

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN DEMOGRAFÍA Y DESARROLLO



TESIS

DETERMINANTES PRÓXIMOS DE LA FECUNDIDAD
ADOLESCENTE EN HONDURAS PERIODO 2011-2012

PRESENTADO POR
JINNA YENNSY ROSALES LÓPEZ

ASESORES:
Dra. MARYSABEL ZELAYA OCHOA
M. S.C. MANUEL FLORES

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
MÁSTER EN DEMOGRAFÍA Y DESARROLLO

CIUDAD UNIVERSITARIA

FECHA: 18 de Septiembre de 2018

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

**DR. FRANCISCO JOSÉ HERRERA ALVARADO
RECTOR**

**ABOG. ENMA VIRGINIA RIVERA MEJÍA
SECRETARÍA GENERAL**

**DR. ARMANDO EUCEDA
DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y POSTGRADO**

**DRA. MARTHA LORENA SUAZO MATUTE
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**DRA. MARYSABEL ZELAYA OCHOA
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN DEMOGRAFÍA Y
DESARROLLO**

Resumen

La fecundidad adolescente en Honduras es uno de los componentes de la dinámica demográfica que determina aspectos de índole social, económica y sobre todo el crecimiento de la población. Honduras en relación a otros países muestra un descenso de la fecundidad adolescente de manera lenta. En este sentido, el estudio de la fecundidad adolescente se vuelve imprescindible al momento de formular líneas estratégicas de desarrollo humano, social, económico y político, ya que es un fenómeno social que determina la calidad de vida de las mujeres adolescentes.

Este estudio revela hallazgos significativos para la creación de programas o estrategias orientadas al fortalecimiento de leyes o políticas públicas que garanticen el acceso a la educación y a la salud desde un enfoque integral para la población adolescente y juvenil. De esta manera, este estudio de los determinantes próximos de la fecundidad adolescente en el contexto hondureño, partiendo de los datos de la Encuesta de Demografía y Salud (ENDESA) 2011-2012 y el modelo de Bongaarts, facilita el análisis y comprensión de este fenómeno al momento de revelar la tasa global de fecundidad adolescente, el determinante próximo que más influye en esta población, el cual, según el empleo del modelo de Bongaarts, es la nupcialidad, lo que descarta algunas hipótesis esperadas en este estudio y el grado en el que las demás variables intervienen en dicha dinámica. Además, el estudio revela condiciones socioeconómicas que también influyen en la fecundidad adolescente en el contexto hondureño.

Abstract

Adolescent fertility in Honduras is one of the components of the demographic dynamic that determines social and economic aspects and, above all, population growth. Honduras shows a decline in adolescent fertility compared to other countries. In this sense, the study of adolescent fertility becomes essential when formulating strategic lines of human, social, economic and political development, since it is a social phenomenon that determines the quality of life of adolescent women.

This study reveals significant findings for the creation of programs or strategies aimed at strengthening laws or public policies that guarantee access to education and health from an integrated approach for the adolescent and youth population. Thus, this study of the proximate determinants of adolescent fertility in the Honduran context, based on data from the 2011-2012 Demographic and Health Survey (ENDESA) and the Bongaarts model, facilitates the analysis and understanding of this phenomenon when revealing the total adolescent fertility rate, the proximate determinant that most influences this population, which, according to the use of the Bongaarts model, is nuptiality, which rules out some hypotheses expected in this study and the degree to which the other variables intervene in this dynamic. In addition, the study reveals socioeconomic conditions that also influence adolescent fertility in the Honduran context.

Contenido

I.	Índices de tablas.....	1
II.	Introducción	3
III.	Tema de investigación: Determinantes próximos de la fecundidad adolescente en Honduras en el periodo 2011-2012	5
A.	Planteamiento del problema de investigación	5
B.	Objetivos de la investigación.....	8
C.	Preguntas de investigación.....	9
D.	Justificación	10
IV.	Marco Referencial	12
4.1	Definición de la adolescencia y fecundidad adolescente.....	12
4.2	Enfoques teóricos.....	13
4.2.1	Transición demográfica	13
5	Enfoque de pobreza.....	19
6	Enfoque psicológico.....	22
6.1.1	Enfoques sobre población y género.....	24
6.2	Modelos teóricos.....	28
6.2.1	Factores determinantes de la fecundidad	28
6.2.2	Factores de Bongaarts.....	31
6.3	Contexto empírico	35
7	La fecundidad adolescente en el mundo.....	35
7.1.1	Fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe	41
8	Fecundidad adolescente en la región centroamericana	46
8.1.1	Fecundidad adolescente en Honduras.....	52
8.2	Marco legal.....	56
9	Marco legal internacional.....	56
9.1.1	Marco legal nacional	60
V.	Hipótesis de investigación.....	65
VI.	Metodología	66
6.1	Tipo de investigación.....	66
A.	Muestra	66

6.2 Fuentes de datos	67
6.3 Métodos de análisis de los datos	67
7 Índice de proporción de mujeres unidas (Cm)	69
8 Índice de anticoncepción (Cc).....	69
9 Índice de aborto inducido (Ca)	71
10 Índice de infecundabilidad posparto (Ci).....	71
10.1 Plan de análisis y operacionalización de las variables.....	73
Prevalencia del aborto inducido	74
VII. Análisis de Resultados	76
7.1 Características sociodemográficas de la población femenina adolescente que son madres o actualmente embarazadas.....	76
• Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según edades simples y área de residencia	76
• Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según área de residencia.....	80
• Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según nivel de escolaridad y área de residencia	81
• Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según estado civil y área de residencia	83
• Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según quintil de riqueza y área de residencia	86
• Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según ocupación actual y áreas de residencia.....	88
• Estado marital según nivel educativo de las adolescentes y área de residencia.....	90
7.2 Determinantes próximos de la fecundidad adolescente hondureña, según el modelo de Bongaarts	92
• Proporción o porcentaje de mujeres adolescentes unidas o casadas según área de residencia	92
• Proporción o porcentaje de mujeres adolescentes que están viviendo en unión y que utilizan métodos anticonceptivos según área de residencia	93
• Proporción o porcentaje de aborto inducido en adolescente que ya son madres o han tenido un embarazo	96
• Duración mediana de la lactancia materna exclusiva y de la lactancia materna predominante entre los niños viviendo con la madre nacidos en los tres años anteriores a la encuesta, Honduras 2011-2012	96

7.3	Determinante próximo de la fecundidad que más influye en la fecundidad adolescente hondureña	97
	• Nupcialidad	98
	• Anticoncepción	98
	• Prevalencia del aborto inducido	100
	• Infecundabilidad posparto	100
	• Tasa global de fecundidad adolescente	101
8	Comprobación De Hipótesis.....	105
9	Conclusiones.....	106
10	Bibliografía	108

I. Índices de tablas

Tablas

Tabla 1 Grandes regiones del mundo: tasa global de fecundidad (TGF) estimada para el año 2007, tasa específica de fecundidad del grupo de 15 a 19 años de edad estimada para 2007 y porcentaje del total de nacidos vivos cuya madre era adolescente.....	18
Tabla 2 La dinámica del descenso de la fecundidad: indicadores según nivel de desarrollo y región. estimaciones y variante media: 1950, 2000 y 2050	36
Tabla 3 Países seleccionados de América Latina y el Caribe: evolución de la proporción de mujeres de 15 a 19 años que han tenido hijos por edades simples (censos de la ronda de 1990 y 2000).....	42
Tabla 4 Razones de disparidad de índices de fecundidad alta a los 17 años entre estrato bajo y estrato alto según años de escolaridad (estrato alto es la referencia).....	51
Tabla 5 Mujeres de 17 años de dos grupos socioeconómicos extremos: total y madres (cifras absoluta y relativas)	51
Tabla 6 Centroamérica: Tasa de fecundidad adolescente	53
Tabla 7 Honduras: Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según edades simples, número de hijos y área de residencia	78
Tabla 8 Honduras: Resumen de adolescentes que son madres o han tenido un embarazo según edades simples	79
Tabla 9 Honduras: Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según área de residencia	80
Tabla 10 Honduras: Desglose de adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según área de residencia y número de hijos.....	81
Tabla 11 Honduras: Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según nivel de escolaridad	82
Tabla 12 Honduras: Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según nivel de escolaridad, número de hijos y área de residencia.....	83
Tabla 13 Honduras: Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según estado civil.....	84
Tabla 14 Honduras: Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según estado civil, número de hijos y área de residencia	85
Tabla 15 Honduras: Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según quintil de riqueza y área de residencia.....	87
Tabla 16 Honduras: Resumen adolescente que son madres o actualmente embarazadas según quintil de riqueza.....	88
Tabla 17 Honduras: Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según ocupación actual y áreas de residencia	89
Tabla 18 Honduras: Estado marital según nivel educativo y área de residencia de las adolescentes.....	90

Tabla 19 Honduras: Porcentaje de mujeres adolescentes unidas o casadas según área de residencia	93
Tabla 20 Honduras: Porcentaje de mujeres adolescentes unidas o casadas	93
Tabla 21 Honduras: Porcentaje de mujeres adolescentes que están viviendo en unión y que utilizaban métodos anticonceptivos para los años de la encuesta.....	95
Tabla 22 Honduras: Duración mediana de la lactancia materna exclusiva y de la lactancia materna	97
Tabla 23 Honduras: Total de mujeres adolescentes encuestadas y mujeres adolescentes unidas, ENDESA 2011-2012	98
Tabla 24 Honduras: Porcentaje de mujeres adolescentes que están viviendo en unión y que utilizan métodos anticonceptivos	99
Tabla 25 Honduras: Resumen de uso actual según tipo de método * estado marital * adolescentes.....	99
Tabla 26 Honduras: Duración mediana de la lactancia materna	101
Tabla 27 Honduras: Resumen de datos	101
Tabla 28 Honduras: Influencia de variables intermedias.....	103

II. Introducción

La fecundidad adolescente es un problema de carácter social, económico y demográfico que se refleja en la interrupción del desarrollo y la evolución normal de los rasgos biopsicosociales de la mujer adolescente; es un fenómeno que se ha manifestado a nivel mundial, dejando como consecuencia una seria preocupación por la incidencia de casos desfavorables o por las complicaciones que se presentan para la madre adolescente y el feto. Además, la fecundidad adolescente no tiene una causa específica, sino que tiene múltiples determinantes.

Una de las consecuencias de la fecundidad adolescente es el abandono de la educación formal, sobre todo en las adolescentes de escasos recursos, y por tanto la pérdida inmediata de las posibilidades de lograr un mejor estatus social a lo largo de sus vidas.

En la fecundidad, diferentes factores han sido estudiados para explicar el nivel y las diferencias entre poblaciones. Se habla de determinantes indirectos (tales como la mortalidad infantil, la urbanización y el nivel educativo) y de determinantes próximos o intermedios (por ejemplo, la nupcialidad y el uso de anticonceptivos), a través de los cuales cualquier factor social influye en el nivel de la fecundidad (Guiomar, 2003, pág. 7).

Este estudio pretende analizar las variables indirectas o intermedias específicamente de la adolescente (edad, nupcialidad, uso de métodos anticonceptivos, la infecundidad posparto, inicio de las relaciones sexuales, la primera unión conyugal y el área de residencia) y su relación con los niveles altos en fecundidad adolescente, en vinculación con los niveles bajos de escolaridad, lo que limita y violenta a su vez el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes.

En Honduras predominan los prejuicios y tabús con respecto a la sexualidad y reproducción, es por eso que las adolescentes de la zona urbana y quizás aún más de la zona rural se privan de obtener acceso e información sobre los componentes esenciales de la salud sexual y reproductiva.

Esta investigación se contextualiza dentro de las prioridades de investigación establecidas en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, específicamente en el eje de investigación número 3, en el tema prioritario número 7: Población, necesidades

básicas y transición demográfica, con base en la necesidad de fortalecer políticas públicas específicas referentes a la salud sexual y reproductiva en Honduras.

III. Tema de investigación: Determinantes próximos de la fecundidad adolescente en Honduras en el periodo 2011-2012

El desarrollo del estudio de la fecundidad adolescente en el contexto hondureño se realizó basado en el modelo de fecundidad planteado por John Bongaarts, que las variables: nupcialidad, uso de métodos anticonceptivos, aborto inducido y la infertilidad posparto, las cuales son consideradas de mayor influencia en el contexto de la fecundidad adolescente.

A. Planteamiento del problema de investigación

En el contexto hondureño el embarazo adolescente es un fenómeno que está encausado en diversas variantes entre las que estriban, el nivel de escolaridad, el acceso a métodos de planificación familiar, ausencia de una educación sexual integral y otras que privan de oportunidades a las adolescentes en el país. En este sentido, es de importancia considerar como inciden los determinantes próximos de la fecundidad, planteados en el modelo de Bongaarts en el incremento o descenso de las tasas de fecundidad adolescentes en Honduras.

En Honduras la tasa global de fecundidad ha venido bajando; esta disminución se debe a los cambios en las conductas reproductivas de las mujeres en edad adulta. Según datos de la ENDESA 2011-2012, la tasa global para el total de la población para el periodo 2009-2012 fue de 2.9 hijos por mujer, lo cual representa un descenso importante si se compara con la tasa estimada en la ENDESA 2005-2006, que estimó 3.3 hijos por mujer para los tres años anteriores a la encuesta (aproximadamente para el periodo 2003-2006). Sin embargo, la fecundidad adolescente no refleja descenso, lejos de ello el porcentaje de adolescentes embarazadas ha incrementado en los periodos de 2005-2006 y el 2011-2012 en tres puntos porcentuales, de un 21% a un 24% de adolescentes embarazadas (ENDESA , 2011-2012, pág. 112). En este contexto, el estudio de la fecundidad adolescente y sus muchas variantes es crucial para comprender esta incongruencia en las estadísticas.

Para comprender el fenómeno de embarazo adolescente se debe tener en cuenta que casi el 60% de las mujeres entre 15 y 24 años ha tenido relaciones sexuales, de este porcentaje sólo el 9% usaron algún anticonceptivo en la primera relación sexual, pero esta proporción se reduce a casi la mitad en el caso de las mujeres del área rural y las que tienen menos años de estudio promedio (ENDESA, 2011-2012). Es importante comprender que, aunque el porcentaje de adolescentes que usaron anticonceptivo en la primera relación sexual es muy bajo estas tuvieron la intención de evitar un embarazo y este porcentaje podría ser mayor si se tuviese más acceso a métodos de planificación familiar en este sentido, el embarazo no deseado no se limita a la noción del número ideal de hijos si no, de no ser madre a edades tempranas.

La fecundidad temprana tiene efectos en la familia y la sociedad, a nivel educativo, social y económico. Además, en la adolescencia puede retrasar las metas que tienen las jóvenes y sobre todo influir en problemas relacionados con autoestima y episodios de depresión. Algunos estudios reflejan que las adolescentes en los estratos socioeconómicos más bajos comienzan teniendo relaciones sexuales, forman parejas y llegan a ser madres a edades más tempranas en la vida, con mucha mayor frecuencia que las mujeres adolescentes en los estratos medio y altos (Ávila G. A., 2011, pág. 68).

La fecundidad en adolescentes es un problema de salud complejo porque la adolescente aún no cuenta con un pleno desarrollo emocional, físico y psicológico para enfrentar embarazos u otros problemas que se vinculan con la fecundidad adolescente como ser la deserción escolar por la postergación del estudio o el abandono permanente de este y por ende la dificultad en la inserción laboral y la reproducción de la pobreza. El embarazo en edades tempranas afecta el proyecto de vida de la adolescente madre por ejemplo los efectos de un número menor de hijos debajo de los 15 años de edad en el ingreso per cápita de las familias son tanto directos como indirectos. Los efectos directos están simplemente asociados con el menor denominador en el cálculo del ingreso per cápita, dado que se supone que los niños/as menores a los 15 años son consumidores que no contribuyen al ingreso del hogar. Sin embargo, la ausencia de niños/as no deseados

podría también generar otros beneficios, particularmente la liberación de tiempo para que las madres lo ocupen en actividades productivas. Finalmente, y tal vez menos importante, el nacimiento de un niño puede generar gastos en el proceso del nacimiento como tal (pérdida del ingreso laboral de la madre, costos de maternidad, gastos en obstetras, enfermeras o parteras, etc.) que se evitan en caso que no se produzca el nacimiento de un niño no deseado (Hakkert, 2007, pág. 4)

El INE en 2012, calculó que un 66.5% de los hogares se encontraba en condiciones de pobreza y de este 66.5%, 46% estaba en pobreza extrema a nivel nacional, un 33.3% a nivel urbano y 58.2% a nivel rural. Parte de esta estadística está implicada en lo que considera (Hakkert, 2007, pág. 13) al afirmar que el número de hijos dependientes que una mujer tiene para cuidar determina, su disponibilidad para el trabajo remunerado por tanto es una persona económicamente inactiva.

Algunas condiciones que favorecen el incremento del embarazo adolescente son la falta de acceso a la educación, la falta de conocimiento en educación sexual y reproductiva, la cual contempla el uso adecuado de métodos anticonceptivos, derechos sexuales y reproductivos y otros conocimientos que complementan una formación integral en el tema. En el contexto de esta investigación se identificaron determinantes próximos como edad, nupcialidad, uso de métodos anticonceptivos, infertilidad posparto, inicio de las relaciones sexuales, la primera unión conyugal y el área de residencia.

La nupcialidad en edad temprana indica el comienzo de la vida reproductiva. Las poblaciones con una edad temprana a la unión tienden a tener una procreación temprana y alta fecundidad. Posteriormente, se analizan los periodos de infertilidad posparto para distintos subgrupos poblacionales, bien sea por amenorrea o por abstinencia posparto como factores que, en ausencia del uso de la anticoncepción, constituyen el determinante más importante de los intervalos entre nacimientos (ENDESA, 2011-2012, págs. 81-82).

De acuerdo con las estadísticas de la ENDESA 2011-2012 surgen las siguientes preguntas: ¿Cómo inciden los determinantes próximos planteados por Bongaarts en la fecundidad adolescentes en Honduras? ¿Cuál es el determinante próximo de la fecundidad que tiene mayor incidencia entre población femenina adolescente? ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población femenina adolescente embarazada o madres?

B. Objetivos de la investigación

Objetivo general:

Analizar los determinantes próximos de la fecundidad adolescente en la dinámica demográfica en Honduras en el periodo 2011-2012.

Objetivos específicos:

- Describir características sociodemográficas de la población femenina adolescente embarazada o que ya son madres.
- Caracterizar cada uno de los determinantes próximos de la fecundidad adolescente según el modelo de Bongaarts (nupcialidad, uso de métodos anticonceptivos, aborto inducido e infecundidad posparto) en el contexto hondureño.
- Identificar cuál es el determinante próximo de la fecundidad según el modelo de Bongaarts que más influye en la fecundidad adolescente hondureña

C. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas (edad de la primera relación sexual, nivel educativo, tipo de ocupación, lugar de residencia, estado conyugal) de la población femenina adolescente embarazada o madres?
- ¿Cómo influyen cada uno de los determinantes próximos de la fecundidad adolescente según el modelo de Bongaarts (nupcialidad, uso de métodos anticonceptivos, aborto inducido e infecundidad posparto) en el contexto hondureño?
- ¿Cuál es el determinante próximo de la fecundidad que más influye en la fecundidad adolescente hondureña?

D. Justificación

El estudio de fecundidad adolescente es un tema de alto interés público y social, partiendo de que se considera una de las variables demográficas que han contribuido con el crecimiento de las diferentes poblaciones en el mundo.

La fecundidad adolescente es motivo de preocupación mundial, regional y nacional debido a que supone un alto riesgo psicológico y de salud para la madre y su hijo, comprometiendo su futuro socioeconómico y el desarrollo nacional (OPS, 1995, pág. 552). Pese a esa reconocida preocupación por responder a las crecientes necesidades de la salud reproductiva y de los y las adolescentes, según Guzmán (2001), en América Latina existen insuficiencias en la capacidad de los países para poner en práctica programas efectivos que contribuyan a la reducción de las tasas de fecundidad en la adolescencia, lo cual obedece, entre otras razones, a la escasez de información y análisis que identifiquen de forma precisa el contexto social, cultural, económico y demográfico en el que se desenvuelve la salud reproductiva (Mendoza, 2009, pág. 53).

La fecundidad adolescente constituye un problema de carácter social, el cual se refleja en la interrupción del desarrollo y evolución normal de los rasgos biopsicosociales de la mujer adolescente. Otro factor importante de este estudio es reconocer la importancia de la educación y la inclusión de las temáticas de la salud sexual y reproductiva, lo cual permite un conocimiento sobre la sexualidad, reproducción y los derechos sexuales y reproductivos que dan pie para la toma de decisiones pertinentes en la adolescencia.

Por otra parte, “la pobreza y la falta de oportunidades están directamente asociadas con el embarazo adolescente y la maternidad temprana, que pueden convertirse en impedimentos para que las mujeres aprovechen al máximo sus oportunidades de desarrollo” Esto representa un reto para la región, pues, si bien los embarazos adolescentes han disminuido en todo el mundo durante la última década, en América Latina y el Caribe disminuyen a un ritmo más lento que en otras regiones. Mientras la reducción anual de la tasa de fecundidad adolescente entre 1997 y 2010 fue de 2.7% en el sur de Asia y de 1.6% a nivel mundial, el decrecimiento anual en ALC fue de 1.25%.

En ALC, los cuatro países con las mayores tasas de fecundidad adolescente son Nicaragua, República Dominicana, Guatemala y Honduras, los cuales reportaron las mismas tasas entre 2000 y 2010 (Calva, 2013, pág. 1).

Bongaarts (1978-1982), luego de realizar una amplia investigación con respecto al efecto de los determinantes sobre la fecundidad, así como de la sensibilidad de esta a los cambios en las variables intermedias, pudo establecer que, de todas las variables incluidas en el modelo de Davis y Blake, cuatro de ellas explicaban casi la totalidad de las variaciones en la fecundidad. Estas variables son nupcialidad, anticoncepción, aborto inducido e infertilidad posparto las cuales se han considerado en la investigación como punto central para ayudar a comprender el incremento o descenso de las tasas de fecundidad en la adolescencia en Honduras.

. En el marco de los objetivos de desarrollo sostenibles (ODS), específicamente en el objetivo número 3 (salud y bienestar), se recomienda a los países garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. En este sentido, este estudio contribuirá a garantizar el derecho a la salud de las mujeres, especialmente los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes hondureñas. Además, pretende dar una amplia comprensión a las organizaciones comprometidas con el desarrollo psicosocial de las y los adolescentes, los mecanismos de acción pertinentes para reducir las tasas de fecundidad en las adolescentes a través de la promoción y puesta en práctica de los derechos sexuales y reproductivos.

La importancia de este estudio radica por un lado, en el análisis de los principales determinantes de la fecundidad adolescente a nivel nacional, ya que se han realizado otros estudios en el país, pero sólo se han contextualizado en algunos departamentos. Por otra parte, el aspecto legal en el país es muy frágil debido a que aún no existen leyes bien fundamentadas, consolidadas y sobre todo de conocimiento científico y exhaustivo sobre las políticas de la fecundidad en nuestro país. En este sentido, este estudio puede ser de utilidad para sustentar la promoción de leyes que mejoren la salud sexual y reproductiva de las adolescentes como un elemento importante en la calidad de vida de la población hondureña.

IV. Marco Referencial

En este apartado se presentan las diferentes concepciones con las cuales se sustenta este trabajo de investigación, todas ellas enfocadas en la adolescencia y en este caso sobre los determinantes próximos de la fecundidad a temprana edad.

4.1 Definición de la adolescencia y fecundidad adolescente

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo en el cual (1) el individuo progresa desde el punto de la aparición inicial de los caracteres sexuales secundarios hasta la madurez sexual y reproductiva; (2) los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde un niño hasta los de un adulto y (3) se hace la transición desde un estado de dependencia socioeconómica total a otro de relativa dependencia (Population Report, 1995, pág. 3).

Del mismo modo, la definición demográfica de la adolescencia ha sido concretada como la etapa de la vida que abarca la transición desde la niñez a la adulta en la segunda década de la vida de un individuo (Bongaarts & Cohen, 1998, pág. 99).

En todas las definiciones revisadas anteriormente, la adolescencia está estrechamente vinculada con el inicio de la fecundidad humana o el proceso responsable de la reproducción biológica de la sociedad (Ávila E. O., 2006, pág. 6). Los cambios que ocurren en la etapa adolescente son manifestaciones de un cuerpo que madura y se vuelve fértil, ya que son la menstruación o menarquia las que determinan el inicio del periodo o vida fértil de las mujeres o el inicio de su riesgo de embarazo, que en general inicia alrededor de los 12 años y dura hasta alrededor de los 49 años. Se puede decir que la vida reproductiva de una mujer entonces es de más o menos 37 años. Es decir un 19% de la vida reproductiva total de una mujer, caen dentro del periodo de la adolescencia que está entre los 12 y 19 años (Ávila E. O., 2006, pág. 6).

En demografía, la fecundidad también se refiere al número de nacimientos que tiene una persona o una población en un periodo establecido, la cual está determinada por

factores demográficos, socioeconómicos y culturales (Valdés, 2000, pág. 77). Entonces, en este caso, la fecundidad adolescente se refiere en forma cuantitativa al número promedio de hijos que tiene una mujer adolescente.

Para efectos de este estudio, la categoría adolescente ubica a las jóvenes objeto de estudio entre la edad de 15 a 19 años, considerando que es una etapa importante del ser humano que determina el crecimiento y desarrollo del individuo a través de experiencias sociales, psicológicas, biológicas y sexuales, las cuales al ser manejadas de forma adecuada constituyen una pieza clave en el desarrollo social.

4.2 Enfoques teóricos

En el estudio de los determinantes de la fecundidad se encuentran las siguientes perspectivas teóricas:

4.2.1 *Transición demográfica*

Los cambios demográficos de los últimos decenios se insertan en el denominado proceso de transición demográfica. Si bien el concepto de transición demográfica tuvo su origen en el intento de explicar la relación entre los cambios demográficos y los cambios socioeconómicos en Europa durante el siglo XVIII, su uso se ha extendido hasta el presente, tanto porque se refiere a procesos demográficos identificables aun en diferentes situaciones históricas como por el hecho de que constituye una propuesta - siempre vigente- de explicación de la dinámica demográfica a la luz de sus interrelaciones con los factores sociales, económicos y culturales (Cosío, 1992, págs. 103-128).

La transición demográfica ha sido descrita como un proceso de larga duración, que transcurre entre dos situaciones o regímenes extremos: uno, inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y otro, final, de bajo crecimiento, pero con niveles también bajos en las respectivas tasas. Entre ambas situaciones de equilibrio se pueden identificar dos momentos principales. El primero, en el que la tasa de crecimiento de la población aumenta como consecuencia del descenso de la

mortalidad, y el segundo, en el que dicho crecimiento disminuye debido al descenso posterior de la fecundidad. En qué magnitud y a qué velocidad cambia la tasa de crecimiento dependerá de la velocidad y del momento en que comienzan a descender la mortalidad y la fecundidad (Chesnais, 1986, pág. 209).

En este sentido, cabe mencionar el fenómeno del bono demográfico, que algunos estudios llaman también bono o dividendo demográfico, el cual es un período de varias décadas que, sumado al estímulo de políticas y acciones en capital humano, generación de empleo, ahorro e inversión, se convierte en nuevas oportunidades para las poblaciones (Fonseca, pág. 8).

En el marco de este esquema, América Latina se encuentra, como señalaron Chackiel y Martínez (1993), "transitando la fase de disminución de la fecundidad, que se ha producido en forma rápida, después de haber experimentado cambios importantes en la mortalidad desde antes de la segunda mitad del siglo -aunque todavía con un amplio margen de posible reducción-, con el resultado de una tasa de crecimiento en descenso" (CEPAL/CELADE, 1993, pág. 1).

La transición demográfica es, sin embargo, un proceso complejo y los países difieren en cuanto al momento de inicio y al ritmo de los cambios en la fecundidad y la mortalidad, así como respecto a los cambios en otras variables estrechamente relacionadas, tales como el lugar de residencia, el estado nutricional y de salud de la población, las conductas asociadas a la formación de las uniones y a la planificación familiar. A pesar de las diferencias, hay un cierto consenso en que la transición demográfica se ha dado en el seno de las transformaciones sociales y económicas que han ocurrido en la región, aunque la relación entre esa transición y esos cambios sea compleja y difícil de precisar.

Para dar alguna referencia al respecto, es interesante destacar que, de acuerdo con un concepto de "modernización" que se refiere a los cambios sociales que ocurrieron en los decenios de 1960 y 1970 y con base en los criterios de tercerización de la economía,

urbanización y educación, se ha encontrado que todos los países de transición demográfica avanzada presentan también un nivel de modernización avanzado; dos tercios de los países que se encuentran en plena transición demográfica se ubican en un nivel intermedio de modernización (parcial y acelerado), y cuatro de los cinco países de transición demográfica aún moderada y los dos países de transición incipiente se corresponden con un nivel de modernización también incipiente (CEPAL/CELADE, 1993, pág. 1).

Sin embargo, los beneficios asociados con la “ventana demográfica de oportunidades” no son automáticos. De hecho, el segundo estado de la transición demográfica usualmente se vincula al rápido crecimiento de la población joven, que necesita ser educada y provista de empleo. El bono demográfico puede proveer la oportunidad de acelerar el crecimiento, pero el alcanzar esos beneficios depende de la adopción de políticas macroeconómicas que promuevan la inversión productiva, el incremento de las oportunidades de empleo y, en general, aseguren la estabilidad social y económica y propicien el crecimiento económico y desarrollo sustentable.

Para Honduras, utilizando los datos de CELADE, la ventana demográfica de oportunidades se ubicará entre el año 2015 y el 2040 porque en ese período tendrá relaciones de dependencia totales cercanas o inferiores a 60 potencialmente inactivos por 100 potencialmente activos, que sería el inicio. Al final de la ventana, la relación de dependencia obtendría su menor valor y el porcentaje de población en edades productivas alcanzará su mayor valor (Fonseca, págs. 8-9).

La teoría de la transición demográfica que ha dominado en estos años empezó en realidad siendo únicamente una descripción de los cambios demográficos acaecidos a lo largo del tiempo. Concretamente, describía la transición desde una situación de alta natalidad y alta mortalidad a otra caracterizada por bajas tasas de natalidad y mortalidad.

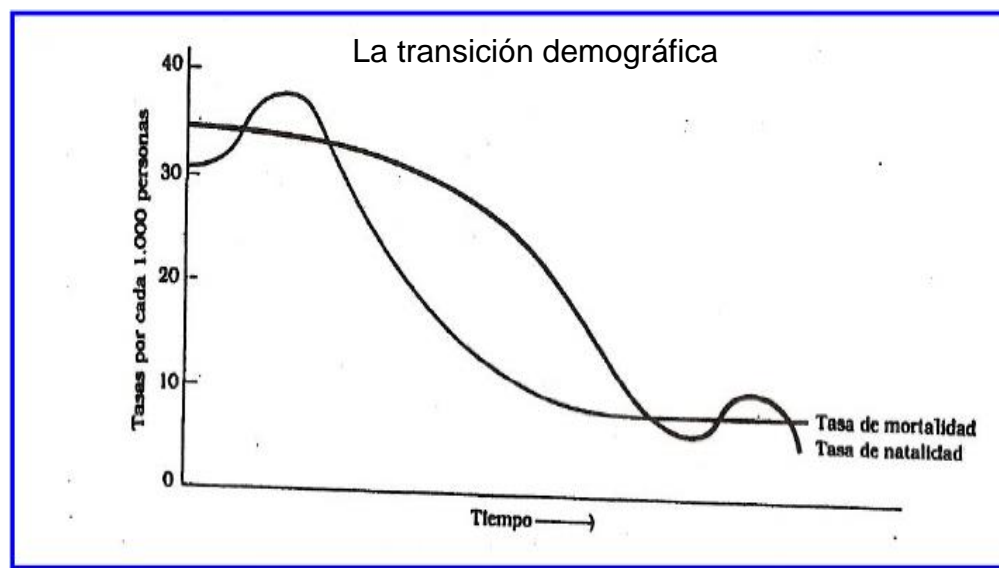
El primero en desarrollar la idea fue Thompson con datos referidos a ciertos países; mostró que los países podían ser agrupados en tres grandes categorías según la pauta de crecimiento de su población: países del grupo A (Europa nórdica y Estados Unidos); países del grupo B (Italia, España y los pueblos “esclavos” de Europa Central); y los países del grupo C (resto del mundo). Thompson consideraba que los países del grupo C, como consecuencia de esa falta de control voluntario sobre nacimientos y defunciones, seguirán teniendo un crecimiento “determinado en gran medida por sus oportunidades de aumentar los medios de subsistencia” (Departamento de Estadística e Investigación Operativa, págs. 2-4).

En 1945, Frank Notenstein retomó el hilo de la tesis de Thompson y proporcionó los tres tipos de pautas de crecimiento que este se había limitado a designar como A, B y C. Denominó descenso incipiente a los del grupo A, crecimiento transicional a los del grupo B y elevada capacidad de crecimiento a los del grupo C. Nació así el término transición demográfica para designar al periodo de rápido crecimiento que se produce cuando un país pasa de tener tasas de natalidad y mortalidad altas a tenerlas bajas, es decir, cuando pasa de una situación de alta capacidad de crecimiento a otra de descenso incipiente.

A medida que la pauta del cambio demográfico fue tomando forma, aparecieron explicaciones referidas al porqué o el cómo del paso de los distintos países por dicha transición. Así, la transición demográfica pasó de ser una simple descripción de los acontecimientos a convertirse en una perspectiva demográfica cuyo presupuesto último quizá pueda formularse como ocúpate de tu gente y la población se ocupará de sí misma.

Dado que, para la mayoría de la gente, la prolongación de la vida constituye un valor, no es difícil reducir la mortalidad; la reducción de la fecundidad, en cambio, va en contra de las normas establecidas en las sociedades que precisaban de altas tasas de natalidad para contrapesar la incidencia de altas tasas de mortalidad. Dichas normas no resultan fáciles de cambiar, ni siquiera ante la inminencia de la pobreza.

Grafico N°1



(Departamento de Estadística e Investigación Operativa, pág. 4)

Finalmente, las tasas de natalidad terminan por decrecer a medida que se debilita también la presión social a favor de la existencia de familias grandes. Según la teoría que estamos considerando, ese mismo desarrollo económico que reduce la mortalidad transforma al mismo tiempo a la sociedad en una sociedad urbana e industrial en la que la escolarización obligatoria reduce el valor de los niños al sustraerlos a la mano de obra y en la que el descenso de la mortalidad infantil implica que ya no es preciso que nazcan tantos niños para conseguir un determinado número de hijos vivos.

(Departamento de Estadística e Investigación Operativa, págs. 2-4).

En este sentido si se consideran las normas como aquello que dificulta la reducción de la reproducción adolescente el enfoque de transición demográfica explica por qué: A escala mundial, la región sobresale por sus altos niveles de reproducción en la adolescencia. Esta resistencia al descenso de la fecundidad adolescente ha conducido a la región a una posición ambigua a escala global. Por una parte, ella presenta niveles de fecundidad inferiores a la media mundial y de los países en desarrollo. Pero, por otra, registra niveles

de fecundidad adolescente que rebasan ostensiblemente la media mundial, sólo superados por los índices de África, y es la región del mundo en que los nacimientos de madres adolescentes representan la mayor fracción del total de nacimientos (véase la tabla 1.

Tabla 1 Grandes regiones del mundo: tasa global de fecundidad (TGF) estimada para el año 2007, tasa específica de fecundidad del grupo de 15 a 19 años de edad estimada para 2007 y porcentaje del total de nacidos vivos cuya madre era adolescente.

Región	TGF 2007	Tasa específica de fecundidad 15-19 años, 2007	Porcentaje del total de nacidos vivos cuya madre es adolescente
El mundo	2.55	52.9	13
África	4.68	103.4	17
Asia	2.35	39.94	11
Europa	1.43	17.41	7
América Latina y el Caribe	2.38	75.67	18
América del Norte	1.98	45.49	12
Oceanía	2.23	25.5	7

Fuente: <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>
Esta cifra corresponde alrededor de 2004.

La persistencia de altas tasas de embarazo y maternidad adolescentes en la región inquieta y tiene concomitancias culturales y políticas. Entre las primeras cabe destacar el inicio cada vez más temprano del ejercicio de la sexualidad en los y las jóvenes, y el impacto incierto que ejerce la “erotización” de los medios de comunicación, incluso en programas dirigidos a niños y adolescentes. En lo político, debe constatarse la insuficiente educación sexual en el sistema educativo en muchos de los países, la falta de políticas públicas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y mujeres jóvenes no unidas, y la no consideración de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes (CEPAL/UNICEF, 2007, págs. 5-9).

La trayectoria de la fecundidad adolescente antes descrita desconcierta por al menos tres razones. En primer lugar, a escala global se observa una correlación entre el descenso de la fecundidad total y el de la fecundidad de las adolescentes, mientras en la región se aprecia una virtual estabilidad de la fecundidad adolescente pese al fuerte descenso de la TGF. En síntesis, la experiencia regional virtualmente no tiene precedentes (CEPAL/UNICEF, 2007, págs. 5-9).

En segundo lugar, la transición demográfica clásica es seguida, en general, de la denominada segunda transición demográfica, entre cuyos componentes se encuentra el retraso de la unión y de la edad en que se tiene el primer hijo, lo que no ocurre en la región. Y, en tercer lugar, los factores materiales y culturales, como la mayor urbanización y escolaridad, que históricamente se han relacionado con un descenso de la fecundidad, incluida la adolescente, han tenido una trayectoria que debiera haber restringido esta fecundidad.

Además de su resistencia al descenso, la fecundidad adolescente inquieta por otras razones, pues genera una gama de adversidades que afectan tanto al binomio madre-hijo como a la generación precedente, los padres de los y las adolescentes, que suele actuar como soporte ante las manifiestas dificultades que implica la crianza para las y los adolescentes.

5 Enfoque de pobreza

La noción y el enfoque de pobreza son ampliamente usados en Latinoamérica para denotar situaciones de carencia e insatisfacción de necesidades (materiales e inmateriales) en que viven individuos, hogares y grupos de población. En general, este enfoque ha tenido una impronta economicista, relacionando necesidades, recursos disponibles (principalmente ingresos o activos equivalentes) y nivel de vida observado. Las visiones y definiciones sobre el tema han variado a lo largo del tiempo y en distintos contextos; aunque siempre han hecho referencia a aspectos que tienen que ver con cuestiones cuantitativas y cualitativas del nivel de vida. Debajo de cierto umbral de este nivel de vida (social y políticamente definido) se presenta la pobreza.

La medición de la pobreza es de los intentos más sistemáticos realizados por las ciencias sociales en los últimos tiempos. Desde fines del siglo XIX, entre 1892 y 1897, se realizaron algunas mediciones sobre pobreza, combinando la observación con un intento

sistemático de medir su extensión y elaborando un mapa de la pobreza en Londres. Posteriormente, en el año 1901, Rowntree estudió la pobreza en York, basado en requerimientos nutricionales (J. C. Feres y X. Mancero, 2001). A lo largo del siglo XX se desarrollaron nuevos conceptos y metodologías para dar cuenta de las desventajas sociales y del bienestar de la población, algunas de ellas compatibles y complementarias entre sí, aunque otras se plantearon como alternativas excluyentes (Busso, 2005, págs. 7-9).

Según Gustavo Busso, deben rescatarse algunos aportes importantes. Primero, el concepto de pobreza ha sido amplia y rigurosamente operativizado en diversos contextos históricos y sociales de las últimas décadas. En segundo lugar, ha mostrado ser una herramienta útil y poderosa para describir situaciones de insuficiencia de ingresos y precariedad en la satisfacción de necesidades básicas, y desde los años 60 ha servido para el diseño, ejecución y evaluación de políticas y programas sociales en los países latinoamericanos. La experiencia sistemática acumulada en Latinoamérica es muy rica, principalmente en censos de población y encuestas de hogares. En tercer lugar, la problemática a la que lleva el concepto tiene plena vigencia. La situación de pobreza en la población latinoamericana es de larga data y en los últimos años no ha aminorado en términos absolutos y, en muchos países, tampoco en términos relativos (Busso, 2005, págs. 7-9).

Han existido varias formas de estudiar la relación entre población y pobreza, tal como sostiene M. Livi Bacci (1995). Un primer enfoque se relaciona con la descripción demográfica, responde a interrogantes sobre el número de pobres y sus características demográficas, tales como fecundidad, mortalidad, distribución territorial, migración, estructura por edades, estructura familiar, etcétera. Un segundo enfoque es más de nivel macro y busca responder interrogantes que relacionan el ritmo de crecimiento de la población con el crecimiento económico y la pobreza.

Este enfoque está contenido en la discusión de carácter más general sobre las interrelaciones a mediano y largo plazo entre las variables de población y las del proceso de desarrollo. Un tercer enfoque opera a nivel micro e intenta responder a interrogantes que se vinculan con los fenómenos y comportamientos demográficos en relación con las

capacidades de individuos, hogares y comunidades para salir o entrar en situaciones de pobreza. La emigración sería un ejemplo claro sobre cómo los individuos con sus comportamientos definen estrategias para afrontar o escapar la situación de pobreza (Busso, 2005, págs. 7-9).

Por otro lado, la pobreza como un efecto de los estratos socioeconómicos, los cuales son determinantes en la fecundidad adolescente, sugiere que en el estrato bajo las adolescentes inicien las relaciones sexuales, se unan a compañeros y que sean madres con mucha mayor antelación e intensidad que las de estratos más altos. El principal factor determinante del comportamiento reproductivo de las adolescentes es el conjunto de influencias contextuales y socioeconómicas del hogar, principalmente el contexto familiar (ambiente y supervisión) y el clima educativo.

Con base en lo anteriormente expuesto y considerando que la fecundidad o reproducción adolescente en Latinoamérica ha ido descendiendo de forma más lenta en relación a países desarrollados, el enfoque de pobreza devela la relación entre las condiciones económicas y la fecundidad adolescente. Al menos seis adversidades han sido documentadas ampliamente, y la pobreza estriba en dos de estas según señala la (CEPAL/UNICEF, 2007, págs. 8-9)

- La fecundidad es mucho más frecuente entre adolescentes pobres. La probabilidad de ser madre en esa etapa de la vida aumenta entre las adolescentes pobres. Según el estudio más reciente en la región, basado en el procesamiento de microdatos censales, durante los últimos años, esta concentración de los riesgos de ser madre adolescente entre los pobres se incrementó tanto a escala nacional como para las zonas urbanas (véase el cuadro 4). En todos los países analizados, la tasa específica de fecundidad adolescente del quintil más pobre triplica al menos la del quintil más rico y, en varios la relación es de 5 a 1. Esto es particularmente preocupante porque el inicio temprano de la vida reproductiva, junto con las adversidades antes detalladas, ha derivado en que se le considere como uno de los factores que intervienen en la reproducción intergeneracional de

la pobreza. Por ende, obstaculiza el logro del primer objetivo de desarrollo del milenio

- Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser madres solteras y enfrentan la ausencia e irresponsabilidad de los hombres/padres. Históricamente, la maternidad adolescente tiende a darse bajo arreglos nupciales menos formales, sea por razones materiales (limitaciones financieras, dependencia de los hogares de origen), psicosociales (relaciones más inestables, embarazos productos de violencia y otros) o ambas. Tal tendencia se ha acentuado, según datos recientes, exacerbando el llamado “madresolterismo”, en cuyo marco, los varones (adolescentes y adultos) suelen ser padres y parejas ausentes que no se responsabilizan por hijos que procrean con mujeres adolescentes. Esto aumenta la presión económica y de cuidado de los progenitores de las adolescentes

Además adelante (Vignoli J. R., 2003) explica el efecto del estrato socioeconómico sobre la maternidad adolescente y la diferencia significativa que hace cuando se comparan mujeres de baja educación.

6 Enfoque psicológico

En un extensivo artículo sobre la perspectiva psicológica, Hoffman y Hoffman (1973) desarrollan un modelo teórico que contempla cinco clases de variables: (1) el valor de los hijos; (2) fuentes alternativas de valor; (3) costos; (4) barreras y (5) facilitadores. El esquema de valor de los hijos consiste de nueve categorías de valores básicos: a) estatus de adulto e identidad social; b) expansión del yo, vínculo en una entidad mayor, "inmortalidad"; c) moralidad: religión, altruismo, bien del grupo, normas sobre sexualidad; d) vínculos de tipo primario, afiliación; e) estimulación, novedad, placer; f) creatividad, logro; g) poder e influencia; h) comparación social, competencia, utilidad económica (pág. 4).

Las alternativas se refieren a otras avenidas, diferentes de los hijos, de realización del valor; los costos tienen relación con aquello que debe ser sacrificado para obtener un

valor en cualquier manera particular. El costo de los hijos se expresa generalmente en términos económicos o de pérdida de libertad. Las barreras y los facilitadores son los factores que hacen más difícil o más fácil la realización de un valor particular mediante los hijos. Estos factores se ubican más frecuentemente en el medio sociocultural y económico en que operan los individuos.

Teniendo en cuenta las clases de variable que sostiene este enfoque el embarazo adolescente se torna como un fenómeno aún más complejo, considerando y asumiendo que estas variables tienen valides en esta población.

De acuerdo con este modelo, la fecundidad es el resultado de la interacción entre costos y beneficios, barreras y facilitantes que motiva a una mujer a tener hijos o a buscar fuentes alternativas de satisfacción. La decisión de tener un hijo dependerá, pues, de las condiciones sociales, los costos y el valor de los hijos para la pareja.

En los casos en que las gratificaciones y el valor de la maternidad sobrepasan sus costos, la mujer tenderá a enfatizar su rol de madre; en el caso contrario, buscará otros medios de gratificación. Cuando este modelo se aplica a la relación trabajo-fecundidad, el énfasis se coloca en el rol ocupacional como una fuente alterna de satisfacción que afecta el nivel de fecundidad.

La perspectiva psicológica, por tanto, tiende a ver la relación trabajo-fecundidad como una cuestión de canje en términos de costos y beneficios, predominantemente psicológicos, que pueden derivarse del trabajo y de la maternidad (Gómez, 1980, pág. 4).

En este sentido el enfoque psicológico brinda una amplia gama de variables y categorías que se relacionan con el fenómeno de la fecundidad adolescente, por ejemplo: cuando Hoffman y Hoffman (1973) consideran las fuentes alternativas de valor, estas pueden explicar el rol asumido por las madres adolescentes cuando estas optan por abandonar el estudio, no laborar y dedicarse a la crianza del hijo, si ese fuera el caso, representaría la forma alterna en como satisface su gratificación y el valor de los hijos en la dinámica

de costo beneficio. Sin embargo, para efectos de este estudio este enfoque resulta poco orientador para dirigir el análisis de resultados por el carácter cualitativo que presenta si se tienen en cuenta categorías como: estimulación, novedad, placer, creatividad, logro, poder e influencia, comparación social, competencia, utilidad económica, etc.

6.1.1 Enfoques sobre población y género

Desde la teoría clásica inicial sobre la transición demográfica se considera que el descenso de la fecundidad está vinculado con la participación de la mujer en la fuerza de trabajo, lo cual tiene implicaciones en el presupuesto familiar y es fuente de autonomía económica de las mujeres. En la teoría microeconómica neoclásica, también se reconoce que la condición social de la mujer influye fuertemente en la demanda de hijos y, en consecuencia, en el nivel de fecundidad.

Después de las propuestas inspiradas en teorías económicas, en los años 70 y 80, en la demografía social se incorpora el concepto estatus de la mujer; desde entonces, el concepto ha sido ampliamente utilizado y también muy controvertido. Dos condiciones favorecieron los desarrollos teóricos sobre el estatus de la mujer en el campo de la demografía: por un lado, las investigaciones sobre determinantes de la fecundidad ampliamente difundidas en las décadas anteriores concluían una correlación negativa entre las variables demográficas y la educación y el trabajo femenino. Por otro lado, había un ambiente político favorable para que las ONG internacionales y grupos de mujeres impulsaran programas que actuaran sobre el estatus de las mujeres.

En las décadas de 1970 y 1980 se hicieron muchos estudios respecto al estatus de la mujer en la perspectiva del desarrollo social, entre los cuales sobresalen los promovidos por las Naciones Unidas en el marco de la década de la mujer (1975-1985). Por lo general, en estos estudios se aplican análisis multivariados; en ellos, los indicadores de la situación de la mujer como participación en la fuerza de trabajo, educación y fecundidad se consideran variables dependientes; en tanto que aspectos del desarrollo económico, producto bruto interno, inequidades de ingreso, indicadores

demográficos de fecundidad y mortalidad, entre otros, se consideran variables independientes.

Sin embargo, a excepción de la participación en la fuerza de trabajo y educación, la fecundidad representa una variable que define la inserción de las adolescentes a espacios laborales y educativos puesto que un embarazo en edades tempranas limita las oportunidades de la mujer. Por tanto, la fecundidad es una variable independiente.

En la conferencia de las Naciones Unidas realizada en Viena en 1989 se evaluaron estos estudios y se concluyó: “A pesar de que algunos estudios afirman que ha habido mejoras en la condición de la mujer con el desarrollo social, es ampliamente reconocido que, en el tercer mundo, las estrategias de desarrollo económico han traído consecuencias negativas para las mujeres” (Medina, 2005, págs. 81-83).

Se ha concluido que las mujeres han contribuido al bienestar de las naciones, pero no son claros los vínculos entre crecimiento económico y ventajas para las mujeres” (ONU, 1989). Ahora bien, la controversia sobre el concepto estatus de la mujer ha sido abordada en los “estudios de población con enfoque de género” aparecidos principalmente en los años 80 y 90. Un buen ejemplo de esta controversia es el artículo de Mason (1986) en el que, con base en la revisión de algunos estudios de demografía social, se discuten dos problemas principales:

Uno, al concepto estatus de la mujer se le han dado distintas definiciones y se han generado confusiones acerca de su significado: “autonomía de la mujer”, “patriarcado” (relaciones sociales en las que domina el hombre), “estratificación rígida de los sistemas de sexo” (relaciones asimétricas entre hombres y mujeres favorables para los hombres), “derechos de las mujeres”, “prestigio de las mujeres en relación con su sexo” (en familia y otras esferas), “poder de la mujer” (libertad del poder de otros), “acceso de las mujeres a los recursos materiales y sociales en la familia”. La autora considera que, en los estudios demográficos de la época, estos conceptos se usan para hablar tanto del estatus de la mujer como de las inequidades de género indistintamente. Esta confusión no

permite diferenciar cuál es la importancia del género y cuál es la importancia de la clase social sobre la fecundidad o sobre la mortalidad (Medina, 2005, pág. 82).

Dos, puesto que el concepto estatus de la mujer es multidimensional y comparativo, hay una complejidad operativa. En la literatura demográfica se encuentra gran variedad de indicadores utilizados para medir el estatus de la mujer, indicadores propiamente demográficos, indicadores de parentesco y familia, e indicadores económicos. En el análisis de la fecundidad se utilizan medidas de educación y participación de la mujer en la fuerza de trabajo, las cuales se asocian con un cierto grado de autonomía doméstica y con fuentes de ingreso independiente (Medina, 2005, pág. 82).

La educación de la mujer es un indicador de estratificación social, es una medida relativa al medio social y cultural en el cual se hace la medición; la educación no expresa directamente la estratificación de género. Otros indicadores utilizados son edad a la unión, diferencia de edad entre el esposo y la esposa, preferencia de los padres por hijos hombres, diferencia entre la tasa de mortalidad femenina y la tasa masculina, oportunidades de empleo femenino, exclusión de la mujer de actividades extra domésticas, concentración de hombres y mujeres en el sector informal de la economía, segregación ocupacional por sexo, desempleo femenino, acceso de las mujeres al crédito.

Tal variedad de indicadores puede tener significados distintos en función del contexto sociocultural en el que se haga la observación. En los estudios revisados, la autora encontró que cuando se comparan grupos pertenecientes a diferentes sistemas de género y a diferentes clases sociales, no siempre se tiene en cuenta la singularidad sociocultural de las poblaciones estudiadas. Además, otro problema importante en la complejidad operativa del concepto es la dificultad de hacer análisis multivariados que reflejen la complejidad conceptual (Medina, 2005, págs. 82-83).

Casi diez años después de la aparición del artículo de Mason (1986) en el que polemiza sobre el concepto estatus de la mujer, tres sociólogas norteamericanas, Young, Fort y Danner (1994), abordan el mismo problema, la diferenciación y la articulación entre

el estatus de la mujer y la inequidad de género en los análisis de demografía social. Lo novedoso de este aporte es que los dos conceptos aparecen claramente diferenciados y articulados. Las autoras refinan los indicadores sobre inequidad de género a partir de estadísticas sociales desagregadas por sexo, con las cuales se mide la asimetría entre hombres y mujeres en análisis multivariados.

Los indicadores propuestos se aplican en investigaciones empíricas acerca de la fecundidad, la mortalidad, la migración, el empleo y la familia, con datos de países que tienen distintos niveles de desarrollo. Desde esta perspectiva, la inequidad de género se define como la distancia en la representación social de hombres y mujeres en dimensiones claves de la vida social: bienestar físico, poder público, formación de la familia, educación y actividad económica. Lo que interesa en estas dimensiones son aspectos referidos a los derechos humanos y a las relaciones sociales. Las autoras consideran la equidad de género como un derecho humano, con lo cual cobraría una dimensión reivindicativa muy importante (Medina, 2005, págs. 84-86).

Aunque se advierte la necesidad de obtener mejores datos desagregados por sexo en todas las dimensiones contempladas, los resultados del estudio evidencian la inequidad de género en países pobres y en países ricos. A partir de estos resultados, se discute que el crecimiento del ingreso no garantiza que haya una distribución equitativa de recursos entre hombres y mujeres, que tanto en países pobres como en países ricos es necesario presionar por los derechos de las mujeres como derechos humanos y que las mujeres tienen que participar en las decisiones de política que les permitan el control y no solamente el acceso a los recursos materiales.

Puede decirse que la fase de estudios que relacionan el estatus de la mujer y la fecundidad tuvieron un papel muy importante en el desarrollo de los nuevos estudios sobre el tema que incorporan la problemática de género. Algunos de los problemas metodológicos de la fase anterior van a prevalecer como foco de controversia entre los investigadores que utilizan el enfoque de género en sus estudios. Mason (1995, pág. 85), en su artículo "Gender and Demographic Change, What Do We Know?", encuentra como

obstáculo mayor para el uso adecuado de género en la demografía el carácter agregado de los datos demográficos para verificar los cambios individuales.

Por el contrario, el sistema de género que prevalece en cada sociedad actúa interfiriendo de manera positiva o negativa sobre las acciones individuales de los actores sociales. Por tanto, la autora considera que establecer relaciones de causa-efecto, siempre presentes en los estudios de fecundidad, utilizando el rigor “estadístico metodológico” implícito en demografía, puede volverse complicado a la hora de interpretar los problemas de género (pág. 85).

Los datos de este estudio serán analizados desde el enfoque de población y género, ya que posibilita el abordaje de múltiples problemas sociales, económicos y culturales, lo que genera tomar en cuenta que el género afecta transversalmente a todos los fenómenos sociales y en particular los pertenecientes a las relaciones entre población y desarrollo. Además, este enfoque permite conocer los efectos de la inequidad y desigualdad de género de las adolescentes en materia de la salud sexual y salud reproductiva.

6.2 Modelos teóricos

6.2.1 Factores determinantes de la fecundidad

Para Kingsley Davis y Judith Blake, los determinantes de la fecundidad son variables que intentan explicar los mecanismos responsables de variaciones en la fecundidad de una población. Estas variables afectan o intervienen en las tres etapas requeridas naturalmente para que ocurra la fecundidad: las relaciones íntimas entre hombre y mujer (unión sexual), la concepción y el nacimiento vivo.

Davis y Blake (1956) y Bongaarts (1978, 1982) propusieron una serie de determinantes próximos e intermedios de la fecundidad. “Los determinantes próximos afectan el nivel de fecundidad natural, es decir el nivel que se obtendría en ausencia de regulación de la fecundidad (Arango, 2003, pág. 15).

Los principales determinantes próximos son edad al contraer matrimonio, proporción de mujeres en unión respecto al total de mujeres, prácticas anticonceptivas, prevalencia de infertilidad primaria y secundaria, aborto natural e inducido, y tiempo de lactancia como factor de infertilidad posparto (Arango, 2003, pág. 15).

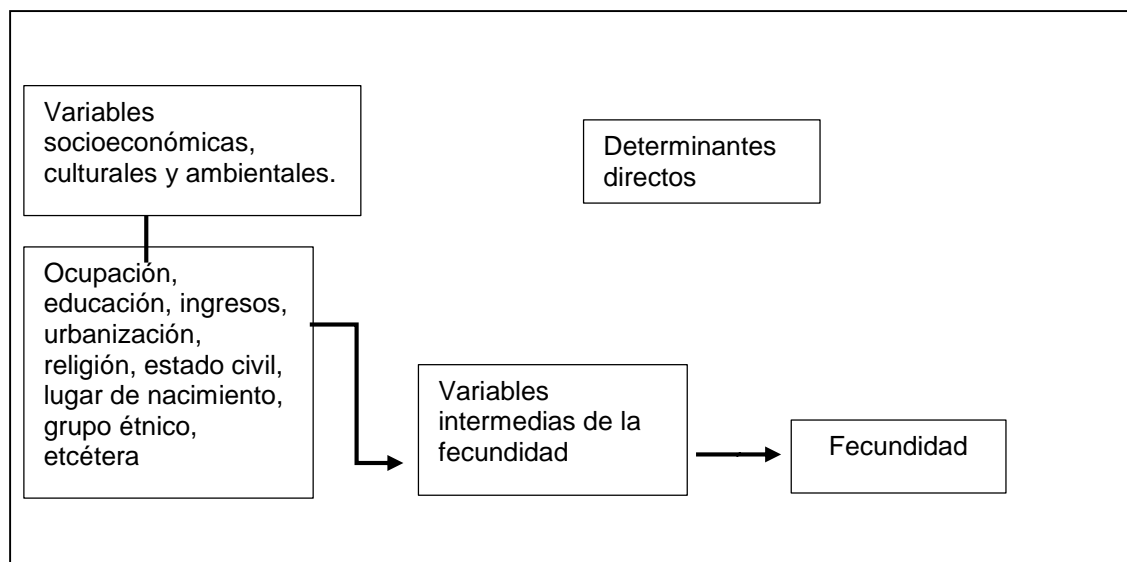
Este grupo de determinantes próximos puede tener influencia negativa o positiva sobre la fecundidad, ya que la totalidad de las variables intermedias están presentes en todas las sociedades y pueden actuar ya sea para aumentar o reducir la fecundidad.

Bajo la perspectiva de la fecundidad natural¹, la fecundidad se considera únicamente desde el punto de vista de sus determinantes biológicos, ya que no existiría factor sociológico alguno que interviniera en ella, por lo tanto, su análisis se basaría en cuatro factores: fecundabilidad (probabilidad que tiene una mujer de concebir en un ciclo menstrual), mortalidad intrauterina, insusceptibilidad posparto e infertilidad.

Pero este enfoque pierde su funcionalidad en un contexto de fecundidad controlada y se abre camino para realizar un estudio con base en los factores sociológicos que inciden en la fecundidad. Es esto precisamente lo que hicieron Kingsley David y Judith Blake en su obra de 1956 *La estructura social y la fecundidad: un sistema analítico*, en el cual señalan que existe un conjunto de “variables intermedias” a través de las cuales deben actuar los factores sociales que influyen en el nivel de la fecundidad, es decir, las variables intermedias se sitúan entre la fecundidad y todo el resto de variables precedentes, por lo cual ellas determinan de forma directa la fecundidad (Moreno, 2006, pág. 17).

¹ Aquella que correspondería a una población que no hace esfuerzo alguno por limitar los nacimientos.

Figura N° 1 FACTORES DETERMINANTES DE LA FECUNDIDAD DE KIGKSLEY DAVIS & JUDITH BLAKE



(Moreno, 2006, pág. 17)

La reproducción humana puede verse como un proceso constituido por tres etapas: 1. el coito, 2. la concepción y 3. La gestación y el parto; con base en esta división es que Davis y Blake organizaron su esquema de variables intermedias:

- Factores que afectan la exposición al coito
 - a) Patrones que rigen la formación y disolución de uniones
 - Edad de inicio de las uniones
 - Celibato permanente
 - Interrupción de las uniones por divorcio, separación o abandono y separaciones temporales
 - b) Patrones que rigen la exposición al coito
 - Abstinencia voluntaria (norma cultural)
 - Abstinencia involuntaria (impotencia, enfermedad, separaciones tempranas). Frecuencia de las relaciones sexuales

- Factores que afectan el riesgo a concebir
 - Esterilidad por causas involuntarias
 - Uso de anticoncepción
 - Esterilidad por causas voluntarias (esterilización, tratamiento médico, etcétera)
- Factores que afectan a la gestación y el parto
 - Mortalidad fetal por causas involuntarias
 - Mortalidad fetal por causas voluntarias

Para aclarar este esquema se presenta el siguiente ejemplo: para que un niño nazca es necesaria la unión entre personas de distinto sexo; que dentro de esta unión se lleven a cabo relaciones sexuales; que estas ocurran en el periodo fértil de la mujer; que ella no esté utilizando anticonceptivos; que no se presente mortalidad intrauterina y que no exista el aborto. Sólo si estas condiciones se cumplen puede concretarse el nacimiento.

Cada una de estas 11 variables intermedias puede tener una influencia negativa (disminución) o positiva (incremento) en la fecundidad; así, el uso de contracepción o la abstinencia se traducen en un valor negativo sobre esta.

La importancia de los determinantes de Davis y Blake radica en que están presentes en todas las sociedades y no es posible decir que influyen o no debido a que aún la misma ausencia de cierta práctica es una forma de influir (Moreno, 2006, págs. 17-19).

6.2.2 Factores de Bongaarts

Mientras Davis y Blake (1956) fueron los primeros en identificar un conjunto de 11 variables intermedias conocidas como determinantes próximos de la fecundidad, su clasificación no tuvo una amplia aceptación debido a que no era fácil su incorporación al análisis de la fecundidad.

En vista de esto, John Bongaarts reclasificó dicha lista de determinantes en siete variables:

- Factores de exposición
 - Proporción de casadas
- Factores de control deliberado de la fecundidad marital
 - Anticoncepción
 - Aborto inducido
- Factores de la fecundidad natural marital
 - Infertilidad por lactancia
 - Frecuencia del coito
 - Esterilidad
 - Mortalidad intrauterina espontánea

Bongaarts (1970) encontró que algunos factores eran más relevantes que otros al determinar la magnitud del cambio en la fecundidad. A finales de la década de 1970 propuso un modelo sencillo y completo para analizar las relaciones existentes entre las variables intermedias y el nivel de la fecundidad.

En dicho modelo se incluye un pequeño número de variables que por sí mismas explican casi la totalidad (cerca del 96%) de las variaciones de la fecundidad. Tales determinantes son la intensidad de la unión, el uso de anticonceptivos, la prevalencia de abortos y la infertilidad posparto definidas de la siguiente manera:

- **Intensidad de la unión.** Índice de proporción de casadas: porcentaje de mujeres casadas o unidas. En 1978, la información sobre el inicio de la vida sexual era escasa, por lo cual el matrimonio, formal o informal, era usado como una aproximación.

a) Índice de Proporción de Mujeres Unidas (Cm)

$$Cm = \frac{\text{NÚMERO MUJERES UNIDAS}}{\text{NÚMERO TOTAL DE MUJERES}}$$

(Flores, 2000, pág. 5)

“En la mayor parte de los países del mundo, especialmente en los menos desarrollados, la familia es –por lo general- la unidad en la cual tiene lugar la reproducción. El matrimonio formal o la unión consensual usualmente marca el comienzo de la formación de la familia y como tal afecta la fecundidad, bajo el supuesto que las mujeres en unión tienen una vida sexual regular que las expone al riesgo de embarazo” (Bay, 2003, pág. 186).

- **Uso de anticonceptivos.** Índice de anticoncepción: porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan medios anticonceptivos, ponderando métodos modernos y tradicionales. La práctica anticonceptiva es la variable intermedia, en mayor medida, responsable de las diferencias en los niveles de fecundidad dentro del matrimonio en las diversas sociedades. En el sentido que la transición de altos a bajos niveles de fecundidad ocurre principalmente por el incremento en el uso de anticonceptivos.

b) Índice de Anticoncepción (Cc)

$$Cc = 1 - 1.08 * u * e$$

(Flores, 2000, pág. 5)

- **Prevalencia del aborto.** Índice de aborto: tasa de aborto por cada mil embarazos. A pesar de que el aborto se lleva a cabo de manera clandestina (por lo cual no se registran estadísticas al respecto) y que los pocos datos disponibles se obtienen de forma indirecta, por lo cual no miden el fenómeno de forma exacta, es un hecho que su práctica se hace presente dentro de las sociedades (Guiomar, 2003).

c) Índice de aborto inducido (C_a)

$$C_a = \text{TFR} / (\text{TFR} + A)$$

(Roustan, 1995, pág. 86)

- **Infertilidad posparto.** Índice de infertilidad posparto: duración de la lactancia. La lactancia produce la supresión biológica de la menstruación y, por tanto, la postergación del regreso de la fertilidad.

d) Índice de infecundabilidad post parto (C_i)

$$C_i = \frac{20}{18.5 + i}$$

(Flores, 2000, pág. 6)

Cada uno de estos índices toma un valor entre 0 y 1; cuando el valor es cercano a 1, el determinante tiene un insignificante efecto inhibitor en la fecundidad. En los casos en que el valor es próximo a 0, la variable incide ampliamente sobre la fecundidad (Moreno, 2006, págs. 23-25).

Con base en la teoría desarrollada por Kingsley Davis y Judith Blake y el posterior modelo refinado por Bongaarts (1970) se empleará el conjunto de variables implícitas en este para analizar los datos obtenidos en la ENDESA 2011-2012.

6.3 Contexto empírico

La fecundidad adolescente es un tema de mucha importancia y preocupación a nivel mundial, por esta razón a continuación se presenta una revisión de la situación de la fecundidad adolescente en las diferentes regiones del mundo.

7 *La fecundidad adolescente en el mundo*

Para el análisis de la fecundidad se observa, según informes del Estado de Población Mundial realizados por el UNFPA, la tasa de fecundidad adolescente ha ido aumentando en todo el mundo en los últimos años, y en particular en los países menos desarrollados, incrementándose la incidencia de los partos en mujeres menores de 20 años. Así, mientras en 2004 la tasa de fecundidad adolescente fue de 50 alumbramientos por cada mil mujeres en todo el mundo y de 53 en las regiones menos desarrolladas, en el reporte del año siguiente, las cifras habían crecido a 56 y 61, respectivamente (Castillo, 2007, pág. 17).

De acuerdo con la revisión 2002 de las proyecciones demográficas mundiales, el nivel de fecundidad en el mundo era de 2.8 hijos por mujer en 1995-2000 (Tabla 2). Este nivel mundial resulta de las variadas experiencias entre países. En 1995-2000 había 59 países o áreas con un nivel de fecundidad inferior a 2.1 hijos por mujer (43 de ellos localizados en las regiones más desarrolladas) y 133 países (132 de ellos en las regiones menos desarrolladas) con un nivel igual o superior a 2.1 hijos por mujer (CELADE/CEPAL, 2003, pág. 11). Entre estos últimos, 47 países tenían aún una fecundidad superior a los cinco hijos por mujer, la mayoría de los cuales eran países clasificados como menos adelantados, es decir, se encontraban entre los menos desarrollados del mundo. En el año 2000, los 59 países con una tasa de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo

representaban el 43 por ciento de la población mundial o 2,600 millones de personas, mientras que aquellos países con una tasa de fecundidad igual o superior al nivel de reemplazo representaban 3,400 millones de personas, o el 57 por ciento de la población mundial. Durante 1950-2000, la tasa de fecundidad a nivel mundial había descendido a razón de 0.49 hijos por mujer por década, pasando de 5.02 hijos por mujer en 1950-1955 a 2.83 hijos por mujer en 1995-2000, y, de acuerdo con la revisión del 2002, la tasa global de fecundidad seguirá bajando hasta llegar a un nivel de 2.02 hijos por mujer en el período 2045-2050 (CELADE/CEPAL, 2003, pág. 12).

Tabla 2 La dinámica del descenso de la fecundidad: indicadores según nivel de desarrollo y región. estimaciones y variante media: 1950, 2000 y 2050

Grupos por nivel de desarrollo y áreas principales	Población en millones			Tasa global de fecundidad					Fecha de referencia del nivel máximo	Fecha de referencia del nivel mínimo	Número de años entre el mínimo y el máximo	Diferencia ente el máximo y el mínimo	Descenso promedio por década
	1950	2000	2050	1950-1955	1995-2000	2045-2050	Nivel máximo durante 1950-2000	Nivel mínimo durante 1950-2000					
Mundo	2518	6069	5917	5,02	2,83	2,02	5,02	2,83	1953	1998	45	2,19	0,49
Países desarrollados	813	1193	1219	2,84	1,58	1,85	2,84	1,58	1953	1998	45	1,26	0,28
Países en desarrollo	1705	4876	7698	6,16	3,11	2,04	6,16	3,11	1953	1998	45	3,05	0,68
Países menos desarrollados	200	668	1674	6,64	5,46	2,47	6,71	5,46	1963	1998	35	1,25	0,36
Países en desarrollo sin los menos desarrollados	1505	4208	6023	6,10	2,79	1,90	6,10	2,79	1953	1998	45	3,31	0,74
África	221	796	1803	6,74	5,22	2,40	6,86	5,22	1963	1998	35	1,64	0,47
Asia	1398	3680	5222	5,89	2,72	1,91	5,89	2,72	1953	1998	45	3,17	0,70
Europa	547	728	632	2,66	1,42	1,84	2,66	1,42	1953	1998	45	1,24	0,28
América Latina y el Caribe	167	520	767	5,89	2,72	1,86	5,97	2,72	1963	1998	35	3,25	0,93
América del norte	172	316	448	3,47	2,01	1,85	3,72	1,78	1958	1978	20	1,94	0,97
Oceanía	13	31	45	3,90	2,45	1,92	4,12	2,45	1958	1998	40	1,66	0,42

Fuente: 2003 World population Prospects: The 2002 Revision. División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales del Secretariado de las Naciones Unidas
1 La población se refiere a aquella de los 192 países para los que existe información sobre fecundidad.

- **El descenso de la fecundidad adolescente en el mundo**

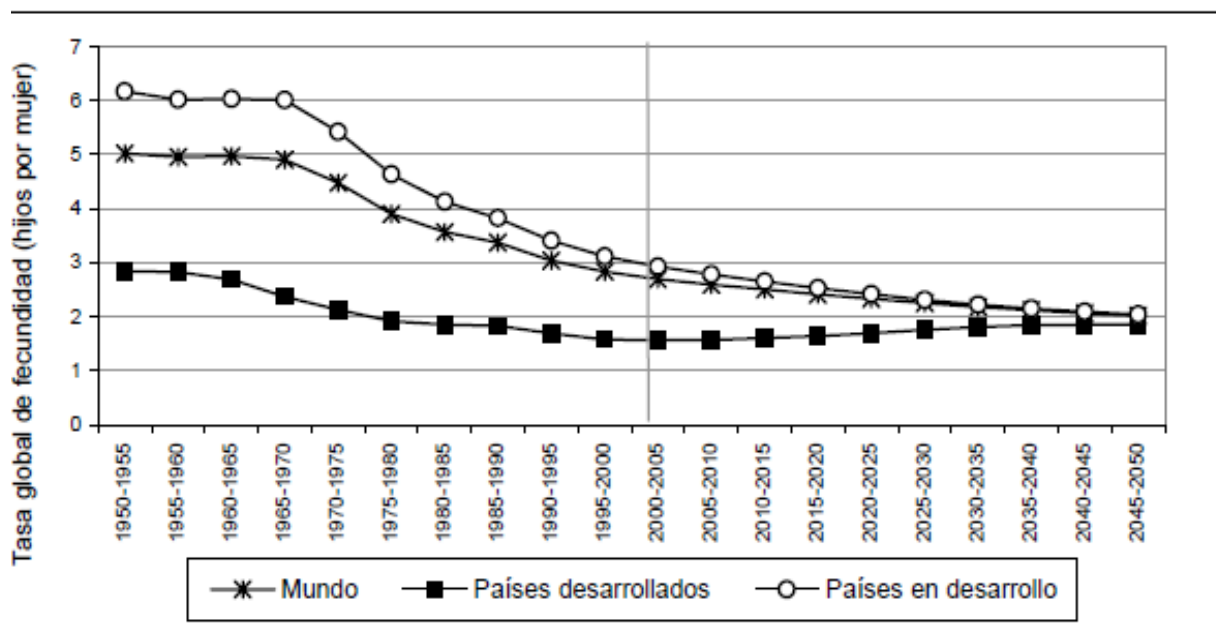
Es de interés contrastar la experiencia de los países en vías de desarrollo. Como se mencionó anteriormente, la fecundidad en el mundo en desarrollo era casi el doble en 1950-1955 que aquella entre los países desarrollados (6.16 hijos por mujer versus 2.84 hijos por mujer).

El gráfico 2 indica que esa diferencia se acentuó en el transcurso de los siguientes 15 años, de tal manera que, en 1965-1970, los países en desarrollo aún tenían, en promedio, una tasa global de fecundidad superior a 6 hijos por mujer, mientras que la fecundidad de los países desarrollados había disminuido a 2.37 hijos por mujer (CEPAL/CELADE, 1993, pág. 19).

Es decir, hasta el final de los años sesenta, el descenso de la fecundidad en el mundo en desarrollo había sido mínimo. Es a partir de 1970 que se observa una aceleración en la caída de la fecundidad en los países en desarrollo y, según se muestra en el gráfico 2, a medida que el nivel de fecundidad se acerca a tres hijos por mujer, se nota una desaceleración en el ritmo del descenso, sobre todo después de 1990. En el mundo desarrollado, en cambio, los años 90 traen una ligera aceleración en la reducción de la fecundidad, aun cuando esta se hallaba ya por debajo de dos hijos por mujer en 1985-1990 (CELADE/CEPAL, 2003, pág. 19).

Gráfico N° 2

**Tasa global de fecundidad en el mundo y en países desarrollados y en desarrollo.
Estimaciones y variante media: 1950-2050**



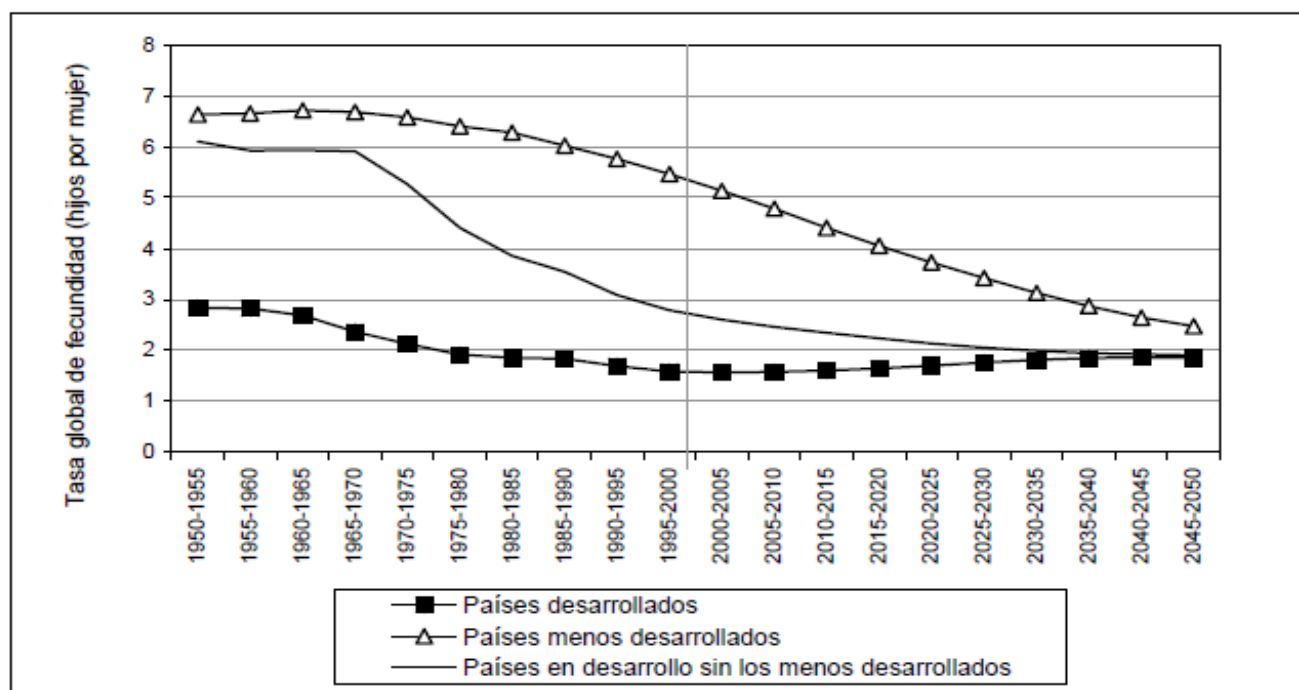
(CELADE/CEPAL, 2003, pág. 20)

El gráfico 3 muestra que el descenso de la fecundidad no ocurrió de manera homogénea entre todos los países en vías de desarrollo. En particular, los países menos adelantados (un grupo que incluye 47 países así designados por las Naciones Unidas y que son caracterizados por muy bajos niveles de desarrollo) han mantenido, en promedio, una fecundidad considerablemente mayor que la del resto de los países en desarrollo.

La trayectoria de la fecundidad en los países menos adelantados muestra un ligero incremento entre 1950-1955 y 1960-1965 (de 6.6 hijos por mujer a 6.7 hijos por mujer) y luego un paulatino descenso que se inicia en 1970. El descenso es tan lento que aún en 1985-1990 los países menos adelantados tenían, en promedio, una fecundidad superior a los seis hijos por mujer. Para 1995-2000, la fecundidad estimada para los países menos adelantados en su conjunto era todavía de 5.5 hijos por mujer (CELADE/CEPAL, 2003, pág. 20).

Gráfico N° 3

Tasa global de fecundidad en el mundo y en grupos de países por nivel de desarrollo. Estimaciones y variante media: 1950-2050



(CELADE/CEPAL, 2003, pág. 20)

En contraste, el resto de los países en desarrollo experimentaron un rápido descenso de la fecundidad entre 1970 y 2000, descenso que se muestra menos entre el total de los países en desarrollo que haya habido una desaceleración notable en el ritmo de reducción de la fecundidad desde 1990 (gráfico 3). De hecho, entre 1985-1990 y 1995-2000, la fecundidad entre el resto de los países en vías de desarrollo (es decir, excluyendo a los países menos adelantados) disminuyó en casi 0.7 hijos por mujer, pasando de 3.5 hijos por mujer en 1985-1990 a 2.8 en 1995-2000, y habiendo cruzado así la barrera de los tres hijos por mujer. Estos logros son especialmente importantes porque el grupo de países en vías de desarrollo que excluye a los menos adelantados incluye a algunos de los países más poblados del mundo, como son Brasil, India e Indonesia (CELADE/CEPAL, 2003, pág. 21).

Se estima que cada año dan a luz un millón de chicas de 10-14 años y 16 millones entre 15 y 19 años en el mundo. La mayoría de estos embarazos se producen en países en desarrollo, pero el embarazo en la adolescente también sigue constituyendo un importante problema de salud pública en los países desarrollados (Adolescencia, 2013, pág. 262).

La Revista de Pediatría de Atención Primaria y la Prevención del Embarazo Adolescente (2013) de España, menciona que “los datos del Instituto Nacional de Estadística indican que, tras el ascenso experimentado entre los años 1996 y 2008, la tasa fue disminuyendo ligeramente hasta llegar, en el año 2010, a cifras de 2,5/1000 a los 15 años y 20,7/1000 a los 19 años. La tasa de fecundidad de las adolescentes extranjeras menores de 19 años es seis veces superior a la de las españolas. Se estima que entre un 60 y un 90% de estos embarazos no son deseados, pese a que existen variaciones según el entorno sociocultural analizado”

El reporte de la USAID Population Reference Bureau “Los Jóvenes en el Mundo” (2013) señala los siguientes datos:

- Hablando de los nacimientos de niños en adolescentes de 15-19 años se presentan datos interesantes en los países europeos sobre las tasas de fertilidad se encontró que el país con los más bajos porcentajes se encuentra, Suiza con 4 nacimientos cada 1000 mujeres en edad de 15-19 años, Dinamarca con 5, le sigue Suecia con 4 nacimientos, Alemania, Suecia y Italia con 4 nacimientos Finlandia con 9 nacimientos, España 10 nacimientos y Bélgica 11 nacimientos en el año 2013 (Bureau, 2013, pág. 14).
- Entre los países con altas tasas de natalidad se encuentra Reino Unido con 30 nacimientos cada 1000 mujeres de 15-19 años, Bulgaria 36, Moldavia con 29 nacimientos, Ucrania 26 y Rusia 23 nacimientos en el año 2013 (Bureau, 2013, pág. 11).
- Europa presenta tasas bajas de maternidad adolescente en comparación a los demás continentes como es el caso de África, donde las tasas son las más altas del mundo (Bureau, 2013, pág. 4).
- Los países con las tasas más altas del continente africano son Níger donde se dieron 192 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad de 15-19 años le sigue, Congo 168, Angola 146, Chad 136, Zambia 138 y Camerún 114 todos datos del año 2013 (Bureau, 2013, pág. 11).
- Entre los países con tasas de natalidad más bajas se encontró a Libia con 2 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15-19 años le siguen Túnez con 4 nacimientos, Argelia 6, Botswana 43 y Sudáfrica 50 en el año 2013 (Bureau, 2013, pág. 11)
- El continente asiático en el año 2013 registro países con tasas de natalidad altas como ser Afganistán con 98 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15-19 años le siguen Bangladesh 67, India 73, Nepal 84 e Iraq 85 nacimientos (Bureau, 2013, pág. 13).

- Los países con las más bajas tasas de natalidad están Corea del Norte con 1 solo nacimiento por cada 1000 mujeres entre 15-19 años le siguen Japón 6, Singapur 7, Corea del Sur 6 y Malasia con 9 en el año 2013 (Bureau, 2013, pág. 13).
- Los países de Oceanía están entre los que presentan las tasas más altas, sobresale las Islas Salomón 64 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad de 15-19 años le siguen Guam 50, Polinesia Francesa con 48 y Fiji 43. Entre los países con las tasas de natalidad más bajas se encuentran Australia con 12, Micronesia y Tonga con 18 y Nueva Zelanda con 17 nacimientos en el año 2013 (Bureau, 2013, pág. 16).

7.1.1 Fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe

La fecundidad durante la adolescencia no desciende en la región Latinoamericana y el Caribe; sin embargo, desde la década de 1970, la fecundidad total ha caído fuertemente a consecuencia de una combinación de cambios socioeconómicos (industrialización, urbanización, modernización), culturales (secularización de valores, individualización en proyectos de vida, nuevos estilos de familia), de género (creciente inserción laboral y protagonismo social de las mujeres) y tecnológicos (especialmente en el plano anticonceptivo). En algunos países, este proceso ha sido apoyado por políticas y campañas públicas en favor de la planificación familiar. Y también contribuye la difusión de ideas y pautas de conducta afines al control reproductivo y con mayor variedad de roles sociales y trayectorias de vida, sobre todo para las mujeres (CEPAL/UNICEF, 2007, págs. 5-9).

En este marco histórico, era de esperar que las y los jóvenes comenzaran a reducir el número de hijos, particularmente en generaciones con fecundidad elevada, extendiendo esta baja hacia las y los adolescentes, lo que efectivamente ocurrió hasta la década de 1980. Pero, desde fines de ella, la fecundidad antes de los 20 años ha presentado una tendencia distinta: primero refractaria a la baja y luego con una nueva propensión al aumento en varios países. Como se aprecia en el (Tabla 3), de 16 países

de la región, sólo en cuatro (Belice, Guatemala, Nicaragua y Paraguay) desciende claramente el porcentaje de madres entre las mujeres de 15 a 19 años. Y si se toma la edad de 19 años, que es la que más se aproxima a la probabilidad de ser madre durante la adolescencia, se agrega Chile a este grupo (CEPAL/UNICEF, 2007, págs. 5-9).

Tabla 3 Países seleccionados de América Latina y el Caribe: evolución de la proporción de mujeres de 15 a 19 años que han tenido hijos por edades simples (censos de la ronda de 1990 y 2000)

País	Año censal	Años de edad					Total
		15	16	17	18	19	
Argentina	1991	3.3	6.6	11.2	17.3	23.1	11.9
	2001	3.7	6.5	11.2	17.2	23.6	12.4
Belice	1990	2.5	7.7	15.4	26.2	34.9	16.9
	2000	2.9	6.7	14.4	25.4	33.0	15.8
Bolivia	1992	1.6	4.4	9.9	17.9	28.0	11.7
	2001	2.0	5.7	11.7	20.8	29.2	13.5
Brasil	1991	2.2	5.2	10.4	17.2	24.3	11.5
	2000	3.3	7.6	13.9	20.8	28.1	14.8
Chile	1992	2.1	4.8	9.8	16.1	24.8	11.8
	2002	6.3	5.1	10.2	16.7	24.1	12.3
Costa Rica	1994	2.0	5.6	10.9	18.6	27.5	12.8
	2000	2.5	6.2	11.8	19.8	27.5	13.2
Ecuador	1990	6.2	5.4	10.0	19.4	27.9	13.5
	2001	3.2	8.1	14.9	23.9	32.5	16.3
Guatemala	1994	2.9	7.3	14.5	25.1	35.5	16.1
	2002	2.6	6.9	14.2	23.1	33.0	15.5
Honduras	1998	3.6	8.1	15.6	25.2	34.6	16.6
	2001	3.0	8.4	17.1	27.6	38.0	18.3
México	1990	1.4	3.8	8.6	16.1	24.2	10.4
	2000	1.8	4.8	10.7	18.2	26.2	12.1
Nicaragua	1995	5.0	12.6	23.7	34.8	46.0	23.9
	2005	4.3	10.7	19.8	28.9	38.4	20.0
Panamá	1990	3.6	8.2	15.2	22.4	30.8	16.1
	2001	4.1	9.3	16.2	25.4	33.3	17.4
Paraguay	1992	2.0	6.2	13.0	23.4	32.9	15.0
	2002	1.9	5.1	10.1	17.8	26.7	12.1
Trinidad y Tobago	1990	1.0	3.2	6.1	12.3	18.9	8.0
	2000	1.2	2.2	4.7	18.3	21.4	9.3
Venezuela (República Bolivariana de)	1990	3.3	6.9	13.0	19.9	27.5	13.8
	2001	3.2	7.5	13.7	21.7	29.8	15.0
Uruguay	1985	1.2	3.4	7.2	12.4	19.3	8.4
	1995	5.0	7.7	12.8	18.4	24.6	13.9

Fuente: Procesamientos especiales de bases de microdatos censales mediante REDATAM

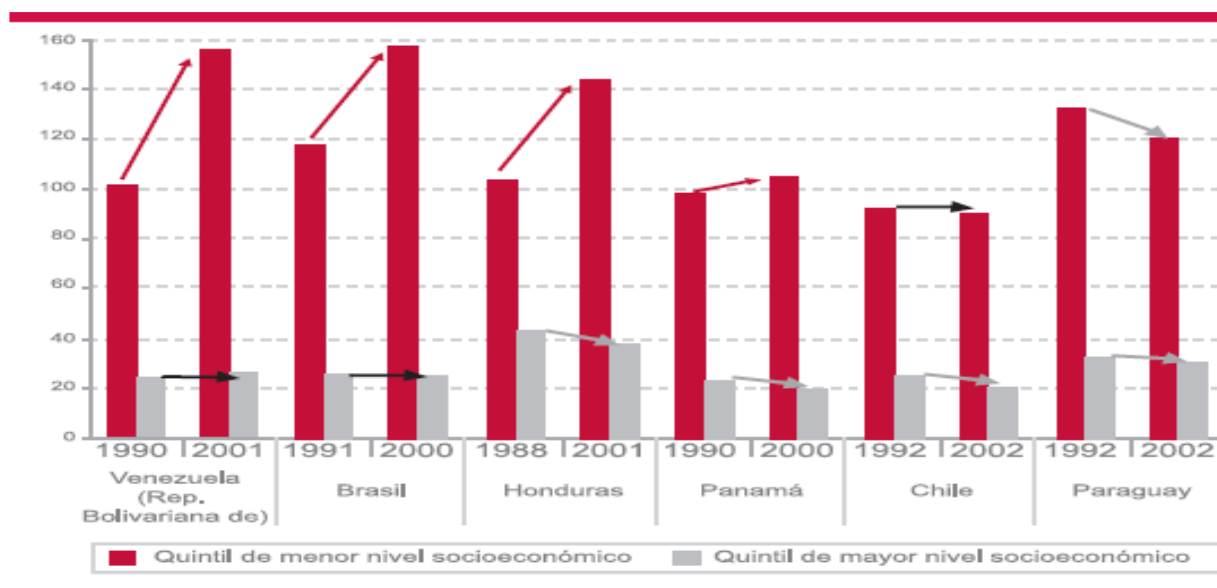
Al menos seis adversidades han sido documentadas ampliamente, a saber:

- Mayores riesgos de salud, en particular perinatales. La reproducción en la adolescencia, en todo estrato socioeconómico, se relaciona con probabilidades más altas de pérdida intrauterina, mortalidad y morbilidad infantiles, y de complicaciones obstétricas y en el puerperio para las madres. Los mayores riesgos se constatan con claridad hasta los embarazos de menos de 18 años, pues, pasada dicha edad, la biología reproductiva parece alcanzar su plenitud.
- Obstáculos para la formación escolar y laboral. Hay dificultades objetivas para compatibilizar el embarazo y la crianza con la educación y la inserción laboral. En los países en desarrollo, la reproducción adolescente no se relaciona nítidamente con el logro de autonomía económica, pues la mayoría de las madres adolescentes viven con sus padres o suegros y se dedican a actividades domésticas. Muchas veces no asisten a la escuela, pero tampoco ingresan al mercado de trabajo y cuando lo hacen suele ser en condiciones precarias. A estas vulnerabilidades se agrega la presión sobre el presupuesto de los padres de las adolescentes progenitoras, que frecuentemente terminan por asumir parte importante del proceso de crianza. Esto se verifica con más intensidad a menor edad de la madre adolescente.
- En el ámbito educativo, en la región todavía persisten mecanismos que redundan en la expulsión o marginación de la escuela de las estudiantes embarazadas. Pese a todo, las encuestas revelan que el embarazo adolescente no es la principal causa de deserción escolar, sino los apremios socioeconómicos, la desmotivación o la frustración por la mala calidad de la educación o su escasa relevancia para encontrar empleo bien remunerado. Por otra parte, una trayectoria escolar normal, es decir, con un grado acorde con la edad, se relaciona con una incidencia casi nula de la maternidad adolescente. Se trata del efecto “blindaje” de la escuela que ha sido destacado por la literatura, pero que tiene un componente real y otro ficticio; este último debido a que precisamente tal trayectoria normal ha sido posible en virtud de no haber experimentado embarazo temprano.

- La fecundidad es mucho más frecuente entre adolescentes pobres. La probabilidad de ser madre en esa etapa de la vida aumenta entre las adolescentes pobres. Según el estudio más reciente en la región, basado en el procesamiento de micro datos censales, durante los últimos años, esta concentración de los riesgos de ser madre adolescente entre los pobres se incrementó tanto a escala nacional como para las zonas urbanas (véase la tabla 4). En todos los países analizados, la tasa específica de fecundidad adolescente del quintil más pobre triplica al menos la del quintil más rico y, en varios la relación es de 5 a 1. Esto es particularmente preocupante porque el inicio temprano de la vida reproductiva, junto con las adversidades antes detalladas, ha derivado en que se le considere como uno de los factores que intervienen en la reproducción intergeneracional de la pobreza. Por ende, obstaculiza el logro del primer objetivo de desarrollo del milenio.
- Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser madres solteras y enfrentan la ausencia e irresponsabilidad de los hombres/padres. Históricamente, la maternidad adolescente tiende a darse bajo arreglos nupciales menos formales, sea por razones materiales (limitaciones financieras, dependencia de los hogares de origen), psicosociales (relaciones más inestables, embarazos productos de violencia y otros) o ambas. Tal tendencia se ha acentuado, según datos recientes, exacerbando el llamado “madresolterismo”, en cuyo marco, los varones (adolescentes y adultos) suelen ser padres y parejas ausentes que no se responsabilizan por hijos que procrean con mujeres adolescentes. Esto aumenta la presión económica y de cuidado de los progenitores de las adolescentes (CEPAL/UNICEF, 2007, págs. 8-9).

Grafico N°4

Seís países Latinoamericanos: tasa de fecundidad adolescente (por mil) en estratos socioeconómicos extremos, zonas urbanas (censo de las rondas de 1990 y de 2000)



Fuente: CEPAL, Panorama social de América Latina, 2005, capítulo III, Santiago de Chile, 2006. Publicación de las Naciones Unidas LC/G.2288-P. N° de venta: S.05.II.G.161

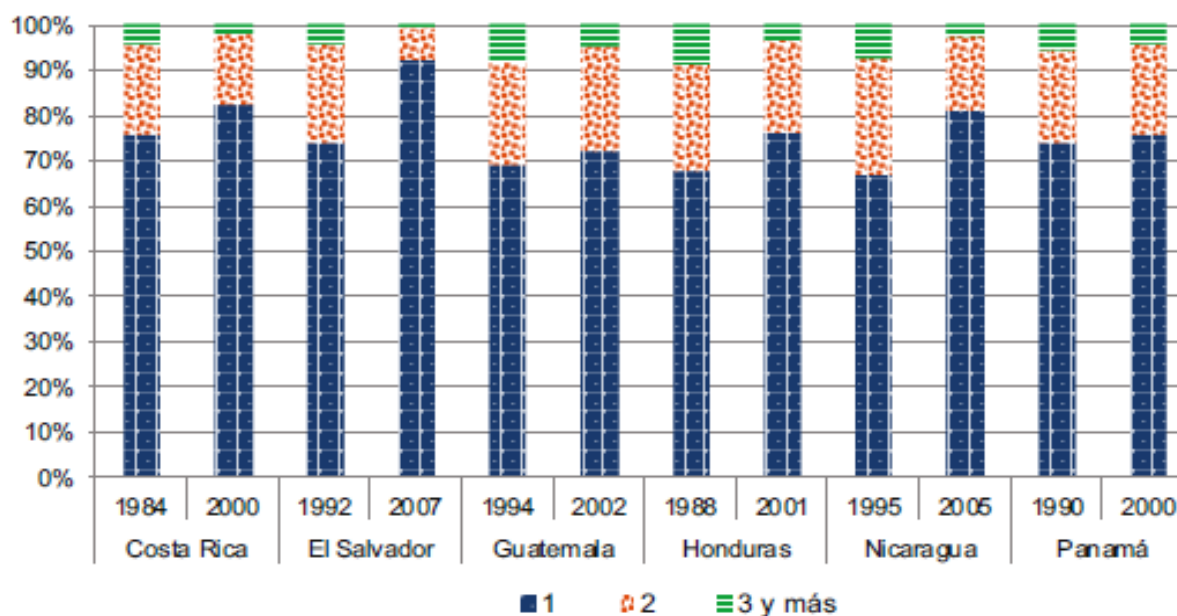
Hay consenso en que la disminución de la fecundidad total en América Latina y el Caribe se ha debido a la influencia de una variable predominante; se trata del uso de anticonceptivos modernos que se ha ampliado significativamente desde los años 70. Sin embargo, tal efecto no se verifica en el caso de las adolescentes, ya que entre ellas también ha aumentado el uso de dichos anticonceptivos, sin que eso se traduzca en una baja de la fecundidad adolescente. Tal paradoja podría explicarse porque aun con la expansión de métodos anticonceptivos ha disminuido la edad de iniciación sexual (ampliando la exposición al riesgo de embarazo), y porque el ritmo de expansión de los métodos anticonceptivos entre adolescentes es bajo comparado con el de países industrializados, además de un uso no siempre adecuado u oportuno de tales dispositivos (CEPAL/UNICEF, 2007).

8 Fecundidad adolescente en la región centroamericana

Centroamérica se presta para una lectura ambivalente en materia de reproducción temprana, por una parte, aquella preocupante, si se quiere, tiene los índices de fecundidad adolescente más elevados de América Latina. Por la otra, la promisoría, en los últimos 20 años estos índices han bajado de manera significativa en casi todos los países de la subregión. Ahora bien, esta tendencia a la baja debe examinarse con atención, porque el descenso de la tasa específica de fecundidad adolescente, el indicador demográfico más usado puede deberse a la caída de los nacimientos de orden superior a uno durante la adolescencia, justamente lo que ha estado ocurriendo en todos los países de la subregión, como se aprecia en el gráfico 5 (Vignoli J. R., 2012, págs. 18-19).

Gráfico N°5

Centroamérica: Estructura Relativa de las Madres Adolescentes (15 a 19 años) Según Número de Hijos Tenidos, Dos Últimos Censos



Fuente: Procesamiento especial de las bases de microdatos censales.

El istmo centroamericano ha experimentado cambios demográficos profundos en los últimos 30 años (United Nations, 2002; CEPAL/CELADE, 1998 y 1995; Pebley y Rosero, 1997). Hay consenso en que la transformación más significativa ha sido el acelerado descenso de la fecundidad, que puede graficarse en la reducción de la tasa global de fecundidad (TGF) desde un promedio de casi siete hijos por mujer en 1960 hasta un promedio del orden de tres en la actualidad (United Nations, 2001, pág. 88).

Las estimaciones longitudinales disponibles ratifican que este descenso se ha expresado, al menos como promedio, en la trayectoria reproductiva real de las mujeres; esto último se manifiesta en que las mujeres que actualmente están terminando su vida fértil acumularon un número medio de hijos significativamente menor que el de las mujeres que finalizaron su vida reproductiva entre 1970 y 1990 (Rodríguez, 2003; www.measuredhs.com).

Esta caída de la fecundidad ha seguido un curso relativamente predecible, basado en la reducción de los órdenes de nacimiento superior. La evolución de las tasas específicas de fecundidad por edad, por ejemplo, muestra que la mayor caída se ha producido para la fecundidad en los últimos 15 años de la vida reproductiva, justamente la edad a la que históricamente las mujeres del istmo han tenido a sus hijos de órdenes superiores (Vignoli J. R., 2003, págs. 2-3).

La información más reciente sobre el embarazo en adolescentes en Nicaragua proviene de los Informes de Gestión del MINSa. Los registros del MINSa indican que, en 2013, de un total de 141,107 nacimientos registrados, 34,647 (24.6%) correspondían a nacimientos de madres adolescentes. En el Perfil de Salud Materna ODM5 presentado en conjunto por el MINSa y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2010, se indica que el número de nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años aumentó 47.9% en el periodo 2000-2009, al pasar de 1,066 a 1,577. Por su parte, el Informe de Gestión en Salud 2013 del MINSa indica que los nacimientos provenientes de madres de 10 a 14 años han sido en promedio de alrededor de 1,640 en los últimos 7 años al informe (Social, Octubre 2016, pág. 12).

La fecundidad en adolescentes está estrechamente relacionada con la edad reportada de la primera relación sexual. Con datos de las últimas ediciones de la ENDESA se observa que un porcentaje significativo de personas inician su vida sexual durante la adolescencia. Los datos de la ENDESA 2011/12 indican que 39.8% de las mujeres de 15 a 49 años comenzaron su vida sexual en un rango de edad de 15-19 años; lo cual muestra una leve reducción a lo indicado en 2006/2007 (41.7%). Para ese rango de edad no se observaron diferencias significativas según nivel educativo (Social, Octubre 2016, pág. 12).

El resumen ejecutivo del compendio estadístico sobre la situación de niñas adolescentes en Guatemala de octubre del 2013 señala algunos datos como los siguientes:

En el 2011 se registraron en Guatemala 373,692 nacidos vivos. Del total de nacimientos, el 21% (78,016) corresponden a madres de niñas adolescentes, al desagregar los departamentos se puede observar que los departamentos de Escuintla, Izabal y Petén, registran la mayor proporción de nacimientos en niñas adolescentes, también los municipios de las Cruces y San Andrés, con 38% y 33% respectivamente.

En relación a la condición educativa de las adolescentes, el 40.1% de las madres adolescentes de 10-14 años no tienen ningún nivel educativo, 37,1% están cursando o finalizando primaria y el 4.1% secundaria. Para las madres de 15-19 años, casi el 30% no tienen ningún nivel educativo, 40% alcanzaron o están cursando primaria y 20.8% secundaria (Guatemala, 2013, pág. 6).

El informe de “Situación de la Niñez y Adolescencia en El Salvador 2014” menciona que Según el MINSAL (Ministerio de Salud de El Salvador), en el año 2011. El Salvador presentó la tasa más alta de embarazo adolescente en Centroamérica. Adicionalmente, se reporta que el 11% de las muertes maternas se dio en mujeres adolescentes. Durante la epidemia de influenza AH1N1, la mayor parte de las muertes fueron de adolescentes embarazadas y la mayor parte de los niños que murieron por la epidemia eran también

hijos de madres adolescentes. Asimismo, el embarazo adolescente es un factor relevante asociado al aumento de suicidios en este grupo poblacional (Salvador, 2014, pág. 65).

El MINED (Ministerio de Educación) registra que en 2011 el embarazo fue una de las principales causas de deserción escolar de las jóvenes, reportándose un 2%. Esta situación alerta sobre el rol que tienen diferentes instancias, como la escuela, los servicios de salud y el sistema de protección en la realización de acciones integradas y conjuntas para dar una mejor respuesta a este complejo problema. El informe de labores 2012-2013 del MINSAL refleja que 1 de cada 4 partos atendidos en el sistema de salud corresponde a niñas de 19 años o menos (Salvador, 2014, pág. 66).

En todos los países de Centroamérica los niveles de embarazo adolescente son mayores al promedio mundial. Así lo reportó la plataforma interactiva Estadísticas de Centroamérica 2017, desarrollada por el Proyecto Estado de la Región.

El análisis arrojó que, durante 2015, por cada mil jóvenes entre los 15 y 18 años, el istmo registró 70 nacimientos, cifra que supera en siete al promedio de América Latina y el Caribe, y representa 25 más que la tasa mundial y casi 50 más que el promedio de los miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (Republica.net, 2018, pág. 1).

En la región, Costa Rica es la que presenta las tasas de fertilidad más bajas en ese rango de edad. Por cada mil jóvenes hay 56 nacimientos. De 2000 a 2015 esa tasa se redujo en un 25%, cantidad menor al promedio de América Latina y el Caribe, que es de 63,7 nacimientos; pero mayor al de OCDE (que es de 21,7) y al mundial (de 44 nacimientos).

Específicamente desde hace 45 años, más del 18% de los embarazos corresponden a madres adolescentes en el país, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

Una de las causas es que el 80% de las jóvenes desconoce las medidas de prevención en prácticas sexuales, según una encuesta realizada por Clínica del Adolescente, precisamente para revertir esa situación, es que el Ministerio de Educación Pública apuesta a su programa para la afectividad y sexualidad integral (Republica.net, 2018, pág. 1)

- **Fecundidad alta temprana, escolaridad y estrato socioeconómico**

Como ha sido consignado desde los inicios de la investigación sobre fecundidad en la región, la probabilidad de experimentar fecundidad alta varía entre grupos socioeconómicos (Rodríguez, 2003; CEPAL/CELADE, 2002 y 2000; United Nations, 2003 y 2002; Contreras, Guzmán y Hakkert, 2001). La variable que recurrentemente ha surgido como la más relevante para discriminar niveles reproductivos ha sido la educación, aunque hay debate sobre la linealidad de su efecto (Rodríguez, 2003; Lindstrom y Brambila, 2002; United Nations, 2002) y su efecto a largo plazo (United Nations, 2003 y 2002); en la misma línea y pese a su concomitancia con la educación, también se ha destacado el efecto del estrato socioeconómico citado por Flórez y Núñez, 2002 (Vignoli J. R., 2003).

El efecto del estrato socioeconómico sobre la maternidad adolescente hace una diferencia significativa cuando se comparan mujeres de baja educación: en esas condiciones, la probabilidad de ser madre a los 17 años de una mujer de estrato bajo es cuatro veces la de una mujer de estrato alto; revelando un efecto protector de las condiciones socioeconómicas cuando la muchacha presenta una trayectoria educativa precaria; en cambio, cuando las muchachas tienen alto nivel educativo, las disparidades entre estratos se atenúan, aunque no desaparecen, pues las muchachas de estrato bajo con alta educación tienen un índice de fecundidad alta que es sólo el doble de sus contrapartes del estrato alto (Tabla 4).

Tabla 4 Razones de disparidad de índices de fecundidad alta a los 17 años entre estrato bajo y estrato alto según años de escolaridad (estrato alto es la referencia)

Años de escolaridad	Costa Rica 2000	Costa Rica 1984	Honduras 2000	Honduras 1998	México 2000	Panamá 2000	Panamá 1990
0	6.5	23.2	9.2	4.8	2.2	8.2	3.3
1	1.5	3.9	12.2	5.5	1.7	6.4	1.9
2	9.2	3.1	13.7	2.3	4.9	9.1	3.4
3	2.3	2.0	11.0	4.0	1.4	1.5	2.3
4	1.9	2.6	13.1	42.0	1.3	5.4	4.4
5	1.8	3.0	13.1	3.0	2.3	3.3	4.8
6	2.1	2.6	10.3	2.9	1.2	2.5	2.9
7	1.7	2.8	7.0	1.3	0.5	1.8	2.3
8	2.0	2.4	8.3	1.7	1.3	1.5	1.7
9	2.1	2.1	5.9	1.2	1.8	1.9	1.5
10	3.3	1.8	1.8	1.5	2.6	2.0	2.1
11	3.5	1.5	1.8	1.1	0.4	2.3	2.1

Fuente: Procesamientos especiales con REDATAM de las bases de micro datos censales respectivas

Ahora bien, cuando se comparan grupos extremos en ambas variables, las disparidades se multiplican. Hasta el 50% de las muchachas experimentan fecundidad alta cuando la educación y el estrato socioeconómico son bajos (Panamá, 1990 Pág. 20) y no supera el 3% cuando educación y estrato son altos; la probabilidad de haber sido madre a los 17 años es entre 12 y 29 veces mayor en el grupo de educación y estrato bajos respecto del de educación y estrato altos (tabla 5) (Vignoli J. R., 2003, págs. 7-8).

Tabla 5 Mujeres de 17 años de dos grupos socioeconómicos extremos: total y madres (cifras absoluta y relativas)

	Grupo bajo-bajo			Grupo alto-alto			Brecha	Total	% GB	% GA
	Madres	Mujeres	Porcentaje de madres	Madres	Mujeres	Porcentaje de madres				
Costa Rica 1984	494	1,618	30.5	106	4,833	2.2	13.9	28,623	5.7	16.9
Costa Rica 2000	873	2,430	35.9	100	7,979	1.3	28.7	38,274	6.3	20.8
Honduras 1988	4,329	15,726	27.5	40	1,748	2.3	12.0	45,582	34.5	3.8
Honduras 2001	3,626	11,406	31.8	122	6,044	2.0	15.7	68,607	16.6	8.8
Panamá 1990	774	1,728	44.8	114	6,020	1.9	23.7	19,137	9.0	31.5

Panamá 2000	804	1,654	48.6	210	7,317	2.9	16.9	26,728	6.2	27. 4
México 2000	3,093	9,854	31.4	255	17,644	1.4	21.7	103,55 3	9.5	17. 0
Fuente: Procesamientos especiales con REDATAM de las bases de microdatos censales respectivas. Nota. Grupo bajo-bajo: estrato bajo y educación baja (0-4 años); Grupo alto-alto: estrato alto y educación alta (10 años o más).										

La maternidad adolescente ha aumentado entre los grupos más desaventajados (baja educación y bajo estrato) en los tres países en que hay datos de dos censos; no ha ocurrido lo mismo con las muchachas de la elite (alta educación y alto estrato), las que en países como Costa Rica y Honduras ha tendido a reducir sus índices de fecundidad alta; como corolario de estas tendencias, la brecha socioeconómica de la fecundidad alta temprana se ha ensanchado allí (Tabla 5).

En Panamá no ocurre así, pues las muchachas de la elite no sólo aumentaron su índice de fecundidad alta, sino que también lo hicieron en un grado mayor que sus contrapartes pobres; esto explica la reducción de la brecha entre los extremos de la estratificación socioeconómica (Tabla 5).

La relación entre baja educación y maternidad temprana es compleja por su bidireccionalidad. Con los datos censales no es factible despejar completamente la duda sobre cuál de los dos sentidos de la relación predomina, si la educación baja y la eventual deserción temprana anteceden a la maternidad precoz o, a la inversa, la fecundidad temprana ocasiona la deserción y los bajos niveles de escolaridad, aunque para las muchachas con muy poca escolaridad lo más probable es que la deserción preceda al embarazo.

8.1.1 Fecundidad adolescente en Honduras

El Estado de la Población de Honduras UNFPA, 2004, reportó que el crecimiento demográfico ha bajado de 3.0% en la década de los 80 a 2.8% a finales de los 90, así como la tasa de fecundidad, de 4.9 hijos en 1990-95 a 3.7 hijos por mujer en el año 2003, pero sigue siendo una de las cinco más altas de América Latina.

La tasa específica de fecundidad para mujeres entre 15 y 19 años para el 2000 fue de 137 por mil (ENESF, 2001). Es evidente que la fecundidad en Honduras ha venido bajando; sin embargo, la disminución de las tasas se debe a las mujeres adultas, mientras tanto, la fecundidad adolescente no muestra avances; a nivel nacional, casi el 60% de las mujeres de entre 15–24 años ha tenido relaciones sexuales, sólo el 9% han usado algún anticonceptivo en la primera relación sexual, pero esta proporción se reduce a casi la mitad en el caso de las mujeres del área rural y las de menos años de educación, además, el método utilizado, en casi la mitad de los casos, es el ritmo y el retiro, los cuales tienen mayor tasa de falla y, en consecuencia, contribuyen a que una proporción de mujeres adolescentes se embaracen (Mendoza, 2009, págs. 54-55).

Para Honduras, los registros administrativos de los dos hospitales más importantes del país, Hospital Materno Infantil y Hospital San Felipe, para el año 2005 demuestran que los egresos de parto de adolescentes presentan cifras similares desde el año 2002 al 2005, lo cual da testimonio de que los programas actuales con respecto a la salud reproductiva orientados a las adolescentes aún no brindan resultados adecuados que contribuyan a la disminución del problema del embarazo temprano (Mendoza, 2009, págs. 54-55).

En 2006, el Instituto Guttmacher realizó el estudio *Maternidad temprana en Honduras: un desafío constante*, encontrando que Honduras tenía la tasa de fecundidad adolescente más alta de América Central. (véase Tabla 6)

Tabla 6 Centroamérica: Tasa de fecundidad adolescente

País	Tasa de fecundidad adolescente, # de nacimientos por mil
Guatemala	114
Belice	95
Honduras	137
El Salvador	104
Nicaragua	114
Costa Rica	78
Panamá	89
Fuente: Instituto Guttmacher, 2006	

Estos datos en números absolutos representaban un aumento del 50% entre 1987 y 2001; además, los datos revelaron que el 40% de todos los nacimientos de madres adolescentes no fue planeado y la proporción más alta estuvo entre aquellas con la más alta escolaridad (48%). El 70% de las adolescentes sexualmente activas no deseaba tener un hijo en los siguientes dos años; pero, en general, el 48% tenía una necesidad insatisfecha de anticoncepción efectiva (Instituto Guttmacher, 2006, pág.1).

Según el informe *Estado de población mundial 2012*, del Fondo de Población de las Naciones Unidas, Honduras reportó una tasa de 108 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años; esta cifra superó la tasa de Venezuela (101) y Ecuador (100), y en el caso de CA sólo es superada por Nicaragua (109). Según estas cifras, Honduras es el segundo país con más embarazos adolescentes de América Latina, donde uno de cada cuatro partos era de una menor de 19 años (Zelaya, 2014, págs. 27-28).

Ante tal situación, el UNFPA recomienda a los Gobiernos de los países en desarrollo, como Honduras, incrementar el acceso a la planificación familiar y por supuesto a la formación en temas de salud sexual y reproductiva, acciones que podrían contribuir significativamente a reducir los costos de atención médica a madres y recién nacidos y por ende al desarrollo del país (Zelaya, 2014, págs. 27-28).

Por otra parte, con el auspicio de la IUSSP (International Union for the Scientific Study of Population) en la década de los 80, se desarrolló una línea de investigación acerca de la posición de la mujer y del cambio demográfico. La inquietud central en estos estudios es analizar los vínculos teóricos y metodológicos entre las relaciones sociales entre los sexos y el cambio demográfico; se busca explorar si el cambio demográfico es determinante o resultado de los cambios en el estatus social de la mujer. Dentro de esta línea de investigación se encuentran estudios para países desarrollados y menos desarrollados.

A partir de reconocer que en muchas áreas los estudios demográficos poco tienen en cuenta la investigación de los papeles de género, se realizaron estudios sobre la influencia de los cambios en la posición relativa de hombres y mujeres en mortalidad, migración, fecundidad, familia, matrimonio y movilidad geográfica. ¿Cómo las inequidades de género afectan el comportamiento demográfico en determinados contextos históricos y culturales? es una pregunta central en estos estudios. La sensibilidad por los problemas de género considera que los intereses del hombre y la mujer de un mismo hogar no siempre coinciden y que este conflicto de intereses puede afectar los determinantes de la fecundidad y de la mortalidad. La autonomía de las mujeres puede realzar o reducir el efecto de los factores sociodemográficos, tales como el aumento de los salarios, la difusión de la educación masiva y de los programas de planificación familiar (Medina, 2005, pág. 85).

Explicar cambios de fecundidad utilizando el paradigma de género no sólo se ha desarrollado para los países con fecundidad elevada, sino también para aquellos que tienen fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. La experiencia de Suecia ha sido documentada en varios estudios de fecundidad, que han llevado a algunos demógrafos a relacionar sistemas de género y comportamiento reproductivo.

Dos recientes contribuciones de McDonald (2000, pág. 86) intentan explicar más a fondo las razones por las que algunos países europeos con tasas de fecundidad por debajo del reemplazo tenderían a mantener su *statu quo*.

McDonald (2000, pág. 86) argumenta que las instituciones orientadas hacia el bienestar de los individuos (como las educativas, las que rigen el mercado laboral con expectativas de seguir una carrera laboral) estarían más cerca de la equidad de género que aquellas orientadas hacia las familias, las cuales se basan en mantener la diferenciación de funciones de sexo, principalmente en lo que se refiere a maternidad, paternidad y crianza de los hijos. Cuando mayor sea la brecha entre los dos tipos de instituciones, puede haber una mayor tendencia a que baje la fecundidad (más allá del

nivel de reemplazo). Peter McDonald desarrolló sus ideas dentro la problemática de la segunda transición demográfica en Europa (pág. 86).

Las investigaciones respecto a la problemática sociocultural de la fecundidad han contribuido de manera importante al desarrollo de los estudios de población con enfoque de género (Cleand, Wilson, 1987; Montgomery, Casterline, 1993). Esto es explicable porque las relaciones de género que influyen en la fecundidad tienen mucho que ver con los valores ideológicos socialmente dominantes. De hecho, la discusión sobre el estado del arte en género y salud reproductiva propone el estudio de los valores con aproximaciones cualitativas como una prioridad en la agenda para futuras investigaciones (Medina, 2005, pág. 86).

8.2 Marco legal

El embarazo adolescente es un fenómeno que ocurre a nivel mundial con una tendencia bastante alta en Latinoamérica y el contexto hondureño no es la excepción, ocupando el segundo lugar de países con la tasa de embarazo adolescente más alta. Por esta razón, este fenómeno está contemplado en convenios internacionales en los que Honduras ratifica su compromiso para la prevención del mismo. A continuación, se describe el contexto internacional y nacional en lo que a derecho se refiere.

9 Marco legal internacional

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos que, de acuerdo con el principio de integralidad, están relacionados con otros, como el derecho a la vida, la libertad, la seguridad, la salud, la información, la igualdad, la educación, la intimidad, a una vida libre de violencia y discriminación, y a disfrutar del progreso científico, entre otros; todos contenidos en distintos instrumentos internacionales.

En estrecha relación con el concepto de derechos reproductivos se encuentra el de salud reproductiva que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como “un

estado de completo bienestar físico, mental y social, en todas las cuestiones relacionadas al sistema reproductivo y a sus funciones y procesos”. La preocupación poblacional de los 70 puso atención en la reducción de la natalidad, que en el ámbito de la salud se traduce en medidas que tienden a reducir la mortalidad materna e infantil y a la difusión de programas de planificación familiar.

Veamos cuál es la situación en lo concerniente a los temas de **fecundidad a nivel mundial y latinoamericano**.

Es tal la importancia sobre los derechos SSRR mencionados que han sido reconocidos en múltiples encuentros internacionales:

- **1968:** Conferencia de Derechos Humanos en Teherán. Se reconoce como un derecho que las parejas decidan el número de hijos y su espaciamiento.
Los representantes de los 120 Estados que participaron en la primera Conferencia Internacional de Derechos Humanos, reunidos en Teherán del 22 de abril al 13 de mayo de 1968 por invitación de la Asamblea General de las Naciones Unidas (resolución 2081 (XX) de la Asamblea General, de 20 de diciembre de 1965), aprobaron por consenso, al final de la Conferencia, la Proclamación de Teherán.
La Proclamación declara en primer lugar que dicha Declaración es “obligatoria para la comunidad internacional”.

- **1974:** Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer en México. Se establece el derecho humano básico a la integridad física y decidir sobre su propio bienestar, así como a diferentes opciones sexuales. Se reconocen derechos reproductivos, entre ellos la maternidad opcional. Por lo tanto, la finalidad de ésta Conferencia era la de formular recomendaciones sobre acciones y medidas que debían ser cumplimentadas por los gobiernos, las organizaciones y la comunidad internacional para lograr la plena igualdad y participación de la mujer en la vida social, política, económica y cultural. (Chiarotti, 2009)

- **1979:** Asamblea General de las Naciones Unidas. Se reconoce el derecho a la igualdad de hombres y mujeres en decisiones reproductivas y a las responsabilidades compartidas que implican los hijos. La Convención obliga a los Estados a adoptar medidas de manera muy concreta para eliminar la discriminación contra las mujeres; permite medidas transitorias de “acción afirmativa” a las que se les llama también “medidas especiales de carácter temporal”, por ejemplo, las leyes de cuota en materia electoral.

- **1994:** Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo. Se reconoce la noción de derechos reproductivos y se aboga por su reconocimiento como políticas de población.

Algunos de los derechos sexuales y reproductivos declarados en la Convención de El Cairo:

- ✓ Derecho a decidir acerca de tener hijos, su número y oportunidad.
- ✓ Derecho a que las políticas públicas de educación promuevan desde la infancia la valoración de la sexualidad como un aspecto importante de la vida, que debe vivirse en forma placentera sin temores ni culpas.
- ✓ Derecho a que las políticas públicas de educación y salud promuevan la responsabilidad sexual y reproductiva de los hombres y su participación activa en la anticoncepción y la crianza.
- ✓ Derecho a que la sociedad asegure una atención de calidad en salud reproductiva y sexual: servicios de anticoncepción, atención de embarazo, parto, puerperio, servicios de tratamiento de la infertilidad, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, atención ginecológica completa.
- ✓ Derecho a información objetiva y actualizada sobre metodologías anticonceptivas, métodos de esterilización masculina y femenina, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos que intervengan en la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres.

- ✓ Derecho a participar como sociedad civil y organizada en el monitoreo e investigaciones relativas a nuevos medicamentos y nuevas tecnologías reproductivas, incluida la introducción de nuevos anticonceptivos.
- **1995:** Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing. Refuerza los logros de El Cairo en lo referente a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Su mirada va más allá del ciclo reproductivo de las mujeres para considerar etapas de su ciclo de vida e incorporar la corresponsabilidad de la reproducción humana de los varones, cuestiona los modelos de conducta social, los símbolos, normas y valores.

El marco internacional de manera general promueve el acceso a los servicios de SSR, incluidos los métodos voluntarios de planificación familiar, los cuales aún dista de ser realidad en la mayoría de los **países de América Latina y el Caribe**, particularmente para ciertos grupos como poblaciones indígenas, campesinas pobres y adolescentes, que siguen encontrando barreras médicas, socioculturales y legales para el acceso.

Es entonces un desafío promover los derechos sexuales y reproductivos. La población requiere información y medios que le permitan vivir con responsabilidad su sexualidad. Deben decidir si desean o no tener relaciones sexuales, en qué condiciones, evitar embarazos no deseados y protegerse de enfermedades de contagio vía sexual. Los servicios deben preocuparse primordialmente por asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos. Se debe asegurar el derecho a optar, para lo cual se debe informar sobre las múltiples opciones disponibles, incluyendo los métodos anticonceptivos de emergencia.

Es importante señalar que América Latina y el Caribe, con 80 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad, registra la segunda tasa más alta de fecundidad específica en las adolescentes después del África subsahariana; se requiere del compromiso de los gobiernos para la implementar políticas públicas que reconozcan los

derechos y las necesidades de los adolescentes, abarcando el acceso a programas de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar y la educación sexual integral².

9.1.1 Marco legal nacional

El tema de fecundidad adolescente en Honduras tiene fuerte incidencia en los aspectos sociales y económicos; estos repercuten intensamente en el área de salud, entidades de gobierno como la Secretaría de Salud y el despacho de la primera dama reconocen como una prioridad el tema de embarazo en adolescentes, para lo cual han implementado una serie de políticas públicas como la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR) impulsada en el año 2015.

La PNSSR ha sido construida a partir del análisis de las brechas, las oportunidades y los objetivos que se espera alcanzar, con el fin de orientar la planificación estratégica y operativa de acuerdo con las principales prioridades en salud sexual y reproductiva y como mecanismo para lograr avances sustantivos en el mediano y largo plazo, en el contexto del acceso universal a la prevención de riesgos, la atención calificada a las necesidades de los ciudadanos y ciudadanas, en función de la equidad y en consideración de su sexo, orientación sexual e identidad de género, etnia, grupos vulnerables, curso de vida y clases sociales, entre otros.

El ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos debe constituir una herramienta indispensable para las acciones integrales en SSR, entendiendo su estrecha relación con la salud y la calidad de vida, así como con el desarrollo humano, fortaleciendo el protagonismo de las familias y comunidades en la corresponsabilidad de la gestión en salud (Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2015, pág. 5).

² Op. Cit.

Esta Política Nacional de SSR considera a los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. Implica obligaciones para el Estado hondureño dirigidas a respetar, proteger y cumplir tales derechos. Las dos primeras obligaciones se objetivan en el papel del Estado y sus funcionarios, en no interferir, no discriminar y no ejercer coerción a las/os titulares de derechos. La obligación de cumplir se relaciona con la creación y mantenimiento de políticas públicas, servicios y suministros en el campo de la SSR, conocidas como obligaciones positivas.

En Honduras, la Secretaría de Salud emitió en 1999 un documento de Política Nacional de SSR, el cual pretendió en su momento convertirse en el marco conceptual, estratégico y operativo para la implementación de la temática de salud sexual y reproductiva de la institución rectora de salud en el país. Los taxativos de esta política estuvieron ligados al restringido apoyo político y económico para su aplicación. El documento legal en que se apoyó la Política Nacional de SSR incluyó la propia Constitución de la República del año 1982 que en su Artículo 145 reconoce el "...derecho a la protección de la salud... [Y que es]... deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud individual y de la comunidad"³.

- **El Código de Salud** en su Artículo 1 establece: "La salud considerada como un estado de bienestar integral, biológico, psicológico, social y ecológico es un derecho humano inalienable y corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales o jurídicas, el fomento, protección, recuperación y rehabilitación"⁴. Y en su Artículo 10 establece que "Toda persona tiene el derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas contundentes a la promoción y conservación de su salud personal y la de los miembros en su hogar, particularmente sobre higiene, dieta adecuada, orientación psicológica, higiene mental, **educación sexual**, enfermedades transmisibles, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades y sobre práctica y uso de elementos técnicos y especiales."

³ Congreso Nacional de la República (1982). Constitución de la República de Honduras. Decreto 131. 11 de enero de 1982. Tegucigalpa.

⁴ Congreso Nacional de la República (1991). Código de Salud. Decreto 65-91. 11 de diciembre de 1991. Tegucigalpa.

- **La Ley Especial de VIH/SIDA** de 1999 y sus reformas en el 2015, el Plan Nacional de Salud al 2021 del año 2005, la Ley Marco de la Juventud y la Política Nacional de la Juventud de 2010, el Segundo Plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras-PIEGH de 2010, la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes-ENAPREAH de 2012, la Política Nacional sobre VIH y Sida en el mundo del trabajo 2013, la Primera Política Pública en Derechos Humanos de 2012, el Plan Multisectorial de Embarazo en Adolescentes de 2015, la Política de Protección Social de 2015, el Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y Sida-Pensida IV 2015-2019, la Ley Marco de Protección Social y el Modelo Nacional de Salud, aprobado en mayo de 2013, que enfatiza el derecho a la salud, y la respuesta a las necesidades y demandas de la población que en sus enfoques incluye la igualdad de género y la estrategia de atención primaria de salud como parte del marco doctrinario y de referencia para sus acciones⁵. La Ley Especial de VIH/SIDA de 1999 establece el deber del Estado de incorporar en la agenda del Ministerio de Educación las acciones efectivas que posibiliten la educación integral para la sexualidad y la reproducción, así como la capacitación en los conceptos básicos sobre derechos sexuales y derechos reproductivos con información veraz, científica, oportuna, libre de discriminación y sin perjuicios⁶. Asimismo, el Plan Nacional de Salud al 2021 del 2005 incluye acciones estratégicas dirigidas a la población adolescente con el propósito de promover el fomento de la autoestima, la educación sexual y reproductiva y los estilos de vida saludables, con amplia participación comunitaria, según el curso de vida, género, etnia, y enfatiza en la necesidad de promover la atención calificada del cuidado prenatal, el parto y el puerperio⁷.
- **La Política Nacional de Juventud** del año 2010 "...reconoce a los/as jóvenes como titulares de derechos humanos y la seguridad que el ejercicio de estos derechos facilita la construcción de ciudadanía⁸". El Segundo Plan de Igualdad y Equidad de Género

⁵ Secretaría de Salud de Honduras. Modelo Nacional de Salud. Mayo de 2013. Tegucigalpa, Honduras.

⁶ Congreso Nacional de la República (1999). Ley Especial de VIH/Sida. Decreto 147-99. Tegucigalpa.

⁷ Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (2005). Plan Nacional de Salud 2021. Tegucigalpa.

⁸ República de Honduras (2010). Política Nacional de la Juventud. Decreto Ejecutivo PCM-051-2010. Diario Oficial La Gaceta # 32,44 del 14 de febrero de 2011.

se define como “...un instrumento técnico-político que permite incorporar los objetivos y metas para el logro de la igualdad y equidad de género en la visión de país, plan de nación⁹”. La Política Nacional sobre VIH y Sida en el mundo del trabajo está dirigida a orientar a los trabajadores/as, gobierno, organizaciones obreras, asociación de personas viviendo con VIH y aliados estratégicos en la implementación de acciones sobre el VIH y sida en los lugares de trabajo¹⁰.

- **Primera Política Pública y Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos** del 2013 contiene un capítulo dedicado a los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como capítulos dedicados a derechos de la mujer y derechos de la juventud. El propósito principal de esta política es, entre otras cosas, “...generar un mecanismo para que las instituciones públicas con responsabilidad sobre cada derecho tomen conciencia en las acciones que le competen dentro de su mandato, una transversalización de los derechos humanos en la gestión pública nacional y local¹¹”.
- Finalmente, el Plan Multisectorial para la prevención del Embarazo en Adolescentes 2014- 2018, el cual tiene como propósito contribuir a garantizar una mejor calidad de vida a las y los adolescentes de Honduras a través de una respuesta multisectorial articulada para la prevención del embarazo adolescente en el marco de los derechos humanos, partiendo principalmente de su objetivo, el cual es reducir la tasa de fecundidad específica de adolescentes de 101 a 76 por mil mujeres para el año 2018.

⁹ República de Honduras (2010). Política Nacional de la Mujer. II Plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras 2010-2022. Decreto Ejecutivo PCM-028-2010. Diario Oficial La Gaceta # 32,275 del 28 de julio de 2010. Tegucigalpa.

¹⁰ República de Honduras (2013). Política Nacional sobre VIH y Sida en el Mundo del Trabajo.

¹¹ República de Honduras (2013). Primera Política Pública en Derechos Humanos y Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos. Secretaría de Justicia y Derechos Humanos. Tegucigalpa.

Líneas estratégicas del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes:

N. Línea estratégica

1	Fortalecimiento institucional para el desarrollo y armonización de normativas, políticas y alianzas que aseguren el cumplimiento de los derechos y la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, bajo un enfoque de derechos humanos.
2	Fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares para promover un entorno protector para los y las adolescentes.
3	Fomento de las oportunidades de educación, empleabilidad, inserción laboral y emprendimiento de adolescentes y jóvenes
4	Fortalecimiento de la educación integral de la sexualidad como medida de protección y prevención de embarazos en adolescentes.
5	Aseguramiento del acceso, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de servicios de salud para adolescentes, incluyendo la salud sexual y reproductiva.
6	Abogacía, comunicación e incidencia social para la prevención del embarazo en la adolescencia.

V. Hipótesis de investigación

Además de las variables propuestas en el modelo de Bongaarts, en Honduras la fecundidad adolescente también está relacionada con las condiciones socioeconómicas y el nivel educativo de las adolescentes, las hipótesis de este estudio basadas en la revisión literaria anterior se formulan de la siguiente forma:

H 1 La fecundidad de las adolescentes está influenciada no sólo por las variables propuestas por Bongaarts, sino también por condiciones socioeconómicas y el nivel de educación		
Variable dependiente	Variable independiente	Indicadores
Fecundidad adolescente	Condiciones socioeconómicas y nivel de educación	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según quintil de riqueza • Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según nivel de escolaridad
H 2 El uso de métodos anticonceptivos es el determinante próximo que más afecta a la fecundidad adolescente hondureña, según el modelo de Bongaarts		
Variable dependiente	Variable independiente	Indicadores
Fecundidad adolescente	El uso de métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de proporción de mujeres unidas adolescentes • Índice de anticoncepción adolescente • Índice de aborto inducido adolescente • Índice de fecundidad posparto adolescente
H 3 El matrimonio o uniones tempranas es mayor en las adolescentes con bajo nivel de educación.		
Variable dependiente	Variable independiente	Indicadores
Matrimonio o unión temprana	Nivel educativo	<ul style="list-style-type: none"> • Estado marital según nivel educativo de las adolescentes

VI. Metodología

A continuación, se describe el tipo de investigación con el cual fue desarrollado este estudio, el muestreo de adolescentes, la fuente de datos y el método de análisis bajo el cual fue procesada la información recogida.

6.1 Tipo de investigación

Este estudio se desarrolló con un enfoque cuantitativo y descriptivo, y representa una mirada al fenómeno de la fecundidad adolescente mediante la descripción cuantitativa y estadística de características demográficas de la población adolescente madre o actualmente embarazada en el contexto hondureño.

Los datos estadísticos que servirán como base para el desarrollo de la investigación son los generados en la ENDESA 2011-2012, de la cual se seleccionaron las variables de fecundidad en adolescentes, preferencias sobre fecundidad, composición del hogar, características demográficas de las adolescentes y conocimientos y prácticas sobre métodos de planificación familiar, haciendo énfasis en las principalmente tasas que comprenden y explican el fenómeno de la fecundidad adolescente en Honduras.

A. Muestra

La ENDESA 2011-2012 es una encuesta por muestreo realizada en 21,362 hogares y representativa a nivel nacional y departamental. La ENDESA 2011-2012 proporciona información en temas como la fecundidad, la nupcialidad, la actividad sexual, las preferencias en materia de fecundidad, el conocimiento y utilización de métodos de planificación familiar.

La recolección de los datos de la ENDESA 2011-2012 se realizó entre septiembre de 2011 y julio del 2012.

Durante la encuesta, 22,757 mujeres de 15-49 años y 7,120 hombres de 15-59 años fueron entrevistados en los hogares seleccionados. La información recolectada es representativa a nivel nacional por lugar de residencia (urbano o rural) y para cada una de las 20 regiones de salud: 18 departamentales y dos metropolitanas (Distrito Central y San Pedro Sula).

La unidad de análisis para este estudio serán 5,062 mujeres adolescentes de 15 a 19 años representadas en un 22% del total de mujeres encuestadas.

6.2 Fuentes de datos

Fuente secundaria

Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2011-2012. Este documento se encuentra de forma virtual y en físico y la institución que la maneja es el Instituto Nacional de Estadística (INE), ente encargado de coordinar la producción confiable y oportuna de los distintos agregados estadísticos oficiales que debe generar el Sistema Estadístico Nacional (SEN) para que sirvan de referentes a los distintos miembros de la sociedad encargados de ejercer la administración del Estado y de los distintos recursos con que cuenta el país para el logro del bienestar socioeconómico de la población.

La ENDESA 2011-2012 proporciona información pertinente y actualizada de los indicadores básicos de salud a los cuales este estudio pretende contribuir. Además, esta fuente representa la continuación de la ENDESA 2005-2006 y de la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF) realizada con cinco años de periodicidad entre 1981 y 2001.

6.3 Métodos de análisis de los datos

La información será analizada bajo el modelo de John Bongaarts (1978, 1982), el cual consiste en un modelo matemático para relacionar los determinantes próximos de la fecundidad con el nivel observado (tasa global de fecundidad); según su modelo, la diferencia en la fecundidad de las poblaciones se debe principalmente a la proporción de

mujeres unidas, el uso de métodos anticonceptivos, el aborto inducido y la infecundidad por lactancia.

El modelo desarrollado por John Bongaarts relacionaba los determinantes próximos de la fecundidad con el nivel observado (tasa global de fecundidad), según el cual, el máximo posible de la fecundidad representado por la tasa de fecundidad total oscila en un rango de 13 a 17 hijos por mujer. Además de tasa de fecundidad total, la tasa global de fecundidad se encuentra básicamente influenciada por cuatro variables intermedias que son: la nupcialidad o proporción de mujeres unidas, el uso de métodos anticonceptivos, la prevalencia del aborto inducido y la infecundidad posparto (Flores, 2000, pág. 2).

Según Bongaarts, el estudio de la fecundidad respecto a sus variables intermedias se reduce a la siguiente ecuación:

$$TGF = TF * C_m * C_c * C_a * C_i$$

Donde:

TGF es la tasa global de fecundidad, la cual indica el número promedio de hijos que podría tener una mujer durante su periodo fértil.

TF es la tasa de fecundidad total o fecundidad natural, definida como la fecundidad que existiría en ausencia de un control deliberado de la natalidad. Bongaarts estimó que el nivel máximo es de aproximadamente 15.3 hijos al final del periodo fértil de la mujer.

C_m es el índice de proporción mujeres unidas.

C_c es el índice de anticoncepción.

C_a es el índice de aborto inducido.

C_i es el índice de fecundidad posparto.

Cálculo de los índices C_m , C_c , C_a y C_i :

7 Índice de proporción de mujeres unidas (Cm)

$$C_m = \frac{\text{Número de mujeres unidas}}{\text{Número total de mujeres}}$$

C_m será 1 si el total de las mujeres en edad fértil se encuentran unidas y 0 en el caso de que exista ausencia total de mujeres unidas. Este índice se puede calcular como el cociente entre el número total de mujeres unidas en edad fértil sobre el total de mujeres en este rango de edad (Flores, 2000, pág. 5).

8 Índice de anticoncepción (Cc)

$$C_c = 1 - 1.08 * u * e$$

Donde:

u = Proporción de mujeres unidas que utilizan métodos anticonceptivos.

e = Efectividad promedio del método anticonceptivo. Este índice relaciona no solamente el uso de anticonceptivos, sino también la mezcla de los mismos que presente diferentes tasas de efectividad.

C_c será 1 cuando no se utilizan métodos anticonceptivos y 0 en el caso de que todas las mujeres en edad fértil hacen uso de métodos anticonceptivos. Este indicador nos permite describir los efectos que tienen la anticoncepción y la efectividad de los métodos usados sobre la fecundidad (Flores, 2000, pág. 5).

Como las estimaciones de la efectividad de los métodos son difíciles de obtener, se utilizaron los valores propuestos por la Organización Mundial para la Salud (OMS) en 2016.

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Anticonceptivos orales en combinación (la «pastilla» o «píldora»)	Contiene dos hormonas (estrógeno y progestágeno).	Evita la liberación de óvulos por los ovarios (ovulación).	>99% si se usa de manera correcta y sostenida, 92% como se usa comúnmente.	Disminuye el riesgo de cáncer endometrial y ovárico.
Pastillas de progestágeno sólo, «minipastilla» o «minipíldora»	Contiene únicamente progesterona (sin estrógeno).	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten y previene la ovulación.	99% si se usa de manera correcta y sostenida. Entre 90% y 97% como se usa comúnmente.	Puede usarse mientras se amamanta; debe tomarse todos los días a la misma hora.
Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación	Se inyectan cada mes por vía intramuscular; contienen estrógeno y progestágeno.	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación).	>99% si se usan de manera correcta y sostenida. 97% como se usan comúnmente	Las hemorragias vaginales irregulares son comunes, pero no dañinas.
Dispositivo intrauterino (DIU): de cobre	Dispositivo plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre y se inserta en el útero.	El cobre daña los espermatozoides e impide que se junten con el óvulo.	>99%	Disminuye la frecuencia de cólico menstrual y los síntomas de endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia menstrual) en un grupo de usuarias.
Condón masculino	Vaina o cubierta que envuelve el pene erecto.	Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo.	98% si se usa de manera correcta y sostenida. 85% como se usa comúnmente.	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH.
Esterilización femenina (ligadura de las trompas; salpingectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan las trompas de Falopio.	Los óvulos no pueden juntarse con los espermatozoides.	>99%	Es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa.
Marcha atrás (coitus interruptus)	Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la	Se trata de impedir que el esperma entre en la vagina	96% si se usa de forma correcta y sostenida. 73%	Es uno de los métodos menos eficaces porque a

	eyaculación y eyacular fuera de esta, cerciorándose de que el semen no entre en contacto con los genitales externos.	para evitar la fecundación.	tal y como se practica comúnmente (Trussell, 2009).	veces es difícil determinar correctamente cuándo hay que retirar el pene, lo que puede provocar que se eyacule estando este aún dentro de la vagina.
Método del calendario o método del ritmo	Consiste en observar el ciclo menstrual durante seis meses, restar 18 de la duración del ciclo más corto (primer día fértil estimado) y restar 11 de la duración del ciclo más largo (último día fértil estimado).	Se impide el embarazo, evitando el coito sin protección durante el posible primer día fértil y el posible último día fértil, bien absteniéndose o utilizando un preservativo.	91% si se usa de un modo correcto y sostenido. 75% tal y como se aplica comúnmente.	Podría ser necesario posponer su uso o utilizarlo con precaución, si se están tomando medicamentos (por ejemplo, ansiolíticos, antidepresivos, AINES o determinados antibióticos) que pueden alterar el momento de la ovulación.

Fuente: OMS, planificación familiar “datos y cifras”

9 Índice de aborto inducido (Ca)

En Honduras es bastante difícil obtener información acerca de cantidad de abortos debido a que en nuestro país se encuentra penalizado, por lo cual sólo se pueden realizar aproximaciones acerca de aborto inducido.

Por dicho motivo, en nuestro país, este indicador es considerado igual a 1, asumiendo que no existe el aborto inducido en mujeres en edad fértil; en caso de otros países, donde sí existen registros de abortos, Ca será 1 si ninguna mujer aborta voluntariamente y 0 si todos los embarazos fueron abortados (Flores, 2000, pág. 6).

10 Índice de infecundabilidad posparto (Ci)

$$Ci = \frac{20}{18.5 + i}$$

Donde:

i es la duración media (en meses) de la infecundidad desde el nacimiento hasta la primera ovulación posparto; en este caso, Bongaarts considera que es algo difícil obtener este dato, así que sugiere la siguiente ecuación para la estimación de i con base en L , que es el tiempo medio de la duración de la lactancia exclusiva.

$$i = 1,753 \times e^{(0,1396 \times L - 0,001872 \times L^2)}$$

Hay que tener en cuenta que, en la ecuación de índice de infecundidad posparto (C_i), el 20 corresponde al tiempo promedio en meses de intervalo entre embarazos; este surge de la suma de los meses de infecundidad por amenorrea sin lactancia (este intervalo de tiempo en promedio es de 1.5 meses), la espera para la concepción (7.5 meses), el tiempo añadido debido a muertes intrauterinas espontáneas (dos meses) y los nueve meses de gestación completa. En cuanto al 18.5, este es el período de tiempo de infecundidad posparto sin tener en cuenta el período de lactancia en que la mujer es infértil.

C_i tomará el valor de 1 en ausencia total de lactancia y 0 si la infecundidad por lactancia es para siempre, donde los factores que más influyen en la reducción del potencial de reproducción después de un nacimiento son la amenorrea posparto, la lactancia materna y la abstinencia sexual. En la medida que el período de lactancia se alarga, C_i declina (Flores, 2000, pág. 6).

10.1 Plan de análisis y operacionalización de las variables

Objetivos específicos	Conceptos	Variables	Indicadores
<p>Describir características sociodemográficas (edades simples, área de residencia, nivel de escolaridad, estado civil, quintil de riqueza, número de hijos, ocupación actual y estado marital de la población femenina adolescente embarazada o que son madres.</p>	<p>Características sociodemográficas: son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas, culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.</p> <p>Adolescente: el periodo en el cual el individuo progresa desde el punto de la aparición inicial de los caracteres sexuales secundarios hasta la madurez sexual y reproductiva; los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde un (a) niño (a) hasta los de un (a) adulto (a).</p> <p>Relaciones sexuales: desde el punto de vista de la sexología, se puede definir una relación sexual como el contacto físico</p>	<p>Edad</p> <p>Área de residencia</p> <p>Nivel de educación</p> <p>Quintiles de riqueza</p> <p>Estado civil</p> <p>Ocupación principal</p> <p>Número de hijos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según edades simples y área de residencia • Porcentaje de Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según área de residencia • Porcentaje de Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según nivel de escolaridad y área de residencia • Porcentaje de Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según estado civil y área de residencia • Porcentaje de Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según quintil de riqueza y área de residencia • Porcentaje de Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según ocupación actual y áreas de residencia • Porcentaje de Porcentaje de adolescentes según Estado marital y nivel educativo y área de residencia

	entre personas, fundamentalmente con el objeto de dar y/o recibir placer sexual o con fines reproductivos.		
Caracterizar cada uno de los determinantes próximos de la fecundidad adolescente según el modelo de Bongaarts (nupcialidad, uso de métodos anticonceptivos, aborto inducido e infecundidad posparto) en el contexto hondureño.	<p>Fecundidad: la fecundidad es una de las variables demográficas más importantes para evaluar la tendencia de crecimiento de la población.</p> <p>Determinante próximo de la fecundidad: índice de proporción de mujeres unidas adolescentes, índice de anticoncepción adolescente, índice de aborto inducido adolescente e índice de fecundidad posparto adolescente.</p>	<p>Grupo de edad de 15 a 19 años</p> <p>Determinante próximo en la fecundidad</p> <p>Adolescente</p>	<p>Proporción o porcentaje de mujeres adolescentes unidas o casadas y área de residencia</p> <p>Proporción o porcentaje de mujeres adolescentes unidas que utilizan métodos anticonceptivos y área de residencia</p> <p>Proporción o porcentaje de aborto inducido en adolescentes que ya son madres o han tenido un embarazo</p> <p>Duración mediana de la lactancia materna exclusiva y de la lactancia materna predominante entre los niños viviendo con la madre nacidos en los tres años anteriores a la encuesta Honduras 2011-2012</p>
Identificar cuál es el determinante próximo de la fecundidad según el modelo de Bongaarts que más influye en la fecundidad adolescente hondureña	<p>Determinantes próximos de la fecundidad:</p> <p>Son una serie de variables que afectan el nivel de fecundidad natural, es decir el nivel que se obtendría en ausencia de regulación de la fecundidad.</p>	<p>Nupcialidad (edad de la unión conyugal)</p> <p>Uso de métodos anticonceptivos más usados en 2011 y 2012.</p>	<p>Total de mujeres encuestadas y mujeres unidas según grupos de edad</p> <p>La proporción de mujeres unidas que usan métodos anticonceptivos</p> <p>Prevalencia del aborto inducido</p> <p>Duración mediana de la lactancia materna exclusiva y de la lactancia materna predominante entre los niños</p>

	<p>Modelo de Bongaarts: es un modelo matemático que sirve para cuantificar el peso de cada variable respecto de los niveles y variaciones de la fecundidad.</p>	<p>Infertilidad posparto</p> <p>Inicio de las relaciones sexuales</p> <p>Prevalencia del aborto inducido</p>	<p>viviendo con la madre nacidos en los tres años anteriores a la encuesta Honduras 2011-2012</p> <p>Tasa global de fecundidad adolescente</p>
--	--	--	--

VII. Análisis de Resultados

Para analizar los determinantes próximos de la fecundidad adolescente en Honduras para el periodo 2011-2012, se presentan algunas características sociodemográficas de la población femenina adolescente embarazada o que al momento del levantamiento de información estaba embarazada.

Además, mediante la réplica del modelo de fecundidad de Bongaarts realizada en este estudio, se ha identificado cuál es el determinante próximo que más influye en la fecundidad adolescente hondureña. Del mismo modo se caracterizó cada uno de los determinantes próximos de la fecundidad que plantea el modelo de Bongaarts (nupcialidad, uso de métodos anticonceptivos, aborto inducido e infecundidad posparto) en el contexto hondureño.

7.1 Características sociodemográficas de la población femenina adolescente que son madres o actualmente embarazadas

Para comprender los determinantes próximos de la fecundidad es necesario profundizar en cada uno de los elementos implicados. En este sentido, caracterizar las condiciones sociodemográficas de la población femenina adolescente es crucial para la comprensión y el análisis de dicho fenómeno; por ende, se describen a continuación las siguientes características.

- ***Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según edades simples y área de residencia***

Las adolescentes de 15 a 19 años que ya son madres o que estaban embarazadas al momento de ser encuestadas representaban un total de 1,204 casos, es decir, el 23.80% del total de los datos considerados (5,062).

Si se observa detenidamente la Tabla 7, resulta evidente la vulnerabilidad de las adolescentes a incrementar el número de hijos cuando han iniciado su maternidad a edad temprana, tal como se aprecia en el porcentaje de adolescentes entre los 17 y 19 años que ya tienen 2 o 3 hijos, de aquella que ya tienen dos hijos que representan un 13.9% la mayoría se encuentra en el área rural con un 8.4% y un 5.4% en el área urbana. Además, se visibiliza que de las adolescentes embarazadas o que son madres, la mayoría reside en el área rural representando un 58.6% del total, lo que sugiere que el fenómeno de la fecundidad adolescente está condicionado a las oportunidades, condiciones de pobreza, acceso a educación y recursos con los que cuenta la población adolescente tanto en el área urbana como en el área rural se observa una diferencia de 17.7%. Sin embargo, cuando se analizan las adolescentes que ya tienen el segundo hijo existen coincidencias entre el área rural y urbana en relación a las edades de las adolescentes las cuales oscilan entre los 17 y 19 años.

El resumen de datos que muestra la Tabla 8 se visibiliza un 76.2% de adolescentes que no son madres ni estaban embarazadas para el año de la encuesta y representa la mayoría de las adolescentes, esto indica que este porcentaje podría ser mayor si se contará con programas de formación que empoderaran a las mujeres desde edades tempranas y asegurar el goce de sus derechos sexuales y reproductivos. Probablemente otro factor a considerar en relación al 76.2% de adolescente que no son madres ni estaban embarazadas se deba a factores socioculturales arraigado por patrones religiosos o patriarcales quienes inculcan una cultura de miedo y de tabús con el tema del embarazo, el análisis es ambivalente para estudiar este porcentaje, por lo cual se tendría que investigar otros indicadores en otro tipo de estudio.

En el grafico 6, observamos que después del nacimiento de su primer hijo, la mayoría de las adolescentes se ven expuestas a tener un segundo o tercer embarazo en su etapa adolescente.

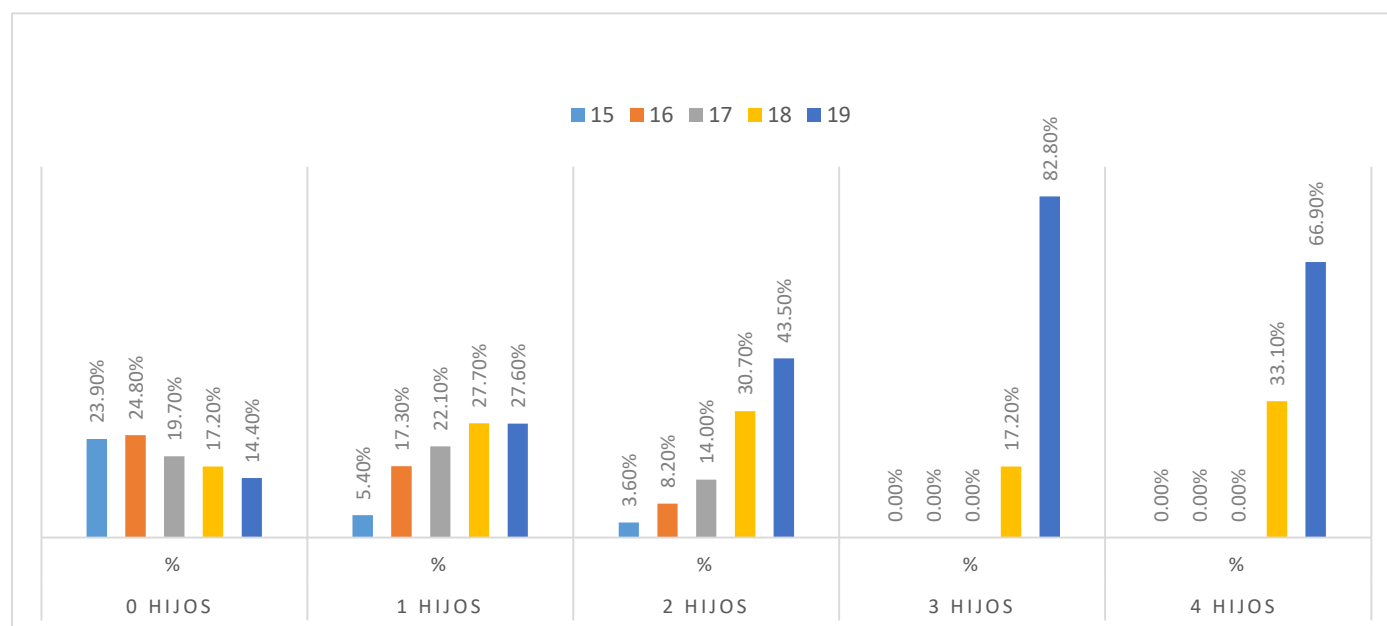
Tabla 7 Honduras: Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según edades simples, número de hijos y área de residencia

Área de residencia			Numero de hijos				Total %
			1	2	3	4	
			%	%	%	%	
Urbano	Edades	15	1.33	0.33	0	0	1.66
		16	6.98	0.42	0	0	7.39
		17	7.23	0.58	0	0	7.81
		18	9.55	1.83	0.08	0	11.46
		19	10.63	2.33	0.25	0	13.21
	Total	35.71	5.48	0.33	0	41.53	
Rural	Edades	15	3.16	0.17	0	0	3.32
		16	7.72	0.66	0	0	8.39
		17	11.54	1.41	0	0	12.96
		18	13.95	2.49	0.08	0	16.53
		19	12.79	3.74	0.66	0.08	17.28
	Total	49.17	8.47	0.88	0.08	58.60	
Total	Edades	15	4.49	0.50	0	0	4.98
		16	14.70	1.08	0	0	15.78
		17	18.77	1.99	0	0	20.76
		18	23.50	4.32	0.17	0	27.99
		19	23.42	6.06	0.91	0.08	30.48
	Total	84.88	13.95	1.08	0.08	100.00	

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE, ENDESA 2011-12

Grafico 6:

Porcentaje de adolescentes que son madres o que están actualmente embarazadas según edades simples



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE, ENDESA 2011-12

Tabla 8 Honduras: Resumen de adolescentes que son madres o han tenido un embarazo según edades simples

Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas			
Categorías	Casos	Porcentaje	Total
Son madres o han tenido un embarazo	1,204	23.80%	23.8
No son madres o no están embarazadas	3,858	76.20%	76.2
Total	5,062	100.00%	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE, ENDESA 2011-12

- **Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según área de residencia**

La Tabla 9 demuestra que las adolescentes que son madres o que estaban embarazadas para el año de la encuesta se encuentran mayormente en el área rural, con un 13.9%, lo que sugiere que las adolescentes están más expuestas a iniciar su maternidad temprana debido a las condiciones culturales, sociales y económicas que presenta el área rural es decir la falta de acceso a métodos de planificación familiar, la falta de acceso a una educación integral en sexualidad, violencia sexual, incesto y las prácticas machistas que son factores más latentes en el área rural ya que los procesos de educación o los conocimientos en materia de derechos de las mujeres suelen estar centralizados, al igual que la economía, en las áreas urbanas y los procesos de empoderamiento de las mujeres en consecuencia más tardíos en las zonas rurales. Sin embargo, existe un 9.9% de adolescentes residentes en el área urbana lo cual relativamente no representa una diferencia abismal.

La tabla 10 muestra que aparte de que las adolescentes se encuentran mayormente en el área rural con un 58.4% aún si se toma en cuenta el número de hijos siempre es mayor el porcentaje de adolescentes madres en el área rural.

Tabla 9 Honduras: Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según área de residencia

Área de residencia	Adolescentes que son madres o han tenido un embarazo
	%
Urbano	9.9
Rural	13.9
Total	23.8

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE, ENDESA 2011-12

Tabla 10 Honduras: Desglose de adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según área de residencia y número de hijos

Área de residencia	Porcentaje Número de hijos				
	1	2	3	4	Total
Urbano	35.7%	5.6%	0.3%	0%	41.6%
Rural	49.2%	8.4%	0.7%	0.08%	58.4%
Total	84.9%	13.9%	1.1%	0.08%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE, ENDESA 2011-12

- ***Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según nivel de escolaridad y área de residencia***

La tabla 11 muestra una predominancia de adolescentes madres o embarazadas para el año de la encuesta que tenían un nivel educativo de primaria con un total de 58.4%, seguido de adolescentes que tenían un nivel educativo de secundaria con un 39.3%.

Además, la Tabla 12 revela que muchas de las adolescentes con un nivel educativo de primaria o secundaria ya tienen dos hijos, con un 10.5% con nivel educativo de primaria y 2.8% de secundaria. Sin embargo cuando se observa el área rural y urbana en las adolescentes que solo tienen un hijo los niveles escolares son diferentes en relación a quienes representan la mayoría, dado que en el área urbana la mayoría tiene educación secundaria y en el área rural corresponde al nivel de primaria, no obstante cuando se observa a las adolescentes con 2 hijos en ambas áreas la mayoría tienen educación primaria, es decir que el comportamiento reproductivo de tener más hijos prevalece en aquellas adolescentes con nivel educativo de primaria, por otro lado esta dinámica puede ser inversa, es decir, las adolescentes no continúan sus estudios por las limitaciones que implica tener uno o más hijos tales como tiempo disponible, recursos económicos entre otros, sobre todo para las adolescentes del área rural.

Con base en este hallazgo se infiere que el nivel educativo no necesariamente influye en la prevención del embarazo en las adolescentes; de hecho, pareciera decir lo contrario

cuando se observa que tan solo un 2.2% no tiene educación. Sin embargo, este hecho puede estar asociado a la edad que tienen estas adolescentes y por ende la edad escolar en la que se encuentran, lo cual es interesante para efectos de estudios posteriores. Una diferencia

Cabe mencionar que en el contexto hondureño y más específicamente en el sistema educativo no se cuenta con una educación integral de sexualidad, aun con los esfuerzos producto de los compromisos contraídos en cumbres y conferencias internacionales, en el diseño curricular no se cuenta un documento orientador para docentes en temas de educación sexual, lo cual es imprescindible para el empoderamiento de las mujeres desde edades tempranas y en la natural etapa de pubertad que atraviesan las adolescentes en estas edades, en la cual están implicadas categorías como la estimulación, la novedad, el placer, el logro, la comparación social, la competencia y la utilidad económica, todo ello cohesionado al 88 grado de exposición creciente a medida que estas se relacionan con otras personas cuando asisten a los centros educativos. En este sentido medir la relación que hay entre niveles de escolaridad y embarazo adolescente resulta ambiguo ya que existe solamente el escenario en el que no se tiene educación sexual, esto devela el atraso que tiene el contexto hondureño en materia de derechos sexuales y reproductivos.

Tabla 11 Honduras: Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según nivel de escolaridad

Nivel educativo	Porcentaje
Sin educación	2.2
Primaria	58.4
Secundaria	39.3
Superior	0.08
Total	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE, ENDESA 2011-12

Tabla 12 Honduras: Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según nivel de escolaridad, número de hijos y área de residencia

Área de residencia			Número de hijos				Total %
			1	2	3	4	
			%	%	%	%	
Urbano	Nivel educativo más alto	Sin educación	0.5	0.25	0	0	0.7
		Primaria	14.5	3.49	0.25	0	18.3
		Secundaria	20.6	1.74	0	0	22.3
		Superior	0.1	0	0	0	0.1
	Total		35.7	5.48	0.25	0	41.4
Rural	Nivel educativo más alto	Sin educación	1.1	0.42	0	0	1.5
		Primaria	32.3	6.98	0.75	0.08	40.1
		Secundaria	15.9	1.08	0	0	16.9
		Superior	0	0	0	0	0.0
	Total		49.3	8.5	0.75	0.08	58.6
Total	Nivel educativo más alto	Sin educación	1.6	0.7	0	0	2.2
		Primaria	46.8	10.5	1.00	0.08	58.4
		Secundaria	36.5	2.8	0	0	39.3
		Superior	0.2	0	0	0	0.2
	Total		85.0	14.0	1.00	0	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE, ENDESA 2011-12

- **Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según estado civil y área de residencia**

La tabla 13 devela una gran proporción de adolescentes madres o que están embarazadas o que se encontraban viviendo con la pareja para el año de la encuesta, siendo este la mayoría con un total de 68.1%, de las cuales, según la tabla 14, un 11.2% ya tienen dos hijos además, el porcentaje de adolescentes madres o actualmente embarazadas que están separadas o nunca han estado en unión es de 13.7%, de las cuales algunas tienen más de un hijo y un total de 12.7% está separada, lo que si bien no representa la mayoría, son porcentaje muy elevados, por lo que la estabilidad familiar resulta preocupante porque se sabe que la familia es más funcional si existe la presencia de ambos padres cumpliendo sus respectivos roles. Sin embargo, el grado de exposición

o la probabilidad de tener más de un hijo es más alta al permanecer viviendo con la pareja sobre todo en las adolescentes que residen en el área rural con una diferencia de 2.8% en comparación a las del área urbana en aquellas madres con dos hijos. En este sentido la fecundidad está sujeta a los roles de género que están ligados al estado civil de una mujer adolescente en el área rural y por ende su falta de empoderamiento, su participación en la fuerza de trabajo, ya que un embarazo adolescente limita las oportunidades de crecimiento personal, profesional y social.

Tabla 13 Honduras: Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según estado civil

Estado civil	Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas
	%
Nunca ha estado en unión	13.7
Casada	4.3
Viviendo con la pareja	68.1
Viuda	1.2
Divorciada	0
Ya no viven juntos/separada	12.7
Total	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE, ENDESA 2011-12

Tabla 14 Honduras: Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según estado civil, número de hijos y área de residencia

Área de residencia			Número de hijos				Total %
			1	2	3	4	
			%	%	%	%	
Urbano	Estado marital actual	Nunca ha estado en unión	6.2	0.0	0.0	0.0	6.2
		Casada	1.0	0.2	0.0	0.0	1.2
		Viviendo con la pareja	22.7	4.2	0.1	0.0	27.0
		Viuda	0.7	0.2	0.0	0.0	0.8
		Ya no viven juntos/separada	5.1	0.8	0.2	0.0	6.1
	Total		35.7	5.5	0.2	0.0	41.4
Rural	Estado marital actual	Nunca ha estado en unión	7.2	0.2	0.0	0.0	7.5
		Casada	2.5	0.5	0.1	0.0	3.1
		Viviendo con la pareja	33.6	7.0	0.6	0.0	41.1
		Viuda	0.2	0.1	0.0	0.0	0.3
		Ya no viven juntos/separada	5.6	0.7	0.1	0.1	6.6
	Total		49.2	8.6	0.7	0.1	58.6
Total	Estado marital actual	Nunca ha estado en unión	13.5	0.2	0.0	0.0	13.7
		Casada	3.5	0.7	0.1	0.0	4.3
		Viviendo con la pareja	56.2	11.2	0.7	0.0	68.1
		Viuda	0.9	0.2	0.0	0.0	1.2
		Ya no viven juntos/separada	10.8	1.6	0.2	0.1	12.7
	Total		84.9	14.0	1.0	0.1	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE, ENDESA 2011-12

- ***Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según quintil de riqueza y área de residencia***

Si se observa la Tabla 15 detenidamente la relación entre quintil de riqueza de las adolescentes y porcentaje de adolescentes madres o embarazadas actualmente y con más de un hijo, es casi inversamente proporcional; es decir, a menor ingreso, mayor número de adolescentes madres o embarazadas actualmente y con más de un hijo. En tal caso, referido el quintil inferior, es la población de adolescentes madres o con un embarazo actual la que más casos presenta, con excepción del segundo quintil, además de ser la población que tiene mayor número de casos con adolescentes madres que tienen más de un hijo. En este sentido, los recursos de los que disponen las adolescentes son un factor que influye en la fecundidad de estas, lo que podría resumirse en casos en los que no se previno un embarazo por la falta de acceso a métodos de planificación por las condiciones económicas de las adolescentes.

Esto conlleva a suponer que la fecundidad adolescente podría aumentar ya que el contexto hondureño es cada vez más desigual y con índices de pobreza altos.

Por otro lado, la tabla 15 refleja diferencias entre las adolescentes que residen en el área urbana y el área rural, ya que las adolescentes que cuentan con un quintil inferior y con un hijo representan un 0.83% en el área urbana y un 19.35% en el área rural, lo cual sugiere mayor concentración de adolescentes con quintil inferior en el área rural y por ende mayor vulnerabilidad a quedar embarazadas. En este sentido cabe mencionar que la pobreza como un efecto de los estratos socioeconómicos sugiere que en el estrato bajo las adolescentes inicien las relaciones sexuales, se una a compañeros y que sean madres con mucha mayor antelación e intensidad que de las estratos más altos, por otro lado los factores que también determinan el comportamiento reproductivo de las adolescentes del área rural son el conjunto de influencias contextuales y socioeconómicas del hogar, principalmente el contexto familiar y el clima educativo.

La Tabla 16 muestra la proporción de adolescentes madres según quintil de riqueza, esta proporción muestra la relación entre inequidad y fecundidad adolescente, es decir a menor cantidad de ingresos mayor porcentaje de mujeres adolescentes embarazadas

considerando el total de los casos. Sin embargo, esta relación es así solo en el área rural tal y como lo muestra la tabla 15 ya que en el área urbana el porcentaje de adolescentes madres o embarazadas para el año de la encuesta era mayor en la medida que el quintil fuese más alto incluso cuando se observa los porcentajes de adolescentes que tienen dos o tres hijos.

Tabla 15 Honduras: Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según quintil de riqueza y área de residencia

Área de residencia			Número de hijos				Total %
			1	2	3	4	
			%	%	%	%	
Urbano	Índice de riqueza	Quintil inferior	0.83	0.83	0.00		1.66
		Segundo quintil	5.90	1.16	0.00		7.06
		Quintil intermedio	9.80	1.58	0.25		11.63
		Cuarto quintil	11.46	1.74	0.08		13.29
		Quintil superior	7.72	0.25	0.00		7.97
	Total		35.71	5.56	0.33		41.61
Rural	Índice de riqueza	Quintil inferior	19.35	4.15	0.50	0.08	24.09
		Segundo quintil	16.20	2.49	0.25	0.00	18.94
		Quintil intermedio	8.64	1.33	0.08	0.00	10.05
		Cuarto quintil	3.99	0.50	0.00	0.00	4.49
		Quintil superior	1.00	0.08	0.00	0.00	1.08
	Total		49.17	8.55	0.83	0.08	58.64
Total	Índice de riqueza	Quintil inferior	20.18	4.98	0.50	0.08	25.75
		Segundo quintil	22.09	3.65	0.25	0.00	26.00
		Quintil intermedio	18.44	2.91	0.33	0.00	21.68
		Cuarto quintil	15.28	2.24	0.08	0.00	17.61
		Quintil superior	8.72	0.25	0.00	0.00	8.97
	Total		84.72	14.04	1.16	0.08	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE, ENDESA 2011-12

Tabla 16 Honduras: Resumen adolescente que son madres o actualmente embarazadas según quintil de riqueza

Quintil de riqueza	Total
Quintil inferior	25.7%
Segundo quintil	25.9%
Quintil intermedio	21.5%
Cuarto quintil	17.8%
Quintil superior	9.1%
Total	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE, ENDESA 2011-12

- ***Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según ocupación actual y áreas de residencia***

Un gran porcentaje de adolescentes madres o actualmente embarazadas no trabajaba para el año de la encuesta, tanto en el área urbana como en la rural, representando la mayoría en ambos casos, con un 59.5% en el área urbana y un 70% en el área rural. Este fenómeno está sujeto a la falta de oportunidades que presenta el contexto hondureño; además, es evidente la brecha existente entre la zona rural y urbana, ya que en el área rural existen menos oportunidades que en el área urbana.

Honduras para el año de la encuesta atraviesa un periodo de bono demográfico, lo cual sugiere una generación de empleo, acciones en capital humano y nuevas oportunidades para la población juvenil. Sin embargo, las autoridades de gobierno para ese periodo no contemplaron en sus líneas estratégicas de desarrollo, la generación de empleo y otras oportunidades para esta población como lo refleja la tabla 17 con un 65% de adolescentes que no trabajan y que son madres o estaban embarazadas.

La Tabla 17 muestra que, de las adolescentes residentes en el área rural, un 9.9% se dedica a la agricultura por cuenta propia y un 13.6% en el área urbana se dedica a las ventas. Esto es concordante con los niveles de educación que presenta esta población, ya que sólo un 0.9% del total de adolescentes madres o actualmente embarazadas se

ocupan en el campo profesional, técnico y administrativo. Tomando en cuenta lo anterior y al observar Tabla 13, podría inferirse que el sustento de las adolescentes madres o actualmente embarazadas que no trabajaban para el tiempo de la encuesta era debido a ingresos económicos por parte de la pareja o familiares de estas mismas, tomando en cuenta que difícilmente contratarían a una persona embarazada y con bajo nivel educativo.

Tabla 17 Honduras: Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas según ocupación actual y áreas de residencia

Ocupación actual de la informante	Adolescentes que son madres o actualmente embarazadas					
	Tipo de lugar de residencia					
	Urbano		Rural		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
No trabaja	294	59.5%	495	70%	789	65.5%
Profesionales/técnicos/administrativos	8	1.6%	3	.4%	11	0.9%
Oficinista	6	1.2%	1	.1%	7	.6%
Venta	67	13.6%	41	5.8%	108	9.0%
Agrícola - por cuenta propia	7	1.4%	70	9.9%	77	6.1%
Agrícola – empleado	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Actividades domésticas	31	6.3%	41	5.8%	72	6.0%
Servicios	63	12.8%	43	6.1%	106	8.5%
Manuales calificados	0	.0%	3	.4%	3	.3%
Manuales no calificados	14	2.8%	13	1.8%	27	2.1%
Otra	1	.2%	0	0.0%	1	.8%
No sabe	3	.6%	0	0.0%	3	.3%
Total	494	100.0%	710	100.0%	1,204	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE, ENDESA 2011-12

- **Estado marital según nivel educativo de las adolescentes y área de residencia**

La población adolescente que ya está en matrimonio y en unión representa un 22.6%; de estas cuentan primordialmente con educación primaria. Por otro lado las diferencias existentes entre el área urbana y rural, prevalece el área rural en relación a nivel de educación primaria y uniones tempranas. Esta estadística tiene sus encauces, por un lado, en la legislación del contexto hondureño, ya que el matrimonio de adolescentes no era penalizado para los años de encuesta; además, por factores como la religión, el estigma social, el embarazo e intereses económicos, tiende a ser un fenómeno latente en la sociedad hondureña. Por otro lado, el sistema educativo en Honduras no cuenta con una educación sexual y reproductiva integral que oriente a las y los adolescentes en su desarrollo óptimo. En este sentido, podría decirse que las escuelas y colegios no han hecho más que reproducir el sistema en el que la mujer tiene un rol doméstico orientado hacia los quehaceres de la casa, ya que ninguna de ellas en este estado marital llega a tener educación superior. Cabe señalar que un 4.4% de las adolescentes alguna vez estuvo en unión o está separada y ninguna de ellas llega a tener educación superior.

Tabla 18 Honduras: Estado marital según nivel educativo y área de residencia de las adolescentes

Área de residencia			Estado marital actual					Total %
			Nunca ha estado en unión	Casada	Viviendo con la pareja	Viuda	Ya no viven juntos/separada	
			%	%	%	%	%	
Urbano	Nivel educativo más alto	Sin educación	0.12	0	0.12	0.02	0.06	0.32
		Primaria	6.82	0.26	3.65	0.08	1.15	11.95
		Secundaria	32.46	0.41	4.68	0.10	1.01	38.66
		Superior	1.11	0	0	0	0	1.11
	Total	40.54	0.67	8.46	0.20	2.21	52.07	
Rural	Nivel educativo más alto	Sin educación	0.49	0	0.32	0	0.08	0.89
		Primaria	14.44	0.71	8.38	0.06	1.56	25.15
		Secundaria	17.05	0.30	3.79	0.02	0.57	21.73
		Superior	0.20	0	0	0	0	0.20

	Total		32.18	1.01	12.49	0.08	2.21	47.97
Total	Nivel educativo más alto	Sin educación	0.61	0	0.43	0.02	0.14	1.21
		Primaria	21.26	0.97	12.03	0.14	2.71	37.10
		Secundaria	49.55	0.71	8.47	0.12	1.58	60.43
		Superior	1.30	0	0	0	0	1.30
	Total		72.72	1.68	20.94	0.28	4.43	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE, ENDESA 2011-12

A manera de resumen se puede decir que entre las edades simples de 15-19 años no se refleja diferencias significativas todos los casos representó el 24% del total de la muestra considerada en la ENDESA. Entre estas jóvenes el caso más frecuente que se registro es el de tener un hijo esto representó el 84% del total de los casos, un 14% tenía dos hijos, sin embargo, estudios realizados previamente identifican que cuando una mujer inicia su maternidad temprana hay mayor probabilidad de aumentar su número de hijos a lo largo de su vida reproductiva. El embarazo en adolescente es más frecuente en el área rural, predomina el nivel educativo de educación primaria, 58% de los casos se concentran en los primeros tres quintiles de riqueza, es decir entre los más pobres, la mayoría de ellas viven con su pareja en unión libre, 65% de estas jóvenes no trabajan lo que refleja su dependencia económica ya sea del cónyuge o de la familia

Las características sociodemográficas, expuestas en este apartado de la población femenina adolescente que son madres o que estaban embarazadas para los años de la encuesta, develan un contexto hondureño de desigualdad social y de género lo cual implica para las adolescentes una limitante para el desarrollo de su vida en todas las esferas de la sociedad, por otra parte, este contexto de desigualdad social y de género genera en las adolescentes un sometimiento ante los contextos de violencia, abuso y discriminación de parte de sus parejas o de las personas que rodean su entorno social. Es preciso que ante este contexto en el que las oportunidades y una educación sexual integral se vuelve un tema de carácter urgente y de agenda pública. Muestra además la precariedad del desarrollo humano en materia de derechos de las mujeres y equidad de género, ya que esta desde edades tempranas experimenta una coartación en el goce de sus derechos, oportunidades, participación laboral, acceso a educación y su empoderamiento como mujer.

7.2 Determinantes próximos de la fecundidad adolescente hondureña, según el modelo de Bongaarts

- ***Proporción o porcentaje de mujeres adolescentes unidas o casadas según área de residencia***

La tabla 19 muestra que, del total de adolescentes encuestadas, un 22.6% se encontraba casada o viviendo con la pareja, de ese total, un 7.41% de adolescente estaban casadas y un 92.59% de adolescentes viviendo con la pareja. Se intuye que en gran parte de los casos la unión consensuado de los jóvenes se da por el embarazo, sin embargo, la ENDESA no da pistas al respecto. Del total de mujeres adolescentes casas o unidas el mayor porcentaje prevalece en el área rural representada por un 59.49% y un 40.52 en el área urbana.

Cabe resaltar que estas adolescentes entre los 15 y 19 años se encontraban en edad fértil, por lo que este indicador es crucial para calcular la TGFA y el grado de influencia en esta. Por otro lado, este indicador permite comprender por qué Honduras es el segundo país a nivel latinoamericano con las tasas de embarazo adolescente más altas, considerando que un 22.6% de adolescentes en edad fértil ya está viviendo con la pareja o está casada (véase tabla 20), lo cual es de suma preocupación, ya que el desarrollo integral de estas adolescentes se mira afectado bajo estas condiciones. En otras palabras, una mujer que vive con su pareja tiene una vida sexualmente activa y eso la expone a un embarazo sobre todo si la pareja no ha consensuado el uso de métodos anticonceptivos.

Tabla 19 Honduras: Porcentaje de mujeres adolescentes unidas o casadas según área de residencia

Área de Residencia	Casadas		Viviendo con la pareja		Total unidas o casadas	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Urbano	35	3.05	429	37.47	464	40.52
Rural	50	4.36	631	55.12	681	59.48
Total	85	7.41	1,060	92.59	1,145	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE, ENDESA 2011-12

Tabla 20 Honduras: Porcentaje de mujeres adolescentes unidas o casadas

Porcentaje de mujeres adolescentes unidas o casadas							
Casadas		Viviendo con la pareja		Total		Población total de adolescentes	Total
Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
85	1.7%	1,060	20.9%	1,145	22.6%	5,062	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE, ENDESA 2011-12

- **Proporción o porcentaje de mujeres adolescentes que están viviendo en unión y que utilizan métodos anticonceptivos según área de residencia**

La tabla 21 muestra un 44.28% de adolescentes que estaban viviendo en unión que no usaban ningún método anticonceptivo; esto sugiere que el grado de exposición de estas adolescentes es muy latente y las probabilidades de quedar embarazadas son altas. Por otro lado, si se suman los porcentajes de adolescentes unidas que están usando uno u otro método, el porcentaje asciende a un 55.72%; este porcentaje es necesario al

momento de calcular la tasa global de fecundidad adolescente, según Bongaarts, es el que más influye en esta. Por otro lado, también se observa que los métodos que se utilizan con mayor frecuencia tanto para el área rural y urbana son las píldoras, inyecciones, el condón y el retiro (coito interrumpido).

El uso de métodos anticonceptivos hormonales es preocupante ya que tratándose de adolescentes estos métodos tienen que ser controlados por un número determinado de años puesto que dichos métodos contienen altas cargas hormonales y estas afectan el equilibrio hormonal o menstrual de las adolescentes ya que se encuentran en pleno desarrollo de su vida física, psicológica, y social. Como se observa el 26% usan inyecciones y un 15.2% pastillas, haciendo que la carga hormonal pueda traer desequilibrios u otras implicaciones, cabe mencionar que estos métodos son más usados en el área rural.

Tabla 21 Honduras: Porcentaje de mujeres adolescentes que están viviendo en unión y que utilizaban métodos anticonceptivos para los años de la encuesta

Método anticonceptivo actual			Casada	Viviendo con la pareja	Total casos	Total %
No está usando	Tipo de lugar de residencia	Urbano	13	172	185	36.49
		Rural	20	302	322	63.51
	Total		33	474	507	44.28
Píldoras	Tipo de lugar de residencia	Urbano	8	74	82	46.86
		Rural	10	83	93	53.14
	Total		18	157	175	15.28
DIU	Tipo de lugar de residencia	Urbano	0	28	28	71.79
		Rural	1	10	11	28.21
	Total		1	38	39	3.41
Inyecciones	Tipo de lugar de residencia	Urbano	8	105	113	37.92
		Rural	6	179	185	62.08
	Total		14	284	298	26.03
Condón	Tipo de lugar de residencia	Urbano	1	27	28	53.85
		Rural	6	18	24	46.15
	Total		7	45	52	4.54
Esterilización femenina	Tipo de lugar de residencia	Urbano	0	2	2	66.67
		Rural	1	0	1	33.33
	Total		1	2	3	0.3
Abstinencia periódica	Tipo de lugar de residencia	Urbano	1	2	3	23.08
		Rural	3	7	10	76.92
	Total		4	9	13	1.14
Retiro	Tipo de lugar de residencia	Urbano	2	18	20	35.09
		Rural	2	35	37	64.91
	Total		4	53	57	4.98
Otro	Tipo de lugar de residencia	Urbano		0	0	0
		Rural		0	0	0
	Total			0	0	0
Días fijos (Collar)	Tipo de lugar de residencia	Rural	1		1	0
	Total		1		1	0.09
Total	Tipo de lugar de residencia	Urbano	34	428	462	40.35
		Rural	52	631	683	59.65
	Total		87	1058	1145	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE, ENDESA 2011-12

- ***Proporción o porcentaje de aborto inducido en adolescente que ya son madres o han tenido un embarazo***

En Honduras es bastante difícil acceder a información sobre los abortos realizados, pues el aborto se encuentra penalizado, por lo cual sólo se pueden realizar aproximaciones acerca de aborto inducido.

Por dicho motivo, en nuestro país, este indicador es considerado igual a 1, asumiendo que no existe el aborto inducido en mujeres en edad fértil; en otros países, donde sí hay registros de abortos, Ca será 1 si ninguna mujer aborta voluntariamente y 0 si todos los embarazos fueron abortados (Flores, 2000, pág. 6).

- ***Duración mediana de la lactancia materna exclusiva y de la lactancia materna predominante entre los niños viviendo con la madre nacidos en los tres años anteriores a la encuesta, Honduras 2011-2012***

El tiempo promedio de la lactancia total para el periodo 2011-2012 en niños menores de 3 años es de 17.0 meses para el área urbana, mientras que para la rural es de 20.5 meses. (Véase tabla 22) En el caso de la lactancia exclusiva, se observa que las madres en el área rural brindan mayor tiempo de lactancia exclusiva (lactancia vía pecho) que las madres del área urbana debido a que un gran porcentaje de mujeres empieza a trabajar nuevamente pocos meses después de haber tenido un hijo, a diferencia del área rural donde la gran mayoría de madres se dedica exclusivamente al cuidado y trabajo en su hogar.

Tabla 22 Honduras: Duración mediana de la lactancia materna exclusiva y de la lactancia materna

Duración mediana de la lactancia materna exclusiva y de la lactancia materna predominante entre los niños viviendo con la madre nacidos en los tres años anteriores a la encuesta, Honduras 2011-2012			
Características	Lactancia materna total	Lactancia materna exclusiva (sólo pecho)	Lactancia materna predominante
Sexo hijo/hija			
Hombre	18.2	0.6	1.0
Mujer	19.9	0.7	1.7
Residencia			
Urbana	17.0	0.6	0.6
Rural	20.5	1.0	3.1
Promedio para el total (2011-2012)	18.7	2.5	3.5

Fuente: ENDESA (2011-2012)

Las características de los determinantes próximos de la fecundidad adolescente hondureña que anteriormente se exponen, permiten valorar cuál de todos ellos es el que más influye en la fecundidad adolescente.

7.3 Determinante próximo de la fecundidad que más influye en la fecundidad adolescente hondureña

Estudio de las variables intermedias

Con el modelo de Bongaarts ya presentado, se explica el comportamiento de la fecundidad adolescente a partir de los indicadores de sus variables intermedias, presentados en la ENDESA del año 2011-2012 para desarrollar el presente estudio y determinar cuál es el determinante próximo que más influye en la fecundidad adolescente hondureña.

- **Nupcialidad**

La influencia que presenta la nupcialidad en la fecundidad adolescente se mide con la proporción de mujeres en edad fértil, que se encuentran casadas o unidas.

Desarrollando el Índice de proporción de mujeres unidas (**Cm**) a partir de los datos de la tabla 23, para el periodo 2011-2012 hay una proporción de **0.226**, es decir que el **22.6%** de mujeres adolescentes en el año 2011-2012 se encontraba unida.

Tabla 23 Honduras: Total de mujeres adolescentes encuestadas y mujeres adolescentes unidas, ENDESA 2011-2012

Grupos de edad	ENDESA 2011-2012	
	Mujeres unidas	Total de mujeres
15-19	1,145 (22.6%)	5,062

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE, ENDESA 2011-12

- **Anticoncepción**

La proporción de mujeres adolescentes unidas que usan métodos anticonceptivos para el tiempo de la encuesta es de 55.7%, tal como se presenta en la tabla 24. Si se toma en cuenta la proporción de mujeres unidas menos la proporción de aquellas que no métodos anticonceptivos.

En relación con la efectividad de los métodos anticonceptivos, se considera el porcentaje de efectividad del 93.00% como la media ponderante del uso de los métodos anticonceptivos más utilizados (píldoras, inyecciones y condón), como lo señala el (cuadro de efectividad de los métodos anticonceptivos según la OMS ver pág. 70), por la población adolescente que ya está viviendo en unión.

$$C_c = 1 - (1.08 * 0.557 * 0.93) = \mathbf{0.4405}$$

De esta manera tenemos que el valor de nuestro índice de anticoncepción es de 0.4405.

Tabla 24 Honduras: Porcentaje de mujeres adolescentes que están viviendo en unión y que utilizan métodos anticonceptivos

Método anticonceptivo actual	Casos	%
No está usando	507	44.3
Píldoras	175	15.3
DIU	39	3.4
Inyecciones	298	26.0
Diafragma	0	0.0
Condón	52	4.5
Esterilización femenina	3	0.3
Esterilización masculina	0	0.0
Abstinencia periódica	13	1.1
Retiro	57	5.0
Otro	0	0.0
Implantes	0	0.0
Amenorrea por lactancia	0	0.0
Condón femenino	0	0.0
Días fijos	1	0.1
Espuma- gel	0	0.0
Anticonceptivo de emergencia	0	0.0
Otro método moderno	0	0.0
Método específico 2	0	0.0
Método específico 3	0	0.0
Total están Usando algún MA	638	55.7
Total	1145	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE, ENDESA 2011-12

Tabla 25 Honduras: Resumen de uso actual según tipo de método * estado marital * adolescentes

Grupos de edad	ENDESA 2011-2012	
	Mujeres unidas que usan métodos (%)	Total de mujeres unidas
15-19	55.7	1,145

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE, ENDESA 2011-12

- **Prevalencia del aborto inducido**

Como ya ha sido sustentando en las definiciones anteriores sobre los indicadores, asumiremos el valor de 1 para el índice de aborto inducido, lo cual sugiere que ninguna mujer aborta voluntariamente.

- **Infecundabilidad posparto**

La infecundabilidad posparto se encuentra netamente ligada a la influencia que presenta la lactancia en la disminución de la fecundidad hasta que restablezca la ovulación normal y la menstruación. El tiempo de infecundabilidad se estima con base en el tiempo medio de la lactancia.

Según la tabla 26, el tiempo promedio de la lactancia total para el periodo 2011-2012 en niños menores de tres años es de 17.0 meses para el área urbana, mientras que para la rural es de 20.5 meses. En el caso de la lactancia exclusiva, observamos que las madres en el área rural brindan mayor tiempo de lactancia exclusiva (lactancia vía pecho) que las madres del área urbana debido a que, en el área rural, un gran porcentaje de mujeres empieza a trabajar nuevamente pocos meses después de haber tenido un hijo, a diferencia del área urbana donde la gran mayoría de madres se dedica exclusivamente al cuidado y trabajo en su hogar.

Para hallar el índice de infecundabilidad posparto es necesario primeramente conocer la duración mediana de la lactancia exclusiva, que para el periodo 2011-2012 es de 2.5 meses, tal como se aprecia en la tabla N°26. Esto nos servirá para encontrar el valor de i en la fórmula.

$$i = 1,753 \times e^{(0,1396 \times L - 0,001872 \times L^2)}$$

$$i = 2.453$$

Reemplazando 2.5 meses en L, tenemos que el valor de i será igual a 2.453 meses de duración y, por último, reemplazando este valor en la fórmula de Ci, tendríamos:

$$C_i = (20) / (18.5 + 2.453) = 0.9545$$

Tabla 26 Honduras: Duración mediana de la lactancia materna

Duración mediana de la lactancia materna exclusiva y de la lactancia materna predominante entre los niños viviendo con la madre nacidos en los tres años anteriores a la encuesta, Honduras 2011-2012			
Características	Lactancia materna total	Lactancia materna exclusiva (sólo pecho)	Lactancia materna predominante
Sexo			
Hombre	18.2	0.6	1.0
Mujer	19.9	0.7	1.7
Residencia			
Urbana	17.0	0.6	0.6
Rural	20.5	1.0	3.1
Promedio para el total (2011-2012)	18.7	2.5	3.5

Fuente: Datos del INE, ENDESA 2011-12

- **Tasa global de fecundidad adolescente**

Construcción del modelo

Luego de desarrollar cada uno de los indicadores relacionados con las variables intermedias de la fecundidad, se lleva a cabo la elaboración del modelo de Bongaarts.

Se introduce como dato una estimación sobre la tasa de fecundidad natural que valora en 15.3 nacimientos por mujer.

Tabla 27 Honduras: Resumen de datos

Resumen de datos	2011-2012
Índice de proporción de mujeres unidas Cm	0.226
Índice de anticoncepción Cc	0.4405
Índice de aborto inducido Ca	1
Índice de infertilidad posparto Ci	0.9545
Tasa de fecundidad total	15.3

Por lo que, reemplazando en la fórmula planteada por Bongaarts en su modelo, tenemos:

$$TGFA = 15.3 * 0.226 * 0.4405 * 1 * 0.9545$$

$$TGFA = 1.45$$

- **Comparación TGFA, método de Bongaarts y ENDESA 2011-2012**

En Honduras ocurren en promedio, por cada mil mujeres adolescentes, 1.45 nacimientos, considerando un periodo de tres años. Es decir, 0.48 hijos anualmente en promedio por cada mil mujeres. Se considera este periodo, ya que fue el seleccionado por la ENDESA para calcular las tasas específicas de fecundidad, incluida la tasa específica de adolescentes entre los 15 y 19 años y los datos con los cuales se desarrolló el modelo de Bongaarts en este estudio.

Por lo que al comparar la tasa global de fecundidad adolescente con el modelo de Bongaarts y el cálculo de la tasa global de fecundidad de la ENDESA, considerando únicamente la tasa específica de fecundidad en el grupo de edad de 15 y 19 años, encontramos valores casi iguales, con un 0.50 como resultado de la división de la tasa específica de fecundidad 101 entre mil por cinco en la ENDESA y un 0.48 con el modelo de Bongaarts, el cual de este modo presenta validez.

Para el caso de la tasa global de fecundidad adolescente por áreas de residencia (urbana rural) el modelo de Bongaarts no es aplicable para determinar las tasas globales en dichas áreas ya que, en este se establecen valores para estudios de naturaleza global y al desarrollar la ecuación se obtienen valores no congruentes con los datos de la ENDESA 2011-2012.

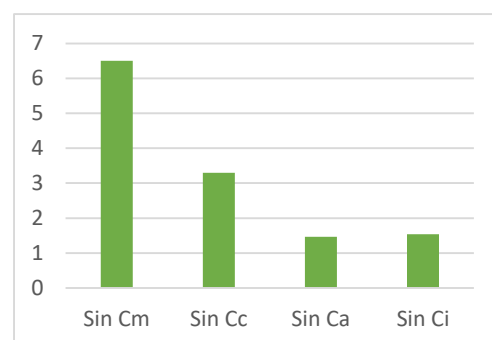
- **Influencia de las variables intermedias**

Para analizar el grado de influencia de las variables intermedias sobre la fecundidad, hallaremos nuevamente la TGFA, según el método de Bongaarts, cuatro veces, obviando, cada vez, cada uno de los índices en el desarrollo de la fórmula, para ver qué tanto varía la TGFA.

Tabla 28 Honduras: Influencia de variables intermedias

TGFA	Nueva TGFA	Variación respecto a TGFA Bongaarts
Sin Cm	6.5011	+5.0411
Sin Cc	3.2987	+1.8387
Sin Ca	1.469	+0.009
Sin Ci	1.540	+0.08

Grafico 7: Influencias de variables intermedias



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE, ENDESA 2011-12

Observando la tabla N° 27, podemos ver que la variable con mayor grado de influencia, aplicando el método de Bongaarts, es la proporción de mujeres unidas, ya que, excluyendo esta variable del estudio de la fecundidad, la TGFA (tasa global de fecundidad adolescente) varía considerablemente, llegando a tener un valor de 6.50, es decir 6.50 hijos por adolescente, con una variación en la TGFA original de 5.04 hijos más.

La variable con segunda mayor influencia en la fecundidad para el periodo 2011-2012, según el método de Bongaarts, es el uso de métodos anticonceptivos, con un valor de 3.298.

La infecundidad posparto o por lactancia también influye en la fecundidad, pero con menor grado en comparación con el uso de métodos anticonceptivos o la proporción de mujeres unidas. La variación que sufre la TGFA, sin considerarla para el desarrollo del método de Bongaarts, es de +0.08, siendo la nueva TGFA igual a 1.5 hijos por mujer adolescente para el periodo 2011-2012.

En el caso del aborto inducido, no presenta mucha influencia en el estudio de la fecundidad, puesto que no se tienen datos exactos para su estudio, por lo que la TGF, sin su consideración, no varía mucho, sumando sólo 0.009 hijos.

8 Comprobación De Hipótesis

H1 La fecundidad de las adolescentes está influenciada no sólo por las variables propuestas por Bongaarts, sino también por condiciones socioeconómicas y el nivel de educación.

Esta hipótesis se aprueba ya que, cuando se trata de fecundidad adolescente en el contexto hondureño, existen condiciones socioeconómicas que también influyen, como el quintil de riqueza y el nivel educativo, tal como se evidencia en las tablas 11 y 12 las cuales muestran, no solo mayor porcentaje de adolescentes embarazadas o que ya son madres en aquellas con un bajo nivel de escolaridad, si no también son quienes tienen más de un hijo.

A esto suma la falta de oportunidades y el acceso a métodos de planificación reflejado tanto en la ausencia de una educación sexual integral y en el quintil de riqueza de las adolescentes como lo muestran las tablas 15 y 16, siendo esta una relación casi inversamente proporcional; es decir, a menor cantidad de ingresos, mayor porcentaje de adolescentes embarazadas o que ya son madres y mayor número de hijos.

H2 El uso de métodos anticonceptivos es el determinante próximo que más afecta a la fecundidad adolescente hondureña, según el modelo de Bongaarts.

Esta hipótesis no se aprueba ya que la variable con mayor grado de influencia, aplicando el método de Bongaarts, es la proporción de mujeres unidas, como se evidencia en la tabla N°27 y el grafico N°7, ya que, excluyendo esta variable del estudio de la fecundidad, la TGFA (tasa global de fecundidad adolescente) varía considerablemente, llegando a tener un valor de 6.50, es decir, 6.50 hijos por adolescente, con una variación en la TGFA original de 5.04 hijos más.

H3 El matrimonio o uniones tempranas es mayor en las adolescentes con bajo nivel de educación.

Esta hipótesis se aprueba el matrimonio o unión temprana de las adolescentes tiene mayor incidencia en aquellas con bajo nivel educativo, como se observa en la tabla N° 18, asociado a la legislación antes del año 2017 que no penalizaba las uniones en edades tempranas si se tiene el consentimiento de los padres y por la ausencia de una educación sexual integral contemplada en la currícula del sistema educativo.

9 Conclusiones

En este estudio se encontró que la fecundidad adolescente es un fenómeno derivado de condiciones como la nupcialidad temprana o adolescente entre los 15 y 19 años, además adolescentes en unión que no utilizan métodos de planificación familiar.

Las adolescentes madres o actualmente embarazadas en su mayoría no trabajan. Por otro lado, la falta de oportunidades se visibiliza según el área de residencia, ya que la cantidad de adolescentes madres o actualmente embarazadas se concentra mayormente en el área rural. En este sentido, es lógico que Honduras sea el segundo país latinoamericano con la tasa de fecundidad adolescente más alta y con altas prácticas de desigualdad de género.

La fecundidad adolescente, estrictamente hablando, está determinada por las cuatro variables propuestas por Bongaarts. La variable con mayor grado de influencia, aplicando el método de Bongaarts, es la proporción de mujeres unidas, ya que, excluyendo esta variable del estudio de la fecundidad, la TGFA (tasa global de fecundidad adolescente) varía considerablemente.

La segunda variable con mayor influencia en la fecundidad para el periodo 2011-2012, según el método de Bongaarts, es el uso de métodos anticonceptivos. La infecundidad posparto o por lactancia también influye en la fecundidad, pero con menor grado en comparación con el uso de métodos anticonceptivos o la proporción de mujeres unidas;

En el caso del aborto inducido, no presenta mucha influencia en el estudio de la fecundidad, puesto que no se tienen datos exactos para su estudio, por lo que la TGF, sin su consideración, no varía mucho.

En el contexto hondureño, el uso de métodos anticonceptivos no es el determinante próximo que más afecta a la fecundidad adolescente, como se consideraba

hipotéticamente en este estudio; con excepción de este, la nupcialidad es el determinante próximo que más influye en la fecundidad adolescente.

La tasa global de fecundidad adolescente en el contexto hondureño es de 1.46 hijos, lo cual significa que en Honduras ocurre en promedio, por cada mil mujeres adolescentes, 1.46 nacimientos en un periodo de tres años.

10 Bibliografía

- Adolescencia, C. R. (2013). Prevención del embarazo en la adolescencia. *Pediatría Atención Primaria*, vol. XV., 262.
- Arango, A. S. (2003). *Niveles y determinantes regionales y subregionales de la fecundidad adolescente en Colombia*. Trabajos de grado del CIDER n. 7.
- Ávila, E. O. (2006). *Factores Demográficos y Socioeconómicos de la Fecundidad Adolescente en México, 2000*.
- Ávila, E. O. (2006). *Factores Demográficos y Socioeconómicos de la Fecundidad Adolescente en México, 2000*. San José: Ciudad Universitaria Rodrigo Facio.
- Ávila, G. A. (2011). Revista. *Médica Hondureña*, 68.
- Bay, G. (2003). *La fecundidad en america latina: ¿Transicion o Revolucion?* Santiago : Naciones Unidas.
- Bureau, P. R. (2013). Los Jovenes en el Mundo. *El Cuadro de datos de los jóvenes en el mundo*, 14.
- Busso, G. (2005). *POBREZA, EXCLUSIÓN Y VULNERABILIDAD SOCIAL*.
- Calva, L. F. (12 de Diciembre de 2013). *ALC: Pobreza, baja educación y falta de oportunidades aumentan riesgo de embarazo en adolescentes*. Obtenido de ALC: Pobreza, baja educación y falta de oportunidades aumentan riesgo de embarazo en adolescentes: <http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2013/12/12/lac-poverty-education-teenage-pregnancy>
- Castillo, M. (2007). *Fecundidad adolescente en Nicaragua: tendencias, rasgos emergentes y orientaciones de política*. Santiago de Chile: CEPAL - SERIE Población y desarrollo.
- CELADE/CEPAL. (2003). *La Fecundidad en America Latina: ¿Transición o Revolución?*. Santiago de Chile.
- CEPAL/CELADE. (1993). *La Transición Demografica en America Latina*.
- CEPAL/UNICEF. (2007). *Maternidad Adolescente en America Latina y el Caribe, Tendencias, problemas y desafios. Boletin de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio*, 5-9.
- Chesnais, J.-C. (1986). *La transition démographique: étapes, formes, implications économiques*.
- Chiarotti, N. (2009). *Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer, Mexico 1975. Instituto de Estudios Juridico Sociales de la Mujer*, 1.
- Cosío, M. E. (1992). *Los Antecedentes de la Transición Demografica en Mexico*. En *Demografía histórica II* (págs. 103-128).
- Cosío, M. E. (s.f.). *Los Antecedentes de la Transicion*.
- Departamento de Estadística e Investigación Operativa, U. d. (s.f.). *La Transición demografica. (2011-2012). ENDESA*.
- ENDESA. (2011-2012). 81-82.
- Flores, J. B. (2000). *Estudio e influencia de las variables intermedia sobre la fecundidad en el Perú: 2000*. Escuela Académica Profesional de Estadística – FCM - UNMSM.
- Flores, J. B. (2000). *ESTUDIO E INFLUENCIA DE LAS VARIABLES INTERMEDIAS SOBRE LA FECUNDIDAD EN EL PERÚ: 2000*. Escuela Académica Profesional de Estadística, 5.
- Fonseca, M. A. (s.f.). *LA TRANSICION DEMOGRÁFICA EN HONDURAS*. Tegucigalpa: FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS.

- Gómez, E. G. (1980). *Trabajo Femenino y Fecundidad/Antecedentes de Investigación y Perspectivas Teóricas* .
- Guatemala, I. N. (2013). *Resumen ejecutivo del compendio estadístico sobre la situación de niñas adolescentes en Guatemala*. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Guiomar, B. (2003). Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países Latinoamericanos. Santiago de Chile: CELADE.
- Hakkert, R. (2007). *UN ANÁLISIS DEL EFECTO DE LA FECUNDIDAD NO DESEADA SOBRE LA POBREZA A NIVEL DE LOS DEPARTAMENTOS Y ZONAS DE RESIDENCIA DE HONDURAS 2006* . Brasilia DF: UNFPA.
- Kirk, D. (1996). *The demographic transition, Population Investigation Committee, Vol. 50, N.3*.
- Medina, M. (2005). Trayectoria de paradigmas que explican la Fecundidad. *Desarrollo y Sociedad*, 81-83.
- Mendoza, M. V. (2009). factores sociodemográficos asociados con el embarazo en la adolescencia, en los departamentos de Copán, Lempira y Ocotepeque, para el año 2001. *Argonautas y Caminantes*, 54.
- Mendoza, M. V. (2009). Factores sociodemográficos asociados con el embarazo en la adolescencia, en los departamentos de Copán, Lempira y Ocotepeque, para el año 2001. *Mendoza, M. V. (2009). factores sociodemográficos asociados con el embarazo en la adolescencia Argonautas y Caminantes*, 53.
- Momtaz, D. (2009). *LA PROCLAMACIÓN DE TEHERÁN*. Teherán: United Nations Audiovisual Library of International Law.
- Moreno, E. E. (2006). *“DETERMINANTES PRÓXIMOS DE LA FECUNDIDAD EN HAITÍ (1995-2000)”*. Mexico.
- OPS, M. M. (1995). La salud adolescente y del joven. Washington D. C., E.U.A: OPS.
- (2015). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*.
- Republica.net, L. (19 de Febrero de 2018). Embarazo adolescente en Centroamérica es mayor al promedio mundial. *Embarazo adolescente en Centroamérica es mayor al promedio mundial*, pág. 1.
- Roustan, J. A. (1995). Bongaarts: un modelo de fecundidad y su aplicación en España. *Boletín de la asociación de demografía histórica*, XIII, 3, 1995, 86.
- Salvador, M. d. (2014). *“Situación de la Niñez y Adolescencia en El Salvador 2014*. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Sistema de Estadísticas Sociodemográficas /Área de educación . (s.f.).
- Social, F. N. (Octubre 2016). *CAUSAS Y CONSECUENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN NICARAGUA* . FUNIDES.
- Valdés. (2000). *“Población reto del tercer milenio: Curso interactivo introductorio a la demografía”*. Mexico D.F.
- Vignoli, J. R. (2003). La Fecundidad alta en el Istmo Centroamericano: Un Riesgo en Transición. Costa Rica.
- Vignoli, J. R. (2012). *Reproducción Temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos* . Naciones Unidas .
- Zelaya, M. (2014). Condiciones de vida familiar y conductas reproductivas:.. *Demomujer*, 27-28.