

XIII Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México,  
UNAM, 22 al 24 de junio de 2016. “Procesos Demográficos y  
Desigualdades Sociales “; Sesión “Reproducción temprana en México y  
opciones de vida de la juventud”:  
Jueves 23 de junio, 8:30-10:00

¿SON LAS OPCIONES DE VIDA EL  
MEJOR ANTICONCEPTIVO?. UNA  
MIRADA COMPARATIVA DE  
AMÉRICA LATINA Y OTRAS  
REGIONES DEL MUNDO

Jorge Rodríguez Vignoli,  
CELADE-División de Población de la CEPAL

# ESTRUCTURA DE LA PRESENTACIÓN

- Toma de posición
- ¿Por qué América Latina es tan especial en el mundo en desarrollo?
- ¿Estamos condenados a una alta maternidad adolescente?: la experiencia de los países desarrollados
- Conclusiones: ¿Qué hacer?: políticas públicas y cambios estructurales

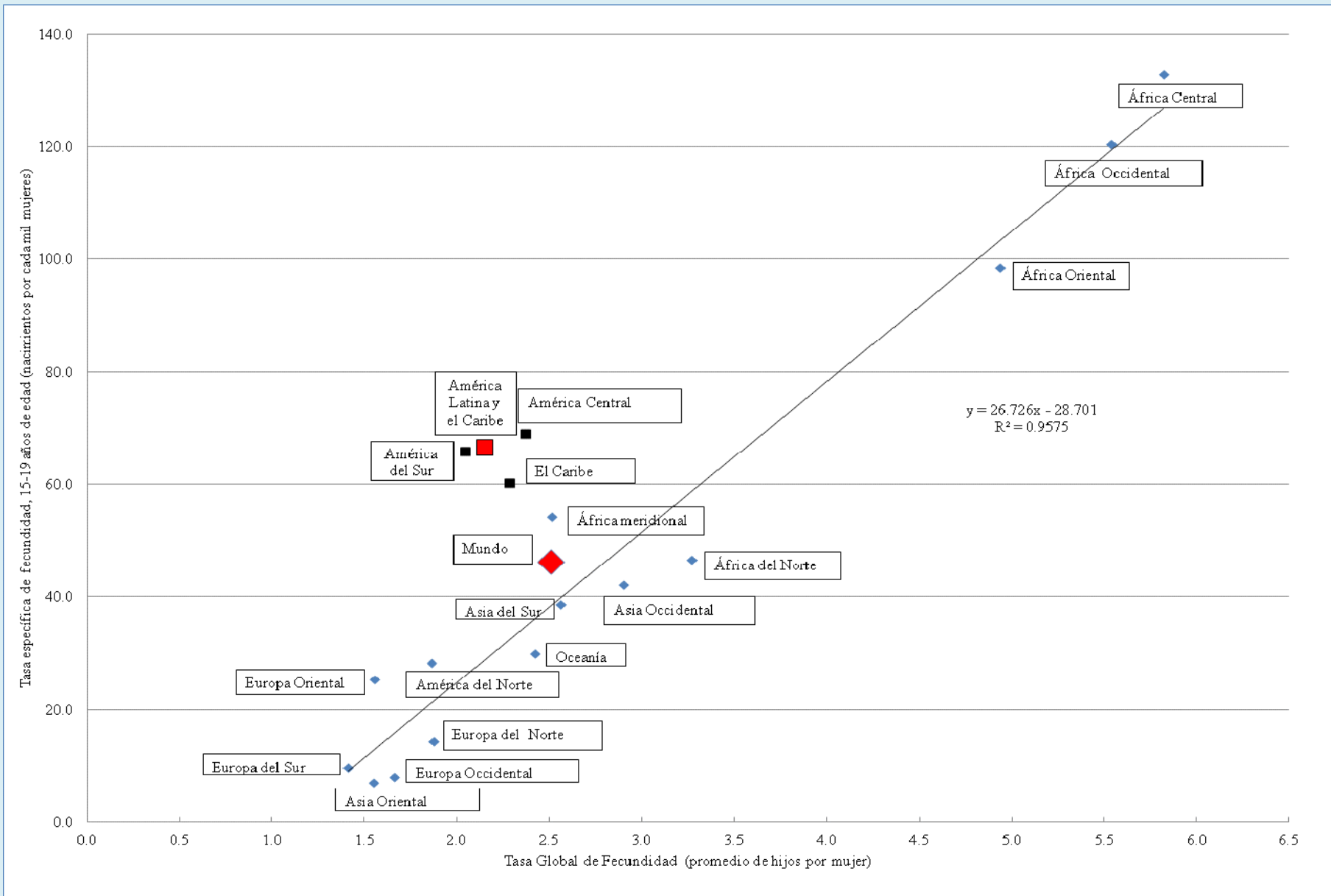
# Toma de posición

- La pregunta del título es provocadora, porque el mejor anticonceptivo debe ser un anticonceptivo (conducta anticonceptiva en rigor)
- Pero tiene sentido, porque lanzar anticonceptivos desde un helicóptero o colocar dispensadores en cada esquina no funciona automáticamente
- Y obligar a las personas (en este caso adolescentes) coarta sus derechos
- Pero sí tiene sentido y validez informar, empoderar y ofrecer los medios para que tengan *una vida sexual responsable, placentera y saludable, y eviten los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva, y al ejercicio de su orientación sexual* (Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, MP 12)
- Así como promover las conductas anticonceptivas mediante opciones alternativas al embarazo temprano

# ¿Porqué Latinoamérica es tan especial en materia de reproducción adolescente en el mundo en desarrollo?

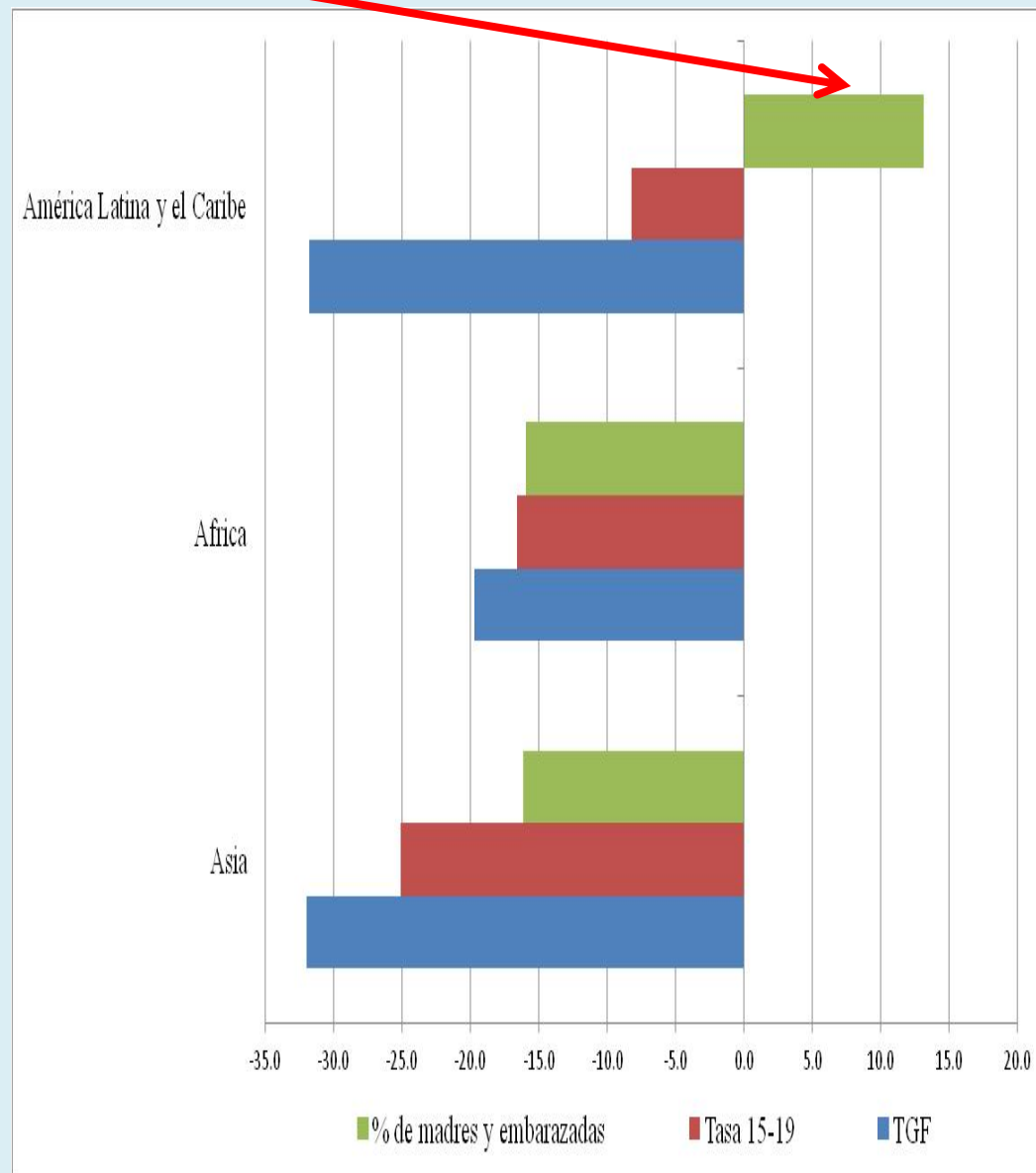
- Nivel muy superior al que cabría esperar
- Tendencia al aumento entre 1990 y 2010
- Exposición al riesgo creciente por “masificación de la iniciación sexual en la adolescencia” y “núcleo duro de unión en al adolescencia”
- Desigualdad enorme y un quintil socioeconómico inferior de muy alta fecundidad adolescente
- Deseabilidad/planificación bajas a escala mundial y en descenso generalizado
- Oportunidades de vida crecientes que no bajan la fecundidad adolescente

# Nivel muy superior al que cabría esperar

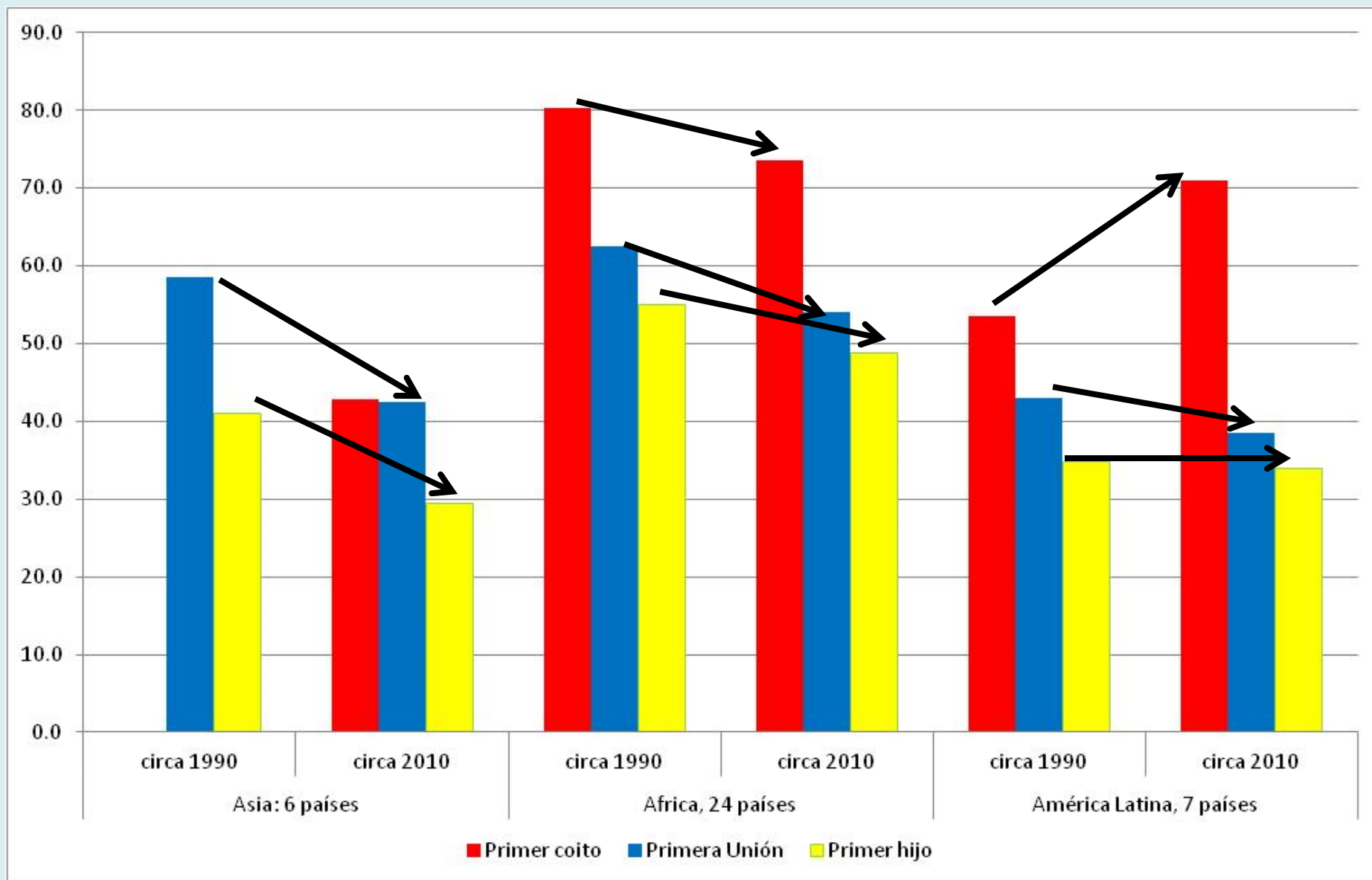


# Tendencia al aumento entre 1990 y 2010

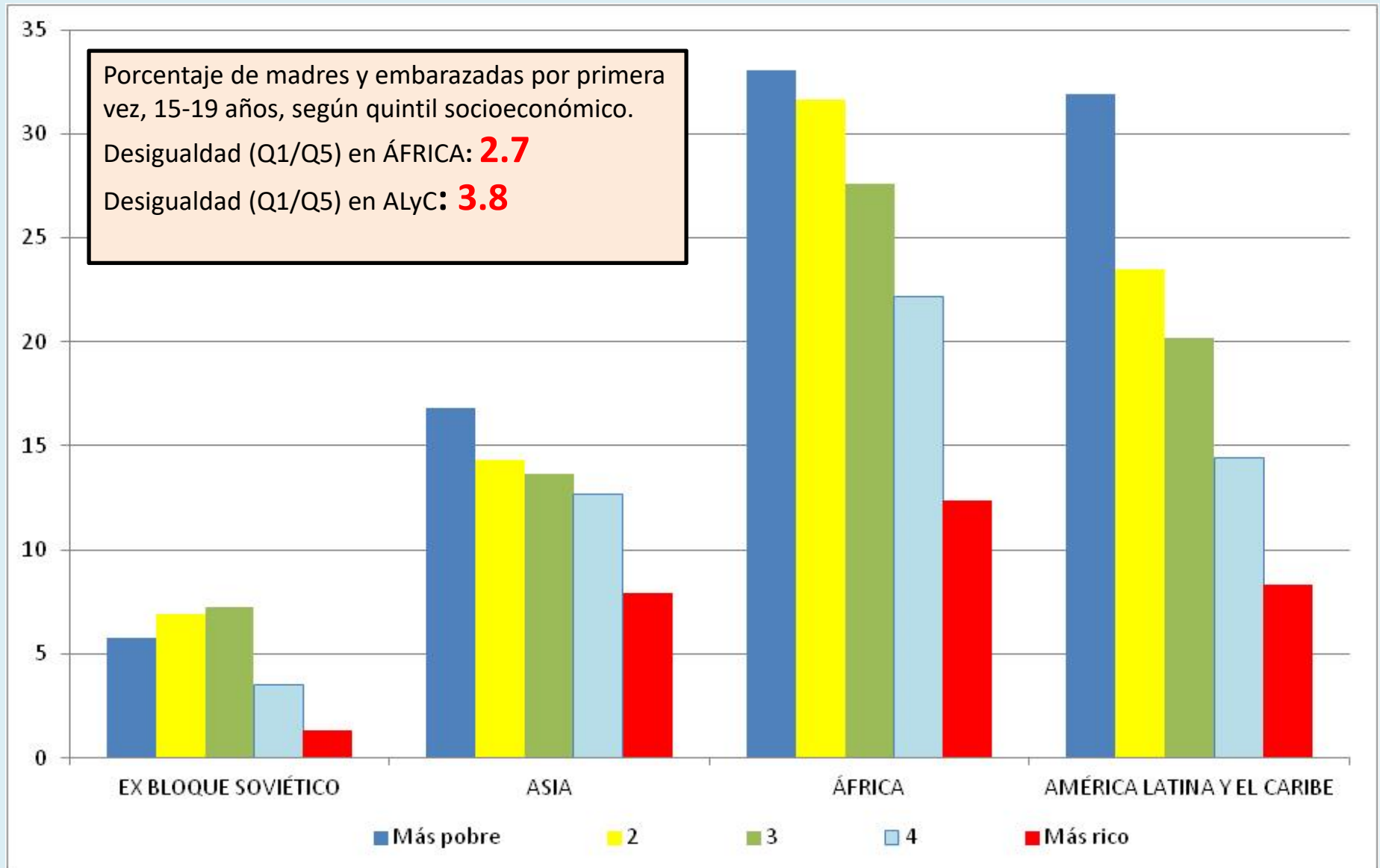
PERIODO	REGIÓN	TGF	TASA FECUNDIDAD 15-19	% DE MADRES Y EMBARAZADAS POR PRIMERA VEZ
Cerca 1990	Asia	4.8	79.0	14.6
	Africa	6.2	142.7	28.9
	América Latina y el Caribe	4.2	85.4	15.1
Cerca 2010	Asia	3.3	59.2	12.3
	Africa	5.0	119.0	24.3
	América Latina y el Caribe	2.8	78.4	17.1



## Exposición al riesgo creciente por “modernidad sexual truncada” y “núcleo duro de unión en la adolescencia”



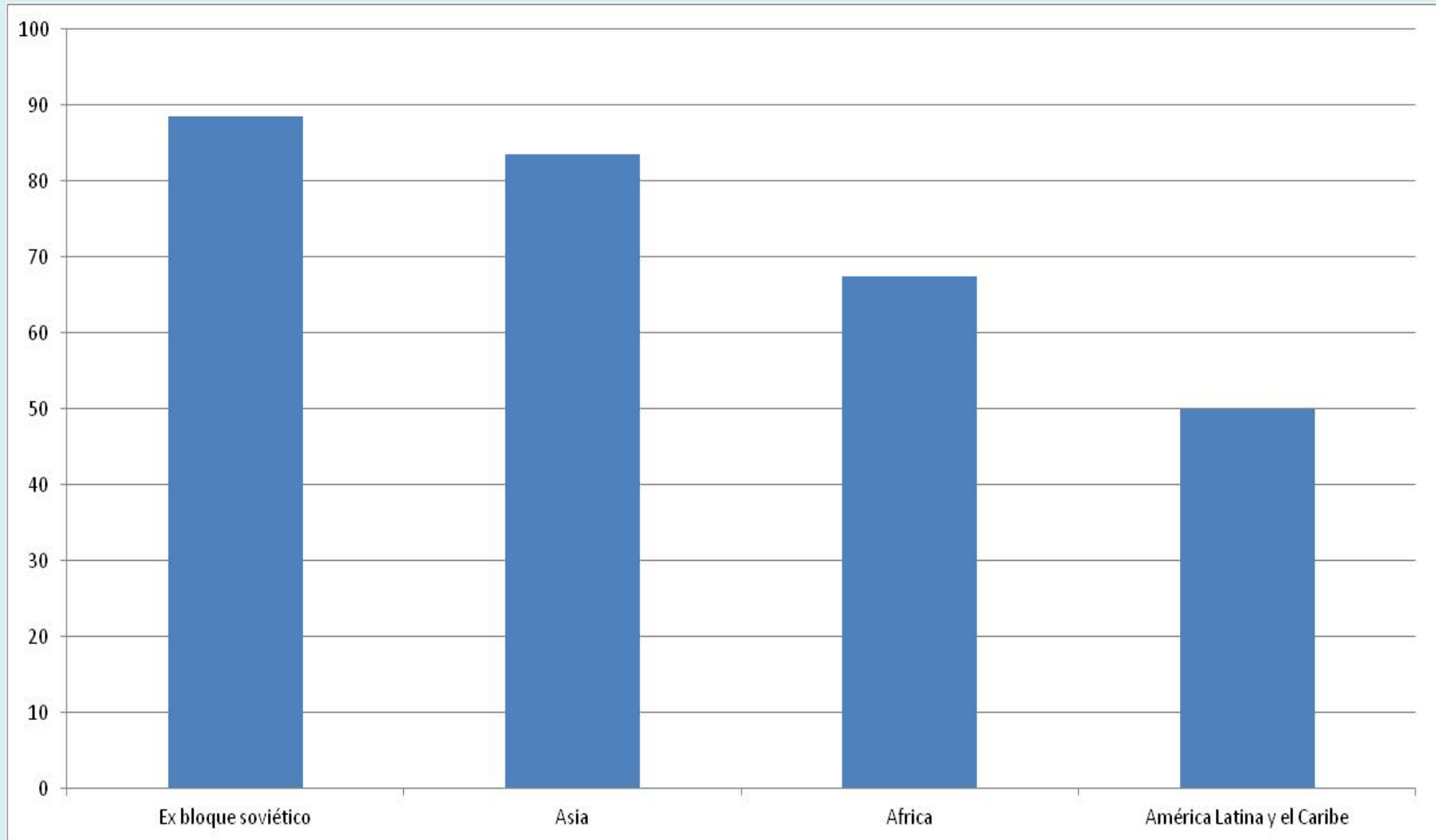
# Desigualdad enorme y fecundidad adolescente muy alta del quintil inferior





# Deseabilidad/planificación bajas a escala mundial

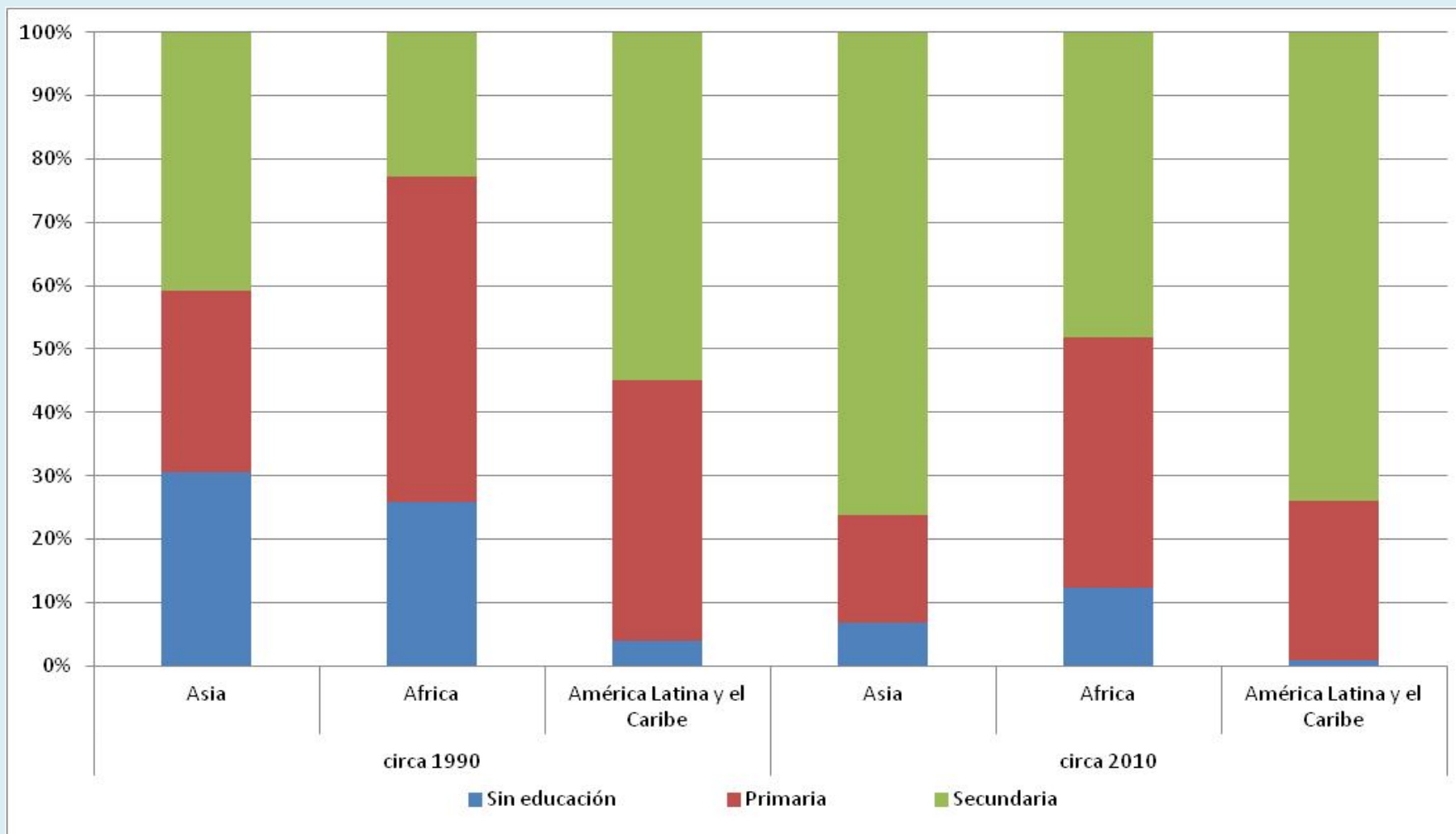
**Grandes regiones del mundo: porcentaje de nacimientos de madres menores de 20 años que declaran ser deseados “en ese momento”, nacimiento tenidos los 5 años previos a la encuesta, encuestas de 2005 en adelante, promedio simples**



**Fuente:** Statcompiler Beta (<http://beta.statcompiler.com>). DHS de 2005-2014. 7 países del ex bloque soviético, 10 de Asia, 35 de África y 11 de América Latina y el Caribe

# Oportunidades de vida crecientes que no bajan la fecundidad adolescente

América Latina, África y Asia, países seleccionados, mujeres de 15 a 19 años de edad: nivel educativo alcanzado, circa 1990 y circa 2010

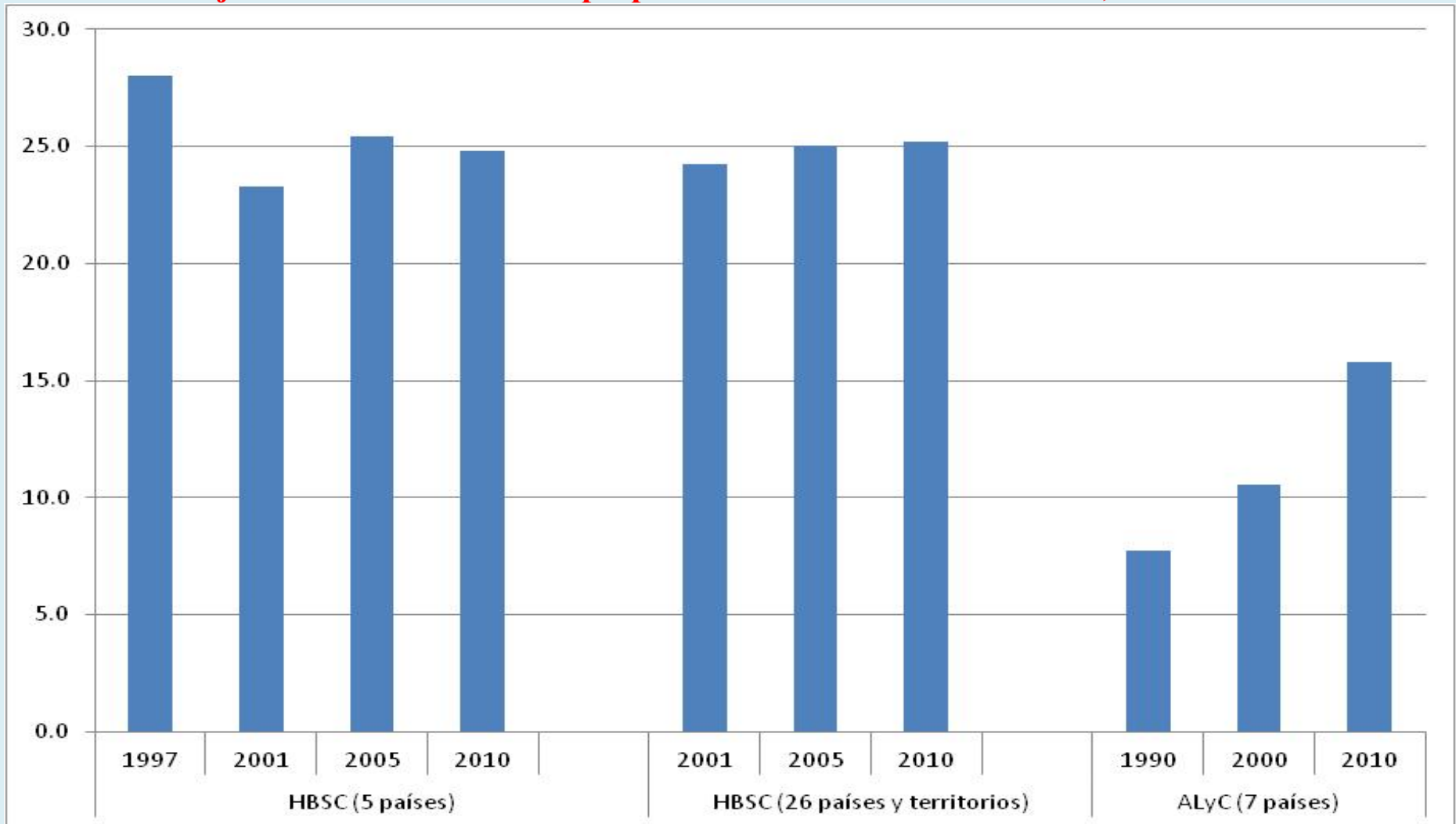


# ¿ Estamos condenados a una alta maternidad adolescente?: la experiencia de los países desarrollados

- Postergación de la primera unión
- Postergación del primer hijo
- Masificación de la actividad sexual en la adolescencia, premarital y sin propósitos reproductivos
- Masificación del uso de anticoncepción desde la primera relación sexual y con más opciones anticonceptivas eficientes (dobel protección, implantes, inyecciones, etc.)
- Acceso a aborto como derecho. Alta tasa de aborto en algunos países
- Persiste desigualdad, pero no enorme como en la región
- Inflexiones de la iniciación sexual. No hay una tendencia sistemática hacia su adelantamiento (aunque en contextos de virtual universalización de la iniciación premarital en la adolescencia)

# ¿Estamos condenados a una alta maternidad adolescente?: la experiencia de los países desarrollados (HBSC)

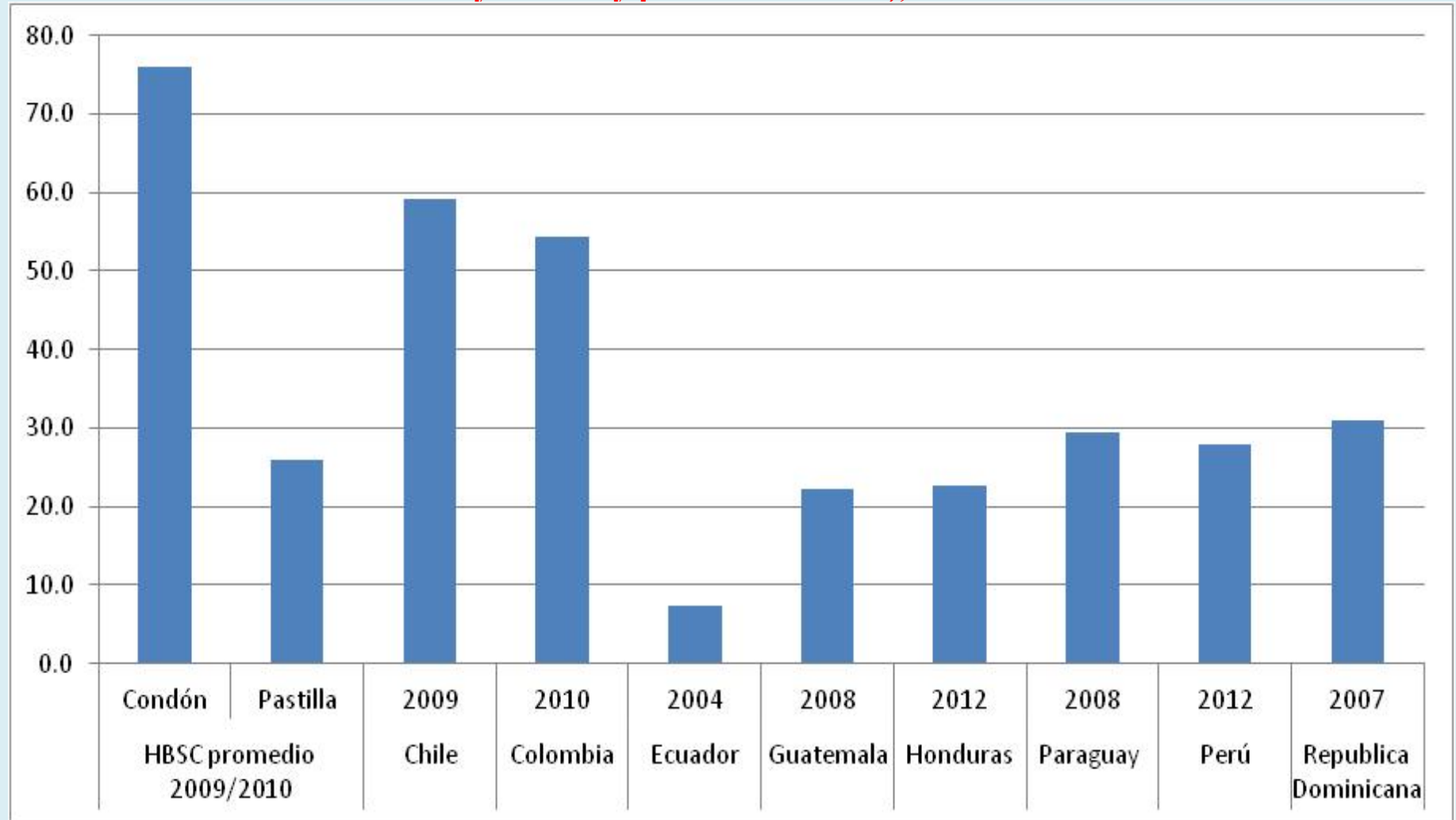
América Latina y el Caribe (países seleccionados) y países y territorios desarrollados (HBSC), mujeres de 15 años de edad: proporción de iniciadas sexualmente, 1990-2010



Fuente: Statcompiler Beta (<http://beta.statcompiler.com>) y encuesta HBSC ([www.hbsc.org](http://www.hbsc.org))

# ¿Estamos condenados a una alta maternidad adolescente?: la experiencia de los países desarrollados (HBSC)

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



## ¿Estamos condenados a una alta maternidad adolescente?: la experiencia de España y nuestros dos modelos unión temprana (tradicional) y modernidad sexual truncada en la adolescencia

País	Tasa de fecundidad adolescente (por 1000)	Porcentaje de madres (mujeres de 18 y 19 años de edad)	Porcentaje de unidas antes de los 18 años (mujeres de 18 y 19 años de edad)	Iniciadas sexualmente (mujeres de 15 años de edad)	Porcentaje que usó anticoncepción en el primer coito (mujeres de 18 y 19 años de edad)	Tasa de aborto (por 1000 mujeres), mujeres de 15 a 19 años de edad
Chile	<b>52.7</b>	<b>16.3</b>	<b>8.0</b>	<b>9.6</b>	<b>57.6</b>	Sin datos confiables
República Dominicana	<b>108.7</b>	<b>33.0</b>	<b>36.9</b>	<b>16.0</b>	<b>23.7</b>	Sin datos confiables
España	<b>12.2</b>	<b>3.6</b>	<b>4.8</b>	<b>20.0</b>	<b>85.1</b>	<b>12.7</b>

## **CONCLUSIONES: ¿Qué hacer?: políticas públicas y cambios estructurales**

- Actuar inmediatamente para evitar que se sigan vulnerando los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes, en particular de las que están teniendo embarazos no deseados
- Enfoque de derechos y reconocimiento de la condición de sujetos sexuales, junto con mensajes claros sobre la importancia de la prevención y cómo hacerlo
- Adecuar los servicios de salud a las especificidades de los y las adolescentes, reconociendo y atenuando las tensiones sectoriales (espacios amigables)
- Formar profesionales —de salud, educación, consejería, capacitación, científicos sociales— especializados en adolescentes, pero con visión de curso de vida
- Reconocer la diversidad de situaciones entre los y las adolescentes, porque ameritan acciones diferentes, así como distinguir contextos, en particular aquellos donde se conjugan fuerzas que debilitan la prevención
- Reforzar la investigación multidisciplinaria en temas clave, como la conducta sexual y anticonceptiva, la unión y el aborto, con un enfoque de género e incluyendo a los hombres
- Ofrecer opciones de vida efectivas y proyectos alternativos a la maternidad adolescente