colombia (1995)	2,6	1,7	3,4	7,4	3,6	1,0	0,1	5,2	2,8	2,0	1,2	1,0
Costa Rica (1993)	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador (1994)	2,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
El Salvador (1993)	3,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala (1995)	4,1	2,3	5,5	8,2	3,1	0,3	0,0	7,0	7,4	4,1	3,0	0,8
Haití (1995)	2,6	2,4	2,9	4,1	2,3	0,4	0,0	2,9	3,7	3,1	2,8	1,1
Honduras (1996)	3,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica (1997)	3,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nicaragua (1998)	5,8	4,6	8,2	13,6	7,1	1,5	0,0	11,3	7,8	5,6	3,8	3,0
Paraguay (1996)	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Perú (1996)	2,0	1,3	3,9	6,9	3,4	1,0	0,3	4,9	2,8	1,4	1,5	0,5
Rep. Dom. (1996)	4,0	3,0	5,9	12,9	5,7	0,5	0,5	8,6	4,6	5,0	2,8	1,0
Trinidad & Tobago (1987)	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Encuestas DHS y CDC.

Ahora bien, analizando a las madres de 15 y 19 años en ocho países de la región, se calculó cuántas de ellas habían tenido su primer hijo antes de los 15 (Cuadro 8), encontrándose que aproximadamente de cada 100 mujeres adolescentes que han tenido hijos, 9 de ellas los tuvieron antes de los 15 años. El país con el mayor porcentaje es Nicaragua y el menor Perú y Brasil. En general alrededor del 70% de las mujeres que tuvo su hijo antes de los 15 años lo tuvo a los 14, el resto lo tuvo por lo general entre 12 y 13. Desafortunadamente por la naturaleza de la información el análisis que se hace es sobre fecundidad y no de embarazo, lo cual en cierta medida subestima el número real de adolescentes que ha vivido la experiencia de un embarazo.

Para otros países también se encontró información sobre el tema. En Uruguay según estimaciones de Varela (1999) con base a estadísticas vitales, la tasa de fecundidad para 1996 del grupo de 10 a 14 es de 1,8 por cada mil, tasa que ha ido aumentando ya que en los setenta y ochenta era de 1,2. En

GRÁFICO 4. Porcentaje de mujeres de 20 a 49 años que tuvo un hijo antes de los 15 años por grupos de edad. Países seleccionados de América Latina, 1995-1998.



Argentina, de acuerdo a las estadísticas vitales tanto en los ochenta como en los noventa la tasa se ha mantenido alrededor del 2 por cada 1000 para este grupo; por edades desplegadas se tiene que el grupo de 10 a 12 años tiene una tasa del 0,3, las adolescentes de 13 años presentan una tasa de 1,8 y las de 14, 8,1, lo cual confirma que en este grupo la gran mayoría tiene sus hijos a los 14. En un estudio realizado por Valenzuela, Herald y Morris (1990) en Santiago de Chile con base en la Encuesta de Salud de la Reproducción en Adultos Jóvenes del Gran Santiago, se obtuvo que del total de mujeres de 20 a 24 años que tuvo al menos un hijo, el 1,4% lo tuvo antes de los 15 años, lo cual es bastante bajo comparado con lo que se obtuvo para los países presentados en el Cuadro 8; esto principalmente es explicado porque el dato se refiere a la principal ciudad de uno de los países de la región más avanzados en su transición demográfica.

Algunos estudios del Caribe presentan datos sobre embarazo en este grupo de edad. Por ejemplo, en un estudio de Jamaica realizado por el UNFPA (1997) se encontró que el 2,2% de las mujeres de 10 a 14 años ha estado alguna vez embarazada; sin embargo, tomando en cuenta únicamente a las mujeres de esta edad que han tenido relaciones sexuales se tiene que el 13,5% de ellas han quedado embarazadas. En un estudio similar realizado en San Vicente y Las Granadinas, del total de madres adolescentes el 32% tuvo su embarazo antes de los 15 años; el mismo porcentaje para Granada fue de 12% (ECLAC/UNFPA, 1998). Con ello se puede apreciar que hay una gran cantidad de adolescentes que aunque tienen su hijo a los 15 años quedaron embarazadas a los 14.

CUADRO 8. Del total de adolescentes (15-19 años) que han tenido hijos nacidos vivos, que tuvo el primero antes de los 15 años, Países seleccionados de América Latina, 1995-1998.

País y año de la encuesta	Porcentaje
Bolivia (1998)	9,4
Brasil (1996)	8,0
Colombia (1995)	9,6
Guatemala (1995)	9,5
Haití (1995)	8,6
Nicaragua (1998)	12,1
Perú (1996)	7,9
Rep. Dominicana (1996)	9,7

Finalmente, ¿quiénes son los padres de los hijos de estas adolescentes? De acuerdo con el Programa Nacional de Estadísticas de Salud (1985) en Argentina los padres de los hijos de las madres de 13 y 14 años son en promedio alrededor de 10 años mayores que ellas, lo cual representa una diferencia bastante considerable que aumenta con las niñas menores de 12 años, ya que los padres de sus hijos tienen en promedio 28 años. De acuerdo con el estudio de Varela (1999) en Uruguay, únicamente el 18% de estos padres son adolescentes siendo que en ningún caso eran menores de 15 años. Sin lugar a dudas estas diferencias obedecen a patrones socioculturales caracterizados por las inequidades de género imperante en nuestras sociedades, las cuales sitúan a las mujeres, y en este caso a las adolescentes, en una posición de vulnerabilidad en su interacción con la pareja y en general con la sociedad.

La incidencia del aborto inducido

El aborto inducido es una respuesta a un embarazo no deseado. Los riesgos que implica éste para las adolescentes pueden ser considerables, principalmente cuando es llevado a cabo en forma ilegal y en condiciones médicas insatisfactorias. Las complicaciones comunes de abortos de adolescentes incluyen hemorragias, septicemia, anemia, laceraciones vaginales, abscesos pélvicos, perforaciones del útero y esterilidad secundaria. Cada año, alrededor de 20 millones de mujeres recurren a abortos inseguros. El número de embarazos adolescentes que terminan en aborto en los países en desarrollo no

es conocido; sin embargo, se estima que al menos es de un millón anual. Algunas estimaciones indican que en América Latina y el Caribe, uno de cada tres o cuatro embarazos finaliza en aborto (Mohamud, 1997).

En la CIPD se destacó que el aborto no debe ser promovido en ningún caso como método de planificación familiar, y se exhortó a disminuir el recurso al aborto ampliando y mejorando los servicios de planificación familiar. Se ha señalado además que en los casos en que el aborto no está prohibido por la ley, éste deberá practicarse en óptimas condiciones (Lassonde, 1997). Sin embargo, en la mayor parte de los países en desarrollo el aborto es ilegal lo cual, como se indicó anteriormente, incrementa los riesgos en la salud de las adolescentes que lo practican.

En América Latina, la medición de la incidencia del aborto, especialmente en adolescentes, es una tarea difícil debido a que en la mayoría de los países la práctica es ilegal y en las encuestas demográficas la declaración del aborto inducido es poco confiable dada su condición de clandestinidad. Una estimación disponible y considerada confiable es la producida por Alan Guttmacher Institute (Singh, 1998) para cinco países de América Latina (Brasil, República Dominicana, Colombia, México y Perú). Se trata de estimaciones indirectas basadas en datos de hospitalizaciones por aborto ajustadas. Estas estimaciones (Cuadro 9) indican que en cuatro países de la región (Brasil, Rep. Dominicana, Colombia y Perú), alrededor de del 30% de los embarazos adolescentes finalizan en aborto; en Cuba, cerca de dos tercios de los embarazos de adolescentes terminan de esta manera. Los valores más bajos se encontraron para México, país en el cual un 13% de los embarazos adolescentes termina en aborto. Para Colombia, se disponen de datos más detallados a partir de una encuesta realizada en 1992 en áreas urbanas del país (Zamudio, et al., 1999); en ella se encontraron razones de aborto algo superiores a las obtenidas para el total del país.

En el caso de Cuba y Guyana, donde el aborto es legal, la información se obtiene directamente de los servicios de salud. En el caso de Cuba, dos de cada tres embarazos de adolescentes terminan en aborto. De acuerdo con diversos estudios, las adolescentes recurren principalmente al procedimiento de regulación menstrual¹. Llama la atención que Cuba, a pesar de ser el país de más baja tasa de fecundidad adolescente en América Latina es uno de los países donde la incidencia del embarazo en la adolescencia es mayor, lo que pone de

CUADRO 9. Estimaciones de aborto en mujeres adolescentes en países seleccionados de América Latina (circa 1995).

	Número estimado de abortos en adolescentes	Tasa de abortos (por mil mujeres de 15-19 años)	Tasa de embarazos (por mil mujeres de 15-19 años)	Razón de abortos (abortos por cada 100 embarazos en mujeres de 15-19 años)	Razón de abortos (abortos por cada 100 embarazos en el total de mujeres de 15-49 años)*
Rep. Dominicana	14 075	36	124	29	28
Brasil	255 069	32	106	30	30
Perú	30 047	23	97	24	30
Colombia	46 754	26	115	23	26
Colombia Urbano	32 350	23	85	27	24
México	61 522	13	99	13	17
Cuba	34 119	101	157	64	59
Guyana	1 007	26	88	29	..

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

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

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

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

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

relieve las limitaciones de la tasa de fecundidad como indicador de embarazo en la adolescencia cuando la incidencia del aborto es elevada. En Guyana, a pesar de estar despenalizado, la tasa de aborto por mil mujeres es inferior a la de Cuba, posiblemente por un mayor uso de anticonceptivos y por las restricciones sociales e institucionales al aborto, en especial al aborto en adolescentes.

Sin embargo, en estos dos países de la región donde el aborto es permitido, los riesgos a la salud de quienes lo practican se reducen. Pero en la mayoría de los países de la región donde el aborto es ilegal, o fuertemente condenado por la sociedad, las adolescentes sin acceso a personal calificado tienden a practicarse abortos en condiciones poco seguras. Esto se produce en un contexto en el cual

existe escasez de conocimiento, una necesidad insatisfecha de confiar en alguien, un alto nivel de estrés, sentimientos de culpabilidad y vergüenza, y condiciones económicas en su mayoría de los casos desfavorables (WHO, 1983).

¿En qué medida el aborto incide más en las adolescentes que en el resto de las mujeres? El patrón de alta incidencia de abortos en adolescentes o mujeres no unidas es más característico de los países más desarrollados. En el caso de América Latina sólo Cuba tiene patrones similares; se trata de una situación en la cual la interrupción de los embarazos está dotada desde el punto de vista médico, de un alto grado de seguridad. Incluso, investigaciones en Estados Unidos han encontrado que un aborto temprano es 24 veces más seguro que un nacimiento en mujeres entre 15 y 19 años (Senderowitz, 1995).

Para América Latina y el Caribe, los datos del Cuadro 9 no apuntan, con la excepción de las zonas urbanas de Colombia y de Cuba, a una mayor incidencia de abortos en adolescentes. Este resultado no es sorprendente, dado que tradicionalmente en América Latina la mayoría de los abortos en la región son de mujeres mayores, casadas o en unión, que quieren postergar el próximo parto o dejar de tener más hijos. En la región, un embarazo premarital más comúnmente lleva a un matrimonio forzado o una unión que al aborto. No obstante, las cifras de Cuba y de Colombia sí apuntan a una clara mayor incidencia del aborto en adolescentes que en el resto de las mujeres. En Colombia, el riesgo de que un embarazo adolescente termine en aborto es 1.3 veces superior que el que se observa en las edades 20-29 años. Estas cifras son ratificadas por datos de otros países, como es el caso de Panamá.

Con datos de morbilidad hospitalaria, se ha podido determinar que alrededor de 1990-95, el riesgo de abortos (incluyendo tanto los espontáneos como provocados) en los grupos de adolescentes de 10-14 años y 15-19 años fue 1.5 veces mayor que el de mujeres de 20-29 años; sin embargo, en las mujeres de más de 30 años el riesgo era al menos 2 veces superior (UNFPA-Panamá, 1999). En un estudio realizado en dos hospitales de Fortaleza, Nordeste de Brasil, se encontró que si bien sólo un 20% de las mujeres admitidas por complicaciones de aborto eran adolescentes, más de la mitad del total eran mujeres solteras (Misago y Fonseca, 1999). En otro estudio sobre México, se encontró que cerca de la mitad de las mujeres que buscaron aborto eran solteras y más del 60 por ciento nulíparas (David y Pick de Weiss, 1992).

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

Si bien la incidencia del aborto en cinco de los países analizados no parece ser mayor en mujeres adolescentes que en mujeres de otras edades, las condiciones en que se da un aborto en adolescentes pueden ser más adversas y tener un impacto de más largo plazo en la vida de las mujeres. Singh y Wulf (1994) notan que las adolescentes constituyen una proporción elevada de las mujeres hospitalizadas por complicaciones del aborto. Un estudio en Nicaragua (Porrás Borje, 1992) estimó que el 60% de las adolescentes que abortan sufren alguna complicación. Este dato adquiere un relieve especial cuando se toma en cuenta que el tratamiento de estas complicaciones es costoso: en Brasil, por ejemplo, el conjunto de casos (de mujeres de todas las edades) absorbe aproximadamente la mitad del presupuesto obstétrico público, a pesar de constituir sólo el 12 % de las admisiones obstétricas a los hospitales (Jacobson, 1990). Hirsch y Barker (1992) concluyeron, con base en datos de 27 países en desarrollo, que las adolescentes constituían un 60% de las pacientes admitidas a hospitales por complicaciones del aborto.

Sin lugar a duda, el aborto en adolescentes implica un mayor riesgo ya que este grupo presenta un grado mayor de vulnerabilidad dado el miedo, la ignorancia y la dificultad de acceso a los servicios de salud. Comparadas con las mujeres adultas, las adolescentes tienden a ser médicamente atendidas más tardíamente y en condiciones menos favorables. A esto hay que agregar el costo que implica la realización de un aborto en condiciones relativamente seguras. Senderowitz (1995) cita un estudio realizado en México en las ciudades de Acapulco, Oaxaca y Ciudad de México en donde se muestra que la atención médica a un aborto cuesta alrededor de tres veces más que los abortos atendidos por no médicos. Las condiciones socioeconómicas desfavorables son un elemento fundamental en el aumento del riesgo que trae consigo un aborto, por lo cual aunque éste sea ilegal su práctica no implica los mismos riesgos para la totalidad de las adolescentes que lo practican.

A la inequidad socioeconómica se le agrega la inequidad de género para destacar aún más las desventajas en las cuales se colocan un gran número de

adolescentes. El aborto, consecuencia de un acto relacional entre los sexos sigue siendo un problema exclusivo de las mujeres. "Son ellas las únicas sancionadas y juzgadas por un hecho que es la expresión de la situación de desprotección en que la identidad de género tradicional las coloca en su relación con los hombres" (UNFPA, 1998).

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

La mayor parte de nuestra sociedad, incluyendo a los y las adolescentes, relaciona al aborto con el pecado; por lo que las adolescentes que lo practican se sienten avergonzadas, culpables y con miedo al reproche de la sociedad. Esto agrega un efecto psicológico en las mujeres jóvenes que puede tener repercusiones de diferente índole en la vida futura de la mujer.

Conclusiones

El comportamiento de la fecundidad adolescente es variado entre países y su incidencia y tendencias no se relacionan en forma directa con la etapa de la transición demográfica de los países ni con los cambios observados en la fecundidad en otras edades. Si bien se puede afirmar que no existe una tendencia a una "epidemia" de embarazos adolescentes como muchos insinúan, es cierto que en algunos países, especialmente en Brasil, Colombia y República Dominicana, la tasa de fecundidad entre 15-19 años ha aumentado, pero en la mayor parte de la región se mantiene estable e incluso disminuye. En general, en mujeres sin instrucción y con escolaridad baja y pertenecientes a estratos de

mayor pobreza, la fecundidad es claramente mucho más elevada y baja significativamente en todos los países cuando la adolescente alcanza un nivel de instrucción mayor pertenece a un estrato no pobre.

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

En suma, los datos analizados muestran que la preocupación por la alta incidencia del embarazo y el aborto en la adolescencia es genuina y debe llevar a acciones que busquen disminuir su incidencia, especialmente en mujeres menores de 17 años, que son las más expuestas a riesgos de salud y en las cuales las repercusiones sociales, económicas y psicológicas pueden ser mayores. Si a esto se le suman las inequidades de género que suelen acompañar los procesos que llevan a una iniciación temprana de la fecundidad, se hace aún más perentorio reforzar todos los mecanismos que lleven a la disminución de la incidencia de estos fenómenos.

Bibliografía

- Achío, Mayra; Henny de Vries; Cathalina García; Miguel Gómez; Socorro Gross; Wietze Lindeboom & Luis Rosero, 1994. *Fecundidad y formación de la familia*. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993. San José, CCSS/Depto. de Medicina Preventiva/CDC.
- Asociación Demográfica Salvadoreña e Institute for Resource Development / Westinghouse, FESAL-85. EL SALVADOR: *Encuesta Nacional de Salud Familiar*, FESAL-85. Columbia, MD, USA.
- Asociación Demográfica Salvadoreña y Centers for Disease Control and Prevention, 1988. El Salvador: *Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL*, 1988. El Salvador.
- Asociación Demográfica Salvadoreña y Centers for Disease Control and Prevention, 1993. El Salvador: *Encuesta Nacional de Salud Familiar*. National Family Health Survey, FESAL, 1993. El Salvador.

- Asociación Demográfica Salvadoreña y Centers for Disease Control and Prevention. 1998. El Salvador: *Encuesta Nacional de Salud Familiar. Informe Preliminar*, FESAL. 1998. El Salvador.
- Asociación Hondureña de Planificación Familiar (ASHONPLAFA) y Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. 1997. Honduras: *Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar. 1996. Informe Final*. Honduras.
- Asociación Hondureña de Planificación Familiar (ASHONPLAFA) y Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. 1998. Honduras: *Encuesta Nacional de Salud Masculina, 1996. Informe Final*. Honduras.
- Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana e Institute for Resource Development / Macro International (PROFAMILIA y MI). 1990. Colombia: *Encuesta de Prevalencia Demográfica y Salud*. 1990. (Demographic and Health Survey) Columbia, MD, USA.
- Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana e Institute for Resource Development/Macro International. 1995. Colombia: *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. 1995. (Demographic and Health Survey) Calverton, MD, USA.
- Caja Costarricense de Seguro Social, Departamento de Medicina Preventiva. *Comportamiento sexual de los costarricenses menores de 25 años*. Julio, 1992. Encuesta nacional de Salud Reproductiva de Adultos Jóvenes. San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social y Centers for Disease Control and Prevention. 1994. Costa Rica: *Fecundidad y Formación de la Familia*, 1994. San José, Costa Rica.
- Central Statistical Office y Centers for Disease Control. 1992. Belice: *1991 Belize Family Health Survey. Final Report*. 1992. Atlanta, Georgia, USA.
- Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable y Centers for Disease Control and Prevention. 1994. Ecuador: *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, Informe General*, 1994. (Demographic and Health Survey) Quito, Ecuador.
- Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM), Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia (PROFAMILIA) y Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN). 1996. República Dominicana: *Encuesta Demográfica y de Salud*, 1996. (Demographic and Health Survey) Calverton, MD, USA.
- Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable, Ministerio de Salud Pública y Centers for Disease Control. 1989. Ecuador: *Encuesta demográfica y de salud materna e infantil*, 1989. Endermain, Ecuador.
- Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable, Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales e Institute for Resource Development / Westinghouse. 1988. Ecuador: *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*, 1987. (Demographic and Health Survey) Quito, Ecuador.
- Centro Latinoamericano de Demografía, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Organización Panamericana de la Salud. 1994. *Mujer y fecundidad en Uruguay. Factores determinantes directos de la fecundidad y sus implicaciones en salud. Estudio de las mujeres en edad fértil*. 1994. Uruguay.

- Centro Paraguayo de Estudios de Población e Institute for Resource Development / Macro Systems, Inc. 1990. Paraguay. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1990.* (Demographic and Health Survey) Columbia, MD, USA.
- Centro Paraguayo de Estudios de Población y Centers for Disease Control and Prevention. Paraguay: *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1998.* Informe Preliminar. Paraguay
- Centro Paraguayo de Estudios de Población y Centers for Disease Control and Prevention. Paraguay. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva, 1995-1996.* Paraguay.
- CEPAL. 1997. *Dinámica de población y desarrollo en el Caribe.* CEPAL, Santiago de Chile.
- Chackiel, Juan & Susana Schkolnik. 1996. "Latin América: Overview of the fertility transition, 1950-1990". En: José M. Guzmán et al. (eds.). *The fertility transition in Latin America.* Oxford, Clarendon Press: 310-322
- Consejo Nacional de Población y Familia e Institute for Resource Development / Westinghouse 1987 República Dominicana: *Encuesta Demográfica y de Salud DHS, 1986.* (Demographic and Health Survey) Santo Domingo, República Dominicana.
- Consejo Nacional de Población. *Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995. Síntesis de Resultados.* México DF.
- Contraloría General de la República. *Tasas de Fecundidad en la República, según edad de los padres: Años 1993-97. Nacimientos vivos en la República y Ciudad de Panamá y Colón, por edad del padre, según edad de la madre: Año 1993-97.* Panamá.
- Corporación Centro Regional de Población, Ministerio de Salud de Colombia e Institute for Resource Development / Westinghouse (CURP). 1986. Colombia: *Tercera Encuesta Nacional de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos y Primera de Demografía y Salud, 1986.* (Demographic and Health Survey) Columbia, MD, USA.
- David, H. & Susan Pick de Weiss. 1992. "Abortions in the Americas". En: Abdel R. Omran et al. (eds.). *Reproductive Health in the Americas.* PAHO, Washington DC.
- Demographic and Health Surveys / Akinrinola Bankole and Charles F. Westoff. *Childbearing Attitudes and Intentions.* Comparative Studies No. 17, December 1995, Calverton, MD, USA.
- Demographic and Health Surveys / Alex C. Ezeh, Michka Seroussi and Hendrik Ruggers. *Men's Fertility, Contraceptive Use and Reproductive Preferences.* Comparative Studies No. 18, March 1996, Calverton, MD, USA.
- Demographic and Health Surveys / Stan L. Curtis and Katherine Neitzel. *Contraceptive Knowledge, Use, and Sources.* Comparative Studies No. 19, March 1996, Calverton, MD, USA.
- Demographic and Health Surveys / Sunita Kishor and Katherine Neitzel. *The Status of Women: Indicators for Twenty-Five Countries.* Comparative Studies No. 21, December 1996, Calverton, MD, USA.
- Demographic and Health Surveys / Macro International Inc. Comparative Studies 13. *Socioeconomic Differentials in Fertility.* May 1994, Columbia, Maryland, USA.

- Demographic and Health Surveys / Macro International Inc. *Newsletter Vol. 5* No. 2, 1993.
- Demographic and Health Surveys / Macro International Inc. *Newsletter Vol. 6* No. 2, 1994.
- Demographic and Health Surveys / Macro International Inc. *Newsletter Vol. 7* No. 1, 1995.
- Demographic and Health Surveys / Macro International Inc. *Newsletter Vol. 8* No. 2, 1997.
- Demographic and Health Surveys / Macro International Inc. *Newsletter Vol. 8* No. 2, 1997.
ECLAC / CDC Demographic Unit. Digest of Selected Demographic & Social Indicators 1960-1994. For CDC Member Countries
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean. *Regional Digest of Selected Demographic & Social Indicators 1960-1990*. Port of Spain, 1991.
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean. UNFPA. 1998. *Early Childbearing and Adolescent Motherhood in Saint Vincent and the Grenadines*.
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean. UNFPA. 1998. *Early Childbearing and Teenage Motherhood in Grenada*.
- Family Planning Association of Trinidad and Tobago and Institute for Resource Development/Westinghouse. 1987. *Trinidad and Tobago: Demographic and Health Survey, 1987*. Columbia, MD, USA.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, Dra. Nafis Sadik, Directora Ejecutiva. 1995. *Estado de la Población Mundial 1995. Decisiones para el desarrollo: La mujer, la potenciación y la salud genésica*.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, Dra. Nafis Sadik, Directora Ejecutiva. 1997. *Estado de la Población Mundial 1997. Las nuevas generaciones*.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, Dra. Nafis Sadik, Directora Ejecutiva. 1998. *Estado de la Población Mundial 1998. Las nuevas generaciones*.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, Dra. Nafis Sadik, Directora Ejecutiva. 1999. *Estado de la Población Mundial 1999. 6 mil millones: Es hora de optar*.
- Franco, Silvia, Rosa Klass y Patricia Pittman. 1997. *Dimensión Socio-emocional de la atención de salud reproductiva y sexual de adolescentes: El caso de Sectores Urbano Marginales de la Provincia de Buenos Aires en Argentina*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud.
- Geonimus, Arline T. 1987. "On teenage childbearing and neonatal mortality in the United States" *Population and Development Review* 13 (2): 245-280.
- Gupta, N. & Juri da Costa Leite. 1999. "Adolescent fertility behavior: trends and determinants in the Northeast of Brazil". *International Family Planning Perspectives* 25 (3): 125-131.
- Guzmán, J.M., Hakkert, R., Moyano, M., Contreras, J.M. (2000). *Diagnóstico de Salud Reproductiva de Adolescentes en América Latina*. Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA. México, D.F. (Borrador).

- Instituto de Estudios de Población y Desarrollo, Denise Palewosky. *Determinantes Sociales y Consecuencias del Aborto Inducido en la República Dominicana*. Marzo, 1995. Santo Domingo, República Dominicana.
- Instituto de Estudios de Población y Desarrollo, PROFAMILIA, Oficina Nacional de Planificación e IRD/Macro International. 1991. *República Dominicana: Encuesta Demográfica y de Salud, 1991*. (Demographic and Health Survey) Columbia, MD, USA.
- Instituto de Estudios de Población y Desarrollo IEPD, entidad de PROFAMILIA y Centers for Disease Control and Prevention. *República Dominicana. Encuesta Nacional de Jóvenes, 1992 Informe Final*. República Dominicana.
- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá e Institute for Resource Development / Westinghouse. 1987. *Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1987*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (Demographic and Health Survey) Columbia, MD, USA.
- Institute for Resource Development / Macro Systems, Inc. 1989. *Bolivia: Maternal and Child Health in Bolivia, 1989; Report on the In depth Demographic and Health Survey in Bolivia*. Columbia, Maryland USA.
- Institut Haïtien de l'Enfance y Johns Hopkins University. 1989. *Haiti: Survie et Santé de l'Enfant en Haïti. Résultats de l'Enquête Mortalité, Morbidité, et Utilisation des Services*. 1987. Port-au-Prince, Haïti.
- Institut Haïtien de l'Enfance y Macro International. 1994/95 *Haïti: Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services EMMUS-II, 1994/95* (Demographic and Health Survey) Calverton, MD, USA.
- Institut Haïtien de l'Enfance y Centers for Disease Control. 1991. *Haïti: Enquête Nationale Haïtienne sur la Contraccption, 1989. Rapport Final*. Atlanta, Georgia, U.S.A.
- Instituto Nacional de Estadística. 1986. *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Informe General, 1986*. (Demographic and Health Survey) Lima, Perú
- Instituto Nacional de Estadística y el Institute for Resource Development/Macro Systems. 1989. *Bolivia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1989; Resumen Ejecutivo* (Demographic and Health Survey)
- Instituto Nacional de Estadística / Macro International Inc. 1994. *Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1994*. (Demographic and Health Survey) Calverton, Maryland USA.
- Instituto Nacional de Estadística / Macro International Inc. 1998. *Bolivia: Encuestas Nacional de Demografía y Salud, 1998*. (Demographic and Health Survey) Calverton, MD, USA.
- Instituto Nacional de Estadística y Macro International Inc. 1995. *Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1995*. (Demographic and Health Survey) Calverton, MD, USA.
- Instituto Nacional de Estadísticas, Departamento Servicio al Usuario y Difusión. *Totas de fecundidad por grupos de edad de la madre, 1995, 1996 y 1997*. Diciembre, 1999. Santiago de Chile.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y Macro International. 1998. *Nicaragua: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 1998*. (Demographic and Health Survey) Calverton, MD, USA.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática, Asociación Benéfica PRISMA y Macro International. 1991/1992. *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991/1992* (Demographic and Health Survey) Columbia, MD, USA.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática y Macro International (INEI y MI). 1996. *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1996 - Informe Principal* (Demographic and Health Survey) Calverton, MD, INEI e MI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 1992. *México: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992. Metodología y Tabulados*. México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 1997. *México: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997. Metodología y Tabulados*. México.
- International Planned Parenthood Federation / Western Hemisphere Region, Tirbani P. Jagdeo. 1993. *Suriname: Contraceptive Prevalence Survey, 1992*. Suriname.
- Lassonde, Louise. 1997. *Los desafíos de la Demografía*. UNAM, FCE. México.
- Loech, T. 1994. *Premature fertility in Sub-Saharan Africa*. Chronique du Ceped, Summer, France.
- Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos. *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud y Acción Social. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. *Indicadores de Salud y Condiciones de Vida para el Grupo de Población de 10-24 años - 1970, 1980 y 1985*. Abril 1989. Serie 8. Análisis de Datos. Número 7. Buenos Aires. Ministerio de Salud y Acción Social.
- Ministerio de Salud y Acción Social. *Encuesta a Población: Módulo de Utilización y Gasto en Servicios de Salud Aglomerado Gran Buenos Aires, Situación Sanitaria de la Población de 13 a 19 años (adolescentes) - Cifras definitivas*. Setiembre 1993. Serie 10. Número 8. Buenos Aires. Ministerio de Salud y Acción Social.
- Ministerio de Salud y Acción Social. *Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Estadísticas Vitales. Información Básica*. 1995. Serie 5. Número 38. Buenos Aires. Ministerio de Salud y Acción Social.
- Ministerio de Salud y Acción Social. *Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud: Indicadores de Natalidad y Mortalidad. Años 1980-1993*, Número 71. Junio 1995. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social.
- Ministerio de Salud y Acción Social. *Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Información Básica - 1994*. Serie 5. Número 38. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud y Acción Social. *Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Estadísticas Vitales. Información Básica* 1996. Serie 5. Número 40. Buenos Aires. Ministerio de Salud y Acción Social.

- Ministerio de Salud y Acción Social. *Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Estadísticas Vitales. Información Básica 1997*. Serie 5. Número 41. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social.
- Ministerio de Salud Pública. 1999. *La salud pública en Cuba. Hechos y cifras*. La Habana. Dirección Nacional de Estadística. Ministerio de Salud Pública.
- Misago, C. & W. Fonseca. 1999. "Determinants and medical characteristics of induced abortion among poor urban women in North East Brazil". In: Axel Mundigo & Cynthia Indriso (eds.). *Abortion in the developing world*. WHO. New Delhi. Vistaar Publications.
- Mohamud, Asba. 1997. *Adolescent Girls and their rights: health of adolescent girls with special emphasis on reproductive and sexual health and nutrition*. United Nations. Addis Ababa. Ethiopia.
- Morris, Leo; Valerie Sedivy; Jay S. Friedman & Carmen P. McFarlane. 1995. *Jamaica: Contraceptive Prevalence Survey 1993, Vol. IV: Sexual behaviour and contraceptive use among young adults*. Kingston. National Family Planning Board / Centers for Disease Control.
- National Family Planning Board y Centers for Disease Control and Prevention. 1994. *Jamaica: Contraceptive Prevalence Survey. Volume III Sexual Experience, Contraceptive, Practice and Fertility, 1993*. Atlanta, Georgia, USA.
- National Family Planning Board y Centers for Disease Control and Prevention. 1994. *Jamaica: Contraceptive Prevalence Survey, Volume I Administrative Report, 1993*. Kingston, Jamaica.
- National Family Planning Board y Centers for Disease Control and Prevention. 1994. *Jamaica: Contraceptive Prevalence Survey. Volume II Knowledge and Attitudes Towards Family, Contraception and Aids, 1993*. Kingston, Jamaica.
- National Family Planning Board y Centers for Disease Control and Prevention. 1995. *Jamaica: Contraceptive Prevalence Survey, Volume IV Sexual Behaviour and Contraceptive Use Among Young Adults, 1993*. Atlanta, Georgia, USA.
- National Family Planning Board y Centers for Disease Control and Prevention. 1994. *Jamaica: Contraceptive Prevalence Survey, Volume V Summary of Results by Health Region, 1993*. Atlanta, Georgia, USA.
- National Family Planning Board y Centers for Disease Control and Prevention. 1999. *Jamaica: Reproductive Health Survey, 1997. Final Report*. Atlanta, Georgia, USA.
- Oficina Nacional de Estadísticas, Centro de Estudios de Población y Desarrollo. *Anuario Demográfico de Cuba. 1998*. La Habana. ONE.
- Oficina Nacional de Estadísticas. *Perfil estadístico de la mujer cubana en el umbral del siglo XXI*. Febrero 1999. La Habana. ONE.
- Organización Panamericana de la Salud. *Perfil de la fecundidad en la edad de la adolescencia en Venezuela. Informe*. Agosto de 1998. Caracas, Venezuela.
- Pan American Health Organization. *Caribbean Adolescent Health Survey: Antigua, Dominica, Grenada, Jamaica, 1998*. Minneapolis MN, USA.

- PROFAMILIA y Centers for Disease Control and Prevention. 93. *Nicaragua: Encuesta sobre salud familiar Nicaragua 92-93. Informe Final*. Nicaragua.
- Secretaría de Salud e Institute for Resource Development / Macro System. 1987. *México: Encuesta nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987*. (Demographic and Health Survey) Columbia, MD, USA.
- Senderowitz, Judith. 1995. *Adolescent health: reassessing the passage to adulthood*. Washington DC, World Bank Discussion Paper 272.
- Singh, Susheela. 1998. "Adolescent childbearing in developing countries: a global review". *Studies in Family Planning* 29 (2): 117-136.
- Singh, Susheela y Jacqueline E. Darroch. 2000. "Adolescent Pregnancy and Childbearing: Levels and Trends in Developed Countries". *Family Planning Perspectives*.
- Singh, S. and Wulf, D (1994) "Estimated Levels of Induced Abortion in Six Latin American Countries." *International Family Planning Perspectives*, 20:4-13
- Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, BEMFAM y Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) Macro International. 1996. *Brasil: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996*. (Demographic and Health Survey) Calverton, MD 20705, USA.
- Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil e Instituto para Desenvolvimento de Recursos BEMFAM e IRD. 1987. *Brasil: Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, PNSMIPI, Brasil, 1996*. (Demographic and Health Survey) Rio de Janeiro, Brasil.
- Stern, Claudio. 1997. *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*. Salud Pública, México.
- Stern, Claudio. 1995. *Prioridades de investigación y apoyo para proyectos en salud reproductiva*. El Colegio de México, México.
- Sullivan, Jeremiah M.; Shea O. Rutstein & G. T. Bicego. 1994 "Infant and child mortality". *Demographic and Health Surveys Comparative Studies 15*. Calverton MD, Macro International.
- Teen Pregnancy Prevention Program and Centers for Disease Control and Prevention. Trying to maximize the odds: using what we know to prevent teen pregnancy. December 1995. Atlanta GA, Teen Pregnancy Prevention Program / CDC.
- United Nations Population Fund, UNFPA and Adolescents 1997.
- United Nations Population Fund / Hope Enterprises Ltd. 1997. *Biomedical and other background data relevant to the establishment of adolescent sexual and reproductive centers in specific sites in Jamaica*. Kingston, Jamaica. UNFPA/Hope
- United Nations Population Fund, Jamaica. 1998. *Biomedical and Socio-cultural Data Relevant for the Establishment of Adolescent Sexual and Reproductive Centres in Selected Sites in Guyana* (draft).

- United Nations, 1994. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo A/Conf. 171/13*. New York, United Nations.
- United Nations, 1999. *Examen y evaluación generales de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. New York, United Nations, A/S-21/5/Add.1.
- Valenzuela, Herald, Morris. 1990. "Encuesta de Salud de la Reproducción en adultos jóvenes del Gran Santiago" en *Cuadernos Médicos Sociales*, Departamento de Salud Pública, Santiago de Chile.
- Varela Petito, Ma. Del Carmen. 1999. *La fecundidad adolescente. una expresión de cambio del comportamiento reproductivo en el Uruguay*. Montevideo, Uruguay. Universidad de la República Oriental del Uruguay.
- Villarreal, Marcela. 1998. *Adolescent fertility: socio-cultural issues and programme implications*. Roma, FAO.
- World Health Organization. 1983. *Adolescent Reproductive Health: an approach to Planning Health Service Research*.
- Zamudio, J.; N. Rubiano & L. Wartenberg. 1999. *El aborto inducido en Colombia*. Bogotá, Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social, Universidad del Externado, Cuadros del CIDS 1-131.

Notas

- 1 Este documento es una parte de un trabajo más extenso que incluye otros aspectos de la salud sexual y reproductiva (Guzmán, Hakkert, Contreras y Falconier de Moyano, 2000).
- 2 En el caso de República Dominicana, el aumento en la década del 90 puede estar exagerado por una subestimación de las tasas de fecundidad adolescente en la DHS-91 y una probable sobrestimación en la DHS-96.
- 3 Los tres países en los que se pudo obtener esta información gracias a las encuestas DHS son: Bolivia, Guatemala y Perú. La representación de los grupos indígenas es obtenida a través de la lengua natal de la entrevistada. En Bolivia y Perú el grupo indígena está conformado por las mujeres que contestaron que su lengua natal era quechua, aymara o guaraní principalmente; entre las adolescentes representan al 15% en Bolivia y al 7% en Perú. En el caso de Guatemala el grupo está conformado por las que dijeron que su lengua natal era alguna de origen maya y representan al 26%.
- 4 Se ha estimado que entre 1989 y 1996 el descenso de la fecundidad adolescente fue mayor que el observado en la tasa de embarazos. Esto significa que si bien las mujeres adolescentes se están embarazando menos, al mismo tiempo tienden a interrumpir sus embarazos en mayor proporción, especialmente por el método de "regulación menstrual". En consecuencia, la recurrencia al aborto ha apoyado la baja espectacular de la fecundidad observada en este país. Cálculos propios basados en datos oficiales recopilados por la Oficina del ENUAP en Cuba: Cifras e indicadores sociodemográficos y de salud reproductiva sobre adolescentes en Cuba. La Habana, abril 1999 (mimeo).