

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ECONOMIA**

Disertación previa para la obtención del título de Economista

***Determinantes que inciden en la fecundidad de las mujeres
adolescentes, análisis demográfico en el área urbana y
rural del Ecuador, utilizando Ensanut (2012).***

Daniela Nataly Cadena Mosquera

natalycadena92@hotmail.es

María Crithina Llerena Pinto, Mtr.

cllerena@economica.com.ec

Quito, Junio de 2016

Resumen

La fecundidad adolescente en el Ecuador ha incrementado durante los últimos años. Los patrones de inicio de la actividad sexual, uso de anticonceptivos modernos; y, por ende, los niveles de embarazo adolescente difieren entre las áreas de residencia, considerando el área urbana y rural. Además, el crecimiento socioeconómico no ha sido homogéneo durante la transición demográfica vivida en el Ecuador, lo que no ha permitido que este proceso y las medidas de control estén al alcance de toda la población y todos los grupos etarios. En este contexto, esta disertación estimó los determinantes próximos e intermedios más relevantes que incrementan o disminuyen los niveles de la fecundidad adolescente en el Ecuador según el área de residencia, a través de la información de la Encuesta de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012); y, un modelo estadístico-econométrico, de "Probit con sesgo de selección" (Heckprobit). Con estos resultados, la investigación llegó a la conclusión de que la incidencia de los determinantes en la fecundidad adolescente en el Ecuador no es homogénea entre el área urbana y rural. Pues en el área urbana los determinantes principales son: la edad de la primera relación sexual, la tipología del hogar y el nivel socioeconómico. Al contrario, en el área rural son: el uso de anticonceptivos modernos, la educación sexual recibida en la escuela o el colegio y los años de escolaridad. Bajo este contexto, los resultados encontrados podrán ser de ayuda para generar política pública focalizada en las diferentes áreas de residencia de las jóvenes ecuatorianas.

Palabras clave: Transición, Próximos, Intermedios, Fecundidad, Heckman.

Abstract

Teenage fertility has been rising in recent years, which is related to an earlier and faster onset of sexual activity and use of modern contraceptive. This trend leads to a rising of maternity among single teenagers, with high differences between areas of residence considering the urban and rural areas. In addition, socio-economic growth has not been uniform during the demographic transition experienced in Ecuador, which has not allowed this process and control measures are available to the entire population and all age groups. In this context, this dissertation considered the most important proximate and intermediate determinants that increase or decrease the levels of adolescent fertility in Ecuador by area of residence, through information from the Survey of Health and Nutrition (ENSANUT, 2012); and econometric model of "Probit model with sample selection" (Heckprobit). With these results, the research concluded that the incidence of adolescent fertility determinants in Ecuador is not homogeneous between urban and rural areas. In the urban area the main determinants of fertility are: the age of entry into sexual unions, the patterns of family functioning and socioeconomic status. On the other hand, in rural areas they are: the use of modern contraceptives, sex education received at school or college and years of schooling. In this context, the results may be helpful to generate public politics focused on different areas of residence of adolescents.

Key Words: Transition, Proximate, Intermediate, Fertility, Heckman

Al autor de la vida, el conocimiento, la ciencia y sabiduría, Dios

A mis padres, por su amor, amistad y apoyo incondicional

A mi abuelita, por su respaldo en oración y palabras de ánimo recibidas

Determinantes que inciden en la fecundidad de mujeres adolescentes análisis demográfico en el área urbana y rural del Ecuador, utilizando Ensanut (2012).

Resumen.....	2
Índice de Gráficos	5
Índice de Tablas	6
Índice de Figuras.....	6
Índice de Anexos.....	7
Introducción	8
Metodología del trabajo	11
Preguntas de la investigación.....	11
Objetivos de la investigación	11
Tipo de investigación.....	12
Fundamentación Teórica.....	13
La Teoría de la Transición Demográfica.....	13
<i>Transición Demográfica en contextos poblacionales distintos.....</i>	<i>14</i>
1.Reducción de la mortalidad	14
a.Europa.....	14
b.América Latina y el Caribe.....	15
2.Limitación de matrimonios, uniones y nacimientos	16
a.Europa.....	16
b.América Latina.....	17
3.Crecimiento económico.....	18
a.Europa.....	18
b.América Latina.....	18
Generalidades económicas de la fecundidad	19
Teoría clásica	19
La Teoría de la demanda de la fecundidad.....	21
Reflexiones críticas sobre la teoría demográfica y la Teoría económica de la fecundidad	27
La importancia de la vinculación de la teoría económica de la fecundidad con factores sociales y culturales.....	30
La fecundidad adolescente	32
Adolescencia y Fecundidad.....	32
Fecundidad adolescente en el contexto Demográfico	35
Zona de residencia y desigualdades en la fecundidad adolescente	37
Consecuencias de la fecundidad adolescente.....	40
Teoría de los Determinantes de la Fecundidad.....	43
<i>Determinantes de la Fecundidad adolescente en sociedades subdesarrolladas.....</i>	<i>46</i>
<i>Determinantes próximos.....</i>	<i>46</i>
1.Inicio de relaciones sexuales.....	46
2.Nupcialidad	47
Tipo de Unión.....	48
Fecundidad marital.....	48
Edad (primera unión-matrimonio y primera relación sexual).....	49
Mujeres solteras (sexualmente activas y embarazo prematrimonial).....	49

3. Uso de métodos anticonceptivos.....	50
<i>Tipos de Métodos de métodos anticonceptivos:</i>	51
<i>a. Métodos Anticonceptivos Tradicionales</i>	51
<i>b. Métodos Anticonceptivos Modernos</i>	52
<i>Determinantes intermedios de la fecundidad adolescente</i>	52
1. Factores Globales.....	53
2. Factores socioeconómicos, sociales y culturales.....	54
Contexto demográfico e incidencia de los determinantes de la fecundidad adolescente en América latina y el Caribe.....	62
<i>Transición Demográfica en América Latina</i>	64
<i>Determinantes principales de la Fecundidad en América Latina y el Caribe</i>	68
<i>Determinantes Próximos</i>	69
<i>Determinantes intermedios</i>	71
CAPITULO I. Contexto Demográfico en el Ecuador.....	73
<i>Transición Demográfica en Ecuador</i>	73
<i>Situación de la fecundidad adolescente en Ecuador</i>	77
<i>Educación Sexual en Ecuador</i>	78
<i>Fuente de datos</i>	82
CAPITULO II. Análisis descriptivo de los determinantes próximos e intermedios de la fecundidad adolescente en Ecuador, según área de residencia (ENSANUT, 2012).....	92
CAPITULO III. Estimación de los determinantes próximos e intermedios que inciden en la fecundidad adolescente en las áreas urbanas y rurales del Ecuador.....	111
<i>Metodología</i>	111
<i>Resultados del modelo Heckprobit</i>	114
<i>Resultados del modelo Heckprobit para el área urbana</i>	114
<i>Resultados del modelo Heckprobit para el área rural</i>	119
Conclusiones.....	124
Recomendaciones.....	129
Referencias Bibliográficas.....	132

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Hijos como bien normal.....	23
Gráfico 2. Interacción entre calidad y cantidad de hijos.....	24
Gráfico 3. Etapas de la Transición Demográfica.....	66
Gráfico 4. Porcentaje de nacimientos de madres adolescentes en Ecuador, según área de residencia de la madre.....	79
Gráfico 5. Porcentaje de mujeres adolescentes que conocen y han utilizado algún método anticonceptivo, según el área de residencia.....	81
Gráfico 6. Adolescentes que han estado embarazadas según área de residencia.....	94
Gráfico 7. Adolescentes que han iniciado su vida sexual según área de residencia.....	95
Gráfico 8. Edad de la primera relación sexual según área de residencia.....	96
Gráfico 9: Aceptación de relaciones sexuales prematrimoniales según área de residencia.....	97
Gráfico 10. Adolescentes que recibieron educación sexual completa en la escuela o colegio, según área de residencia.....	98

Gráfico 11. Adolescentes que utilizaron métodos anticonceptivos modernos en su primera relación sexual, según área de residencia.	99
Gráfico 12. Estado civil de las adolescentes al momento del primer embarazo, según área de residencia.	100
Gráfico 13. Tipología de hogar de las adolescentes antes del primer embarazo, según área de residencia.	101
Gráfico 14. Adolescentes migrantes internas antes del primer embarazo, según área de residencia.	102
Gráfico 15. Incidencia del embarazo adolescente en las auto-identificaciones étnicas del Ecuador, según área de residencia.	103
Gráfico 16. Auto-identificación étnica de las adolescentes durante su primer embarazo, según área de residencia.	104
Gráfico 17. Incidencia del embarazo adolescente en las regiones del Ecuador, según área de residencia.	105
Gráfico 18. Región y área de residencia de las adolescentes durante su primer embarazo.	106
Gráfico 19. Incidencia del embarazo adolescente en los quintiles económicos, según área de residencia.	107
Gráfico 20. Quintil económico de las adolescentes durante su primer embarazo, según área de residencia.	108
Gráfico 21. Promedio de los años de escolaridad de las adolescentes durante su primer embarazo, según área de residencia.	109

Índice de Tablas

Tabla 1. Estadísticas descriptivas de variables cuantitativas y cualitativas.	92
Tabla 2. Resultado del modelo Heckprobit para el área urbana.	115
Tabla 3. Resultados del modelo Heckprobit para el área rural.	119

Índice de Figuras

Figura 1. Marco conceptual sobre los determinantes de la fecundidad adolescente.	44
Figura 2. Etapas de la Transición Demográfica en América Latina y el Caribe.	67
Figura 3. Componentes de la ENSANUT (2012).	84
Figura 4. Definición de variables utilizadas.	88

Índice de Anexos

Anexo 1. Tasa de fecundidad adolescente por regiones del mundo (1997-2010).	140
Anexo 2. Pirámide poblacional en América del Sur. Años 2010-2030.	141
Anexo 3. Resultados del modelo heckprobit para el área urbana.	142
Anexo 4. Resultados del modelo Heckprobit para el área rural.	146

Introducción

En 1855 Achille Guillard¹ definió a la Demografía como la agrupación de conocimientos referentes a la población humana. La demografía centra su análisis en una población específica con características geográficas, culturales, sociales y económicas determinadas. Durante años los países han experimentado transformaciones demográficas que generan cambios en el comportamiento poblacional.

Para explicar y evaluar los cambios poblacionales en un país determinado, la fecundidad y la natalidad son variables utilizadas por la Demografía. El Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE, 1970) define a la fecundidad como la capacidad de una sociedad para reproducirse en un momento dado y a la natalidad, como el número de nacimientos por mujer (Arce, Rodríguez, y Garavito, 2012).

En 1982, Bongaarts descubrió cómo la fecundidad se ve afectada por otras variables que incrementan o disminuyen sus niveles. En 1985, Farooq y Simmons definen a las variables, mencionadas por Bongaarts, como los determinantes de la fecundidad. Simultáneamente, Davis y Blake (1956) dividieron a los determinantes de la fecundidad en dos grupos. En el primero, se encuentran los determinantes próximos como la edad de la primera relación sexual, y el uso de anticonceptivos. En el segundo, los determinantes intermedios, de los que se destacan la educación y el uso de anticonceptivos (Salazar, 2003).

Ahora bien, la transición demográfica que han experimentado los países desarrollados ha permitido que los niveles de la fecundidad disminuyan. Mientras que, los países en desarrollo se encuentran aún en las primeras fases de la transición demográfica, por lo que los niveles de la fecundidad general han disminuido paulatinamente. No obstante, la fecundidad de mujeres adolescentes se incrementa, o disminuye a un menor ritmo que la fecundidad de mujeres adultas (Gonzales, 2000). En efecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) demuestra que en el mundo el 11% de los nacimientos son de madres adolescentes, de estos el 95% pertenecen a adolescentes que residen en países subdesarrollados.

La fecundidad adolescente es un fenómeno que trae consigo consecuencias graves que afectan a largo plazo al hijo, a la madre, a la familia de la adolescente y a la sociedad en general (Flórez et al, 2004). A su vez, la fecundidad adolescente demuestra el estado de transición demográfica de un país que repercute en el desarrollo poblacional, económico y social.

¹ Definición citada por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE, 1973).

El Banco Mundial (2011) señala que en el año 2010, África alcanzó la mayor tasa de fecundidad adolescente en el mundo, es decir 108 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años, seguido por Asia con 103 nacimientos; finalmente, América Latina y el Caribe con 72 nacimientos, registrando así, la tercera mayor tasa de fecundidad adolescente en el mundo (Azevedo J.P et al, 2011). Sin embargo, la OMS (2014) informa que los nacimientos en mujeres adolescentes pertenecientes a América Latina y el Caribe, aumentaron en el año 2014, las tasas oscilan entre 1 a 299 nacimientos de cada 1000 mujeres entre 15 a 19 años².

De acuerdo al Informe Final del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, 2015), aproximadamente una de cada tres adolescentes en América Latina y el Caribe es madre. Actualmente, ocho países latinoamericanos lideran la lista en embarazos adolescentes. Nicaragua (28%), Honduras (26%), República Dominicana (25%), Guatemala y El Salvador (24%), Ecuador (21%), Bolivia y Colombia (20%) (UNICEF, 2014).

Ecuador, es el sexto país latinoamericano con mayor porcentaje de embarazos adolescentes. En este sentido, las cifras del anuario de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), registran que en el 2001 el 16,73% de los nacimientos eran de mujeres entre 12 a 19 años, en el 2006 se incrementaron al 17,59%, en el 2008 al 19,19% y en el 2011 al 19,89%.

Con base a lo expuesto, la presente disertación tiene como objetivo principal conocer *los determinantes que inciden en la fecundidad de mujeres adolescentes* en Ecuador; y, busca mediante la estimación de los determinantes próximos e intermedios, identificar cuáles de ellos incrementan o disminuyen los niveles de la fecundidad, diferenciando el área de residencia (urbana y rural).

En primera instancia, se presentan los fundamentos teóricos que sustentan el desarrollo de la investigación, donde se describen las principales teorías demográficas y económicas, mismas que son consideradas, por la literatura económica de la fecundidad, como las bases prioritarias al momento de abordar el tema de los determinantes de la fecundidad adolescente. Además, se presenta una reflexión crítica sobre las teorías abordadas.

Posteriormente, se presentan los conceptos básicos de la fecundidad adolescente. Pues, el análisis empieza desde la definición de adolescencia y el riesgo principal de la fecundidad precoz. Además, se expone la correlación de este fenómeno con las teorías expuestas en los fundamentos teóricos, las principales consecuencias y las diferencias del comportamiento de la fecundidad adolescente en el área urbana y rural.

² Véase Anexo 1 (OMS, 2014)

Una vez comprendidos los fundamentos o bases del problema de la fecundidad precoz, se aborda detalladamente los determinantes de la fecundidad adolescente, con el fin de evidenciar el impacto en la misma; y, las diferencias que surgen en el área urbana y rural.

Adicionalmente, se expone la incidencia y los determinantes de la fecundidad adolescente, así como el proceso de transición demográfica en América Latina y el Caribe. Seguido, se presenta el capítulo uno, el cual tiene como fin exponer la situación de la transición demográfica en el Ecuador e indica la situación actual de la fecundidad adolescente. Posterior a esto, se presenta el capítulo dos, el cual tiene la finalidad de exponer el análisis descriptivo de los determinantes de la fecundidad adolescente en las áreas urbanas y rurales del Ecuador.

Seguidamente, se expone el capítulo tres, donde se evidencia la metodología estadística-econométrica necesaria para estimar los determinantes próximos e intermedios que inciden en la fecundidad adolescente en el área urbana y rural del Ecuador.

Finalmente, se presentan las principales conclusiones de los resultados de la estimación econométrica, donde los determinantes próximos más relevantes son la edad de la primera relación sexual y el uso de anticonceptivos. Por el contrario, los determinantes intermedios más significativos son: la educación sexual, el nivel de instrucción, tipología del hogar y el nivel socioeconómico.

Además, se evidencia un comportamiento distinto de la fecundidad adolescente en el área urbana y rural, especialmente en el determinante próximo “uso de anticonceptivos modernos”. Por último, se presentan las conclusiones, basadas en los resultados obtenidos; y, se exponen recomendaciones o lineamientos de política pública necesarias para reducir los niveles de la fecundidad adolescente.

Metodología del trabajo

Preguntas de la investigación

Para llevar a cabo esta investigación acerca de los determinantes de la fecundidad adolescente en Ecuador se partió de la siguiente pregunta general:

¿Cuáles son los determinantes que inciden en la fecundidad de mujeres adolescentes, en el Ecuador?

A partir de esta pregunta se derivan tres preguntas específicas que sirvieron de bases para el desarrollo de la disertación:

1. ¿Cuál ha sido el proceso de la transición demográfica en el Ecuador?
2. ¿Cuáles son las estadísticas de la incidencia de los determinantes próximos e intermedios en el área urbana y rural del Ecuador?
3. ¿Cuáles son los determinantes próximos e intermedios que inciden en la fecundidad de las mujeres adolescentes en el área urbana y rural del Ecuador?

Objetivos de la investigación

Al ser las preguntas la guía para la estructura y desarrollo de la disertación se las formuló como objetivos. En este sentido, el objetivo principal es:

Analizar los determinantes de la fecundidad adolescente en Ecuador

A partir del objetivo principal se derivan tres objetivos específicos que sirvieron de bases para el desarrollo de la disertación:

1. Analizar el proceso de la transición demográfica vivida en Ecuador.
2. Analizar descriptivamente la incidencia de los determinantes próximos e intermedios en la fecundidad adolescente en el área urbana y rural del Ecuador.
3. Estimar los determinantes próximos e intermedios que inciden en la fecundidad de mujeres adolescentes en el área urbana y rural en el Ecuador.

Tipo de investigación

La metodología de la disertación es de carácter descriptivo y cuantitativo. Pues, busca describir los determinantes de la fecundidad adolescente en las áreas urbanas y rurales del Ecuador. Y, a través de un modelo estadístico-econométrico se estimaron los determinantes próximos e intermedios de la fecundidad adolescente.

Fuentes de investigación

La fuente de información fue la Encuesta de salud y nutrición (ENSANUT, 2012). Este tipo de información es de carácter oficial y de uso público. Esta, es emitida por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Las bases de datos de la ENSANUT (2012) se encuentran en el paquete de software estadístico STATA12.

Técnicas de investigación

Considerando las características del modelo teórico, se utilizó un modelo Probit con sesgo de selección (Heckman) para controlar el sesgo generado por el inicio de las relaciones sexuales.

Fundamentación Teórica

En esta sección, se busca identificar las bases que sustentan el análisis económico de la fecundidad adolescente. Dentro de la literatura económica de la fecundidad, se analizan dos corrientes clásicas importantes, la teoría de la Transición Demográfica de las poblaciones y la teoría del crecimiento poblacional de Malthus.

Además, se aborda la fecundidad desde el enfoque neoclásico de Gary Becker en el Tratado de la familia. En base a lo mencionado, para iniciar esta sección se desarrolla la teoría clásica de la Transición Demográfica.

La Teoría de la Transición Demográfica

En el año 1945, se abordó de manera concreta a la Teoría de la Transición Demográfica. El principal aporte de esta teoría es la definición de regímenes o dinámicas poblacionales. En este sentido, el estudio de la transición demográfica comprende el cambio de un régimen habitual, caracterizado por niveles elevados de natalidad y mortalidad, a un régimen renovado con niveles de natalidad y mortalidad reducidos. La variable demográfica con mayor incidencia en la transición del régimen demográfico es la fecundidad, según la CELADE (1993), se debe al impacto que produce esta variable en el tamaño de la población (Zavala de Cosío, 1992).

A su vez, esta teoría tiene dos vertientes fundamentales analizadas por Frank Notestein (1945). La primera, es el paso o transición en la sociedad (de rural a urbana) debido al desarrollo económico social y demográfico. La segunda, que se refiere a las tres fases que debe atravesar el régimen demográfico cuando inicia el proceso de modernización y urbanización. La primera fase está vinculada a la caída de la mortalidad y crecimiento de la natalidad. La segunda fase, se refiere al proceso de reducción de las tasas de mortalidad que provoca que los niveles de la natalidad también disminuyan; y, la tercera fase que analiza la estabilidad producida entre la mortalidad y la natalidad (Del Pino, 2005).

Ahora bien, al culminar las fases de transición que atraviesa el régimen poblacional surge la Segunda Transición Demográfica, que es considerada como una alternativa para entender los cambios en las poblaciones económicamente desarrolladas, y que se encuentran en fases finales de la transición conocidas como pos-transicionales. Este análisis facilitó el estudio demográfico de los países en vías de desarrollo que se encuentran en el inicio de las fases de transición o pre-transicionales (Gonzales, 2000).

Además, la Segunda Transición se enfoca principalmente en las metas, planes y proyectos de la sociedad, es decir, ya no es una prioridad reducir las tasas de mortalidad y natalidad sino que se centra en mantener la estabilidad del desarrollo económico, social y cultural alcanzado en un país determinado (Murphy, 1993).

Así mismo, la Teoría de Transición Demográfica profundiza el estudio a través de los conceptos relacionados con la regulación demográfica, debido a que la dinámica poblacional no depende únicamente de la fecundidad y mortalidad, en este sentido se relacionan diferentes variables llegando a establecer sistemas complejos de reproducción en los que interactúan la fecundidad y mortalidad con la nupcialidad, el nivel económico, la migración, entre otras. Estas variables también inciden en las tasas de crecimiento de las poblaciones en contextos históricos especiales (Zavala de Cosío, 1992).

Transición Demográfica en contextos poblacionales distintos

A pesar de que no existe un modelo único de la transición demográfica, debido a que los cambios en la población se producen en contextos, épocas y lugares diferentes, Chesnais (1986) afirma que existen tres supuestos de la transición demográfica que son universales y se aplican a cualquier población. El primero, es la reducción de la mortalidad. Segundo, la postergación de los matrimonios (que influyen en la postergación de la fecundidad); y, finalmente, la incidencia del crecimiento económico sobre la reducción de la fecundidad (Zavala de Cosío, 1992).

Bajo este contexto, a continuación se describen acontecimientos respecto los tres supuestos de Chesnais (1986) y su incidencia en los niveles de la fecundidad, aplicados en contextos sociales, económicos y culturales distintos como Europa y América Latina. En este sentido, se analiza brevemente la reducción de la mortalidad, limitación de matrimonios, uniones y nacimientos; y, el crecimiento económico.

1. Reducción de la mortalidad

a. Europa

El descenso de la mortalidad es una variable endógena en el modelo de la transición. Si todas las variables (sociales, económicas y culturales) se mantienen constantes, el resultado es el incremento de la fecundidad. Cabe resaltar que, la importancia al disminuir los niveles de mortalidad radica en promover el control de la fecundidad y nacimientos en la población,

a través de la postergación de la edad para contraer matrimonio (Zavala de Cosío, 1992: 17).

En 1750 en Europa, se evidencia el incremento de los niveles de fecundidad, provocados por la reducción de la mortalidad. Pues, disminuir la mortalidad implica que la esperanza de vida incremente; y, que las condiciones sanitarias mejoren. Por lo tanto, la teoría de Chesnais (1986) asume que las probabilidades de que los individuos en edades reproductivas sobrevivan son elevadas. Además, la mejora en el nivel sanitario disminuye las patologías de esterilidad, permitiendo a los individuos aumentar su descendencia.

En la etapa pre-transicional de los países europeos, principalmente en Inglaterra, el número de hijos e hijas pasó de 5 a 7 por mujer. No obstante, Europa tuvo que esperar hasta 1870 para aplicar por primera vez las medidas del control de la fecundidad natural y marital³ (Zavala de Cosío, 1992).

En definitiva, entre el siglo XVIII y el siglo XIX, los países europeos son los primeros en experimentar el proceso de la transición demográfica, donde el primer logro es la reducción de la mortalidad y mejoras en la calidad del sistema de salud. No obstante, al incrementar los niveles de fecundidad los Estados optaron por aplicar, inmediatamente, medidas de control, las cuales serán explicadas en los siguientes párrafos.

b. América Latina y el Caribe

La primera transición demográfica en la Región inicia en el siglo XIX, con la disminución de los niveles de mortalidad. Este proceso se produjo por el mejoramiento de la salud pública, las tasas de mortalidad redujeron considerablemente. Sin embargo, Zavala de Cosío (1992) afirma que la disminución de la mortalidad fue más rápida⁴ en comparación con Europa, por ende el impacto en la fecundidad fue mucho mayor (Zavala de Cosío, 1992).

En efecto, la fecundidad en América Latina se incrementó rápidamente, en especial la fecundidad de los y las adolescentes, pues el rejuvenecimiento de la población aumentó las uniones y matrimonios en las parejas más jóvenes, quienes tuvieron hijos e hijas con intervalos intergenésicos más cortos que las parejas adultas. Esto se produjo, principalmente, por la falta de control de la fecundidad (Zavala de Cosío, 1992).

³ Según el Diccionario Demográfico Multilingüe (1985) la fecundidad natural es, la fecundidad que no está controlada por ningún factor (por ejemplo métodos anticonceptivos). Mientras que la fecundidad marital es influenciada por el matrimonio, la concepción de los hijos, la cultura y el uso de métodos anticonceptivos. Recuperado el 10 de Octubre de 2015, de http://es-ii.demopaedia.org/wiki/Fecundidad_natural.

⁴ Los niveles de mortalidad se redujeron más rápidamente debido a que la Región se benefició de todas las innovaciones e investigaciones médicas otorgadas por países desarrollados.

En conclusión, Europa comenzó la etapa pre-transicional un siglo antes de América Latina. Además, los países latinoamericanos, únicamente, se beneficiaron de las innovaciones médicas destinadas a la reducción de la mortalidad; y, no se percataron del impacto que esto tendría en la fecundidad, por lo que no aplicaron medidas de control a tiempo (Zavala de Cosío, 1992).

2. Limitación de matrimonios, uniones y nacimientos

a. Europa

Tomando en cuenta el incremento de la fecundidad registrada en Europa, la primera medida de control, propuesta por Malthus, fue postergar la edad para casarse. En este sentido, Europa adoptó un “patrón de nupcialidad” peculiar que fue conocido como *el modelo europeo de matrimonio* que consistía en retrasar la edad del matrimonio, principalmente para las mujeres, quienes podían casarse a partir de los 25 años o más, pues antes de la industrialización las mujeres se casaban antes de los 15 años (Arango, 1980).

Este patrón de nupcialidad, era considerado como una medida racional, con el fin de controlar la reproducción en las mujeres, especialmente de las adolescentes. Además, las restricciones de la edad de matrimonio eran impuestas por las autoridades y la población debía sujetarse a estas disposiciones (Arango, 1980).

Al aplicar esta medida, el número de personas solteras se elevó. Es así, que en el siglo XVIII se evidencian los cambios demográficos, cuando por primera vez, las parejas deciden contraer matrimonio a edades adultas. Sin embargo, Louis Henry (1956) realizó un estudio en París sobre la limitación de los nacimientos a finales del siglo XVIII e inicios del siglo XIX, y los resultados expuestos evidencian que, a partir de 1930 con la creación de los anticonceptivos modernos⁵, las mujeres de niveles económicos altos controlaban los nacimientos con la utilización de amas de cría⁶ (Arango, 1980).

Posteriormente, la difusión de los anticonceptivos se extendió por toda Europa y estuvo al alcance de todos. Es así que en el siglo XIX, los matrimonios deciden limitar, voluntariamente, el número de hijos e hijas en su nueva familia. Efectivamente un siglo después, en Europa, el número de hijos e hijas por mujer fue apenas de 2 (Zavala de Cosío, 1992).

⁵ Según Leridon (1987) en 1930, aparecen los primeros anticonceptivos modernos como las píldoras hormonales y los dispositivos intrauterinos (DIU- T de cobre), es ahí cuando se entregan los anticonceptivos a las parejas casadas y se logra disminuir los niveles iniciales de la fecundidad en Europa (Zavala de Cosío, 1992).

⁶ Se refiere a mujeres que dan de lactar a hijos ajenos, mientras las madres toman anticonceptivos. Esta medida se adoptó principalmente en Francia e Inglaterra.

Lo expuesto, demuestra que a inicios del siglo XIX, Europa ya había aplicado medidas de control para la fecundidad, es decir, la transición demográfica pasa de tener altos niveles de mortalidad y fecundidad, a reducirlos considerablemente. Ahora bien, en la actualidad, la OMS (2010) asegura que para mantener una estabilidad en la sociedad, el número de hijos o hijas por mujer debe ser de 2.1.⁷

Finalmente, es importante mencionar que el índice de fecundidad en varios países desarrollados, es de 1.2 hijos o hijas por mujer, especialmente en países anglosajones. Este hecho se produce cuando los países se encuentran en las etapas finales de la transición, donde el comportamiento de la fecundidad en las mujeres es controlado, principalmente, a través de métodos anticonceptivos modernos y planificación familiar (Bernardi y Requena, 2003).

b. América Latina

A diferencia de Europa, en América Latina los niveles de fecundidad no disminuyeron como se esperaba. Por ende, alcanzar la segunda transición demográfica fue casi imposible. Pues, los países de la Región se caracterizaron por el escaso control de la nupcialidad⁸. Al contrario, el matrimonio o unión de las parejas más jóvenes, fue visto como un “*patrón socialmente aceptable*” (Zavala de Cosío, 1992: 26).

Según el estudio de Zavala de Cosío (1992) en 1950, sólo cuatro países latinoamericanos, entre ellos Chile, lograron reducir el número de hijos o hijas por mujer a 6, en comparación con los demás países, donde el número de hijos o hijas por mujer fue de 8 o más. Años después (1960-1985), la fecundidad marital se pudo disminuir paulatinamente gracias a la llegada de los métodos anticonceptivos a América Latina.

Ahora bien, Chile en las últimas décadas experimentó tres transiciones que lo convirtieron en uno de los países más desarrollados en América Latina y el Caribe, tomando en cuenta este enfoque. La primera transición, es la demográfica. La segunda, epidemiológica; y, la tercera, la transición urbana. En este sentido, Chile experimentó la reducción de las tasas de natalidad debido a que incrementó la inversión en salud y educación. Además, según la CEPAL (2007), el 90% de la población reside en zonas urbanas y las oportunidades han mejorado significativamente (Machinea, 2007).

7 El índice de fecundidad indica el comportamiento de sus habitantes con respecto al número de hijos por mujer, a este índice se llega calculando en primer lugar el número de hijos que han logrado tener las mujeres en edad fértil con el número de hijos establecidos en la sociedad para mantener la estabilidad demográfica. Se realiza la suma de estos valores y se puede obtener el número de hijos que pueden tener las mujeres de forma teórica el cual será el comportamiento a lo largo de toda su vida reproductora, a ese número se le llama índice de fecundidad (Situación demográfica, s.f)

<http://www4.tecnun.es/asignaturas/Ecologia/Hipertexto/14PolEcSoc/121Causas.htm> consultado el 20 de julio de 2015

8 Una medida que si fue aplicada por Europa y le permitió controlar y disminuir los niveles de la fecundidad.

Tomando en cuenta lo mencionado, de acuerdo a la teoría de la transición demográfica y al proceso vivido por Europa, América Latina debería haber reducido los niveles de fecundidad a través del uso de métodos anticonceptivos, postergación de la edad del matrimonio y mejora del sistema de salud. No obstante, estos factores no se cumplieron en la mayoría de los países de la Región, excepto Chile y Argentina (que son los países con mejor inversión en salud y reducción de fecundidad), provocando que no puedan finalizar el primer proceso de la transición demográfica, es decir generar bajos niveles de mortalidad; y, especialmente de fecundidad.

3. Crecimiento económico

a. Europa

Para Chesnais (1986), la transición de la fecundidad en una población está estrechamente relacionada con el crecimiento económico, que incluye cambios en la política y el desarrollo social de un país. En Europa, el desarrollo económico permitió que una serie de cambios individuales, tales como la escolarización, valores culturales y religiosos renovados, urbanización y la comprensión del costo que implican los hijos, sean los factores principales involucrados en la reducción en los niveles de la fecundidad (Lesthaeghe, 1983).

Bajo este contexto, Europa atravesó paralelamente la transición demográfica y económica, pues el fin no era únicamente reducir la mortalidad y natalidad, sino que lo principal era mejorar las condiciones sociales y económicas de la población.

b. América Latina

La etapa pre-transicional en la Región inició a mediados del siglo XIX. No obstante, no toda la población se benefició de este proceso, pues la transición demográfica se dio, principalmente, en las áreas urbanas que contaban con un desarrollo económico más elevado. Además, las mujeres que residían en el área urbana tenían mayor acceso a la educación, por ende contaban con mayor escolaridad. De la misma manera, las parejas residentes de áreas urbanas o mayor desarrollo económico, en 1960, retrasaban el matrimonio para cumplir sus metas y proyectos individuales (Zavala de Cosío, 1992).

Es decir, las reducciones paulatinas de la fecundidad en la Región son evidentes en las áreas donde el crecimiento económico es más elevado. Sin embargo, como se explicó anteriormente, el objetivo de la transición demográfica no fue únicamente reducir los niveles de mortalidad y fecundidad en ciertos sectores. Al contrario, se buscaba que la transición y el crecimiento económico sucedan paralelamente, con el fin de que las poblaciones alcancen un mayor nivel de desarrollo económico y social.

Además, el exceso de población en los países en vías de desarrollo provocó fuertes críticas a los proyectos de control de la fecundidad. Actualmente, la reducción de las tasas de natalidad y fecundidad, principalmente en las adolescentes, constituye un reto importante en los países subdesarrollados o que se encuentran en las primeras etapas de la transición demográfica (Caldwell y Schindimayr, 2003 citado en Del Pino, 2005).

Todo el análisis de la teoría; y, basados en los aspectos probados de la misma, proporcionan escenarios para desarrollar nuevas ideas con respecto a la fecundidad en el ámbito económico, político y social, ofreciendo elementos muy valiosos al momento de analizar la estabilidad demográfica de un país.

En resumen, la teoría clásica de la transición demográfica demuestra que existe una relación lineal entre el desarrollo económico y el cambio demográfico en un país. Esta teoría considera que la reducción de la fecundidad y mortalidad se produce por la transición del régimen demográfico en la población y la interacción con variables económicas, sociales y culturales. Lo que permite que las sociedades urbanizadas e industrializadas logren encontrar y mantener la estabilidad demográfica entre mortalidad y fecundidad (Notestein, 1945, citado en Del Pino, 2005).

Generalidades económicas de la fecundidad

La población y los problemas demográficos han sido estudiados por diversas escuelas de pensamiento económico, las más destacadas, y expuestas en esta sección, son la economía clásica, y neoclásica. El estudio de la población, realizado por varios enfoques económicos tiene como fin vincular el comportamiento de las poblaciones con el crecimiento económico. Sin embargo, la importancia del análisis de la población difiere en cada escuela de pensamiento y en la profundidad del estudio (Ramírez y Morelos, 2002). En este sentido, a continuación se desarrollan las teorías expuestas por la escuela clásica y neoclásica.

Teoría clásica

Como se ha observado hasta aquí, el tamaño y crecimiento de la población están relacionados con diversos factores socioeconómicos. En este sentido, la teoría clásica establece que si el crecimiento de la población no es controlado, la asignación de los recursos a los individuos será menor, provocando el aumento de la escasez. Razón por la que varios modelos económicos intentan explicar también el comportamiento reproductivo de las personas, uno de ellos es el modelo clásico de Malthus (González y Ribero, 2005).

El análisis de Malthus, dentro de la teoría clásica, surge en el siglo XVIII con el inicio de la revolución industrial, donde la migración de varias personas a ciudades grandes se incrementaba en Inglaterra. Las condiciones de vida, aún, estaban marcadas por la escasez y las diferencias de clases sociales y económicas. En este contexto de pobreza, la población crecía de forma acelerada. Las elevadas tasas de fecundidad incidían directamente en la falta de recursos de los habitantes. Las familias más pobres tenían más hijos y padecían más necesidades a comparación de los burgueses. Todo esto, evidenciaba la situación económica del país (Rico, 2015).

Este escenario permitió a Malthus realizar su principal aporte, el *Principio de Población* en el año 1798, donde se detalla la preocupación constante de Malthus sobre el crecimiento acelerado de la población, en comparación con los recursos de subsistencia⁹. Además, el Ensayo señala que el crecimiento de la población sería la primera causa de pobreza, especialmente, en los niveles socioeconómicos bajos. Malthus (1798) consideraba que, los mejores mecanismos para frenar y prevenir el crecimiento exagerado de la población son dos. Primero, retrasar la edad para contraer matrimonio¹⁰; y, reducir la fecundidad en las familias (Ramírez y Morelos, 2002).

En este sentido, la única medida de control de postergar la edad de matrimonio para reducir los niveles de fecundidad, propuesta por Malthus, se debía al hecho de que después de haber sido clérigo, las implicaciones morales del uso de anticoncepción y aborto eran vistos como medidas inapropiadas, pues Malthus consideraba que eran medidas que iban en contra de la dignidad humana (Universidad de Granada, s.f)¹¹.

Además, Malthus consideraba que la pobreza era una consecuencia del crecimiento demográfico, por lo tanto las medidas que se tomen debían estar dentro de los parámetros de las normas morales y éticas, como controlar el "*impulso sexual desmedido*" (Universidad de Granada, s.f).

Ahora bien, a mediados del siglo XIX, posterior a la muerte de Malthus, surge un nuevo movimiento en Estados Unidos y se difunde a toda Europa, es el Neomaltusianismo. Este nuevo movimiento basa sus ideas en la relación del crecimiento poblacional y económico propuesto por Malthus, pero aplicado a la realidad moderna (Avendaño, 2006).

La modificación ideológica principal de este movimiento es la aceptación del uso de anticonceptivos para evitar el crecimiento poblacional desmedido. En 1950, los principales

⁹ El Principio de Población sostiene que: "*La población crece geoméricamente y los recursos aritméticamente*" (Malthus, 1798)

¹⁰ * Malthus consideraba necesario aplazar la edad para contraer matrimonio debido a que mientras más adulta sea una pareja tendrá mejor estabilidad económica y podrá, en cierta forma, asegurar el bienestar de los hijos y la decisión de tener menos hijos incrementara (Rico, 2015).

* Malthus se opuso a la utilización de métodos anticonceptivos como control de la natalidad porque consideraba que era una conducta inmoral (Rico, 2015).

¹¹ Departamento de Estadística e Investigación Operativa.

exponentes del neomalthusianismo, Place (Francia) y Harman (Chicago), demostraron que las poblaciones en condiciones de pobreza tienen más hijos debido a las decisiones irracionales que toman, propias de los individuos en situación de pobreza. Por lo tanto, era indispensable que la difusión de los anticonceptivos esté al alcance de todas las personas (Avendaño, 2006).

Bajo este contexto, los neomalthusianos consideraron que al controlar el crecimiento poblacional mediante la anticoncepción se reduciría también las desigualdades socioeconómicas, propias de este fenómeno. Es así, que en 1969 Fucaraccio expone la relevancia de la planificación familiar y la mejora en la salud materno-infantil para todos los países Europeos y Estados Unidos (Avendaño, 2006).

Es así que, el neomalthusianismo fue considerado como un movimiento social, donde el enfoque principal era la reducción de las tasas de natalidad en las clases sociales excluidas. Este movimiento, llamó a su teoría del control de la natalidad como "*procreación consciente*", pues mediante el avance tecnológico y económico se buscaba mejorar la calidad de vida de los estratos sociales más bajos (Masjuan, 1996:1).

Posteriormente, Srinivasan (1993) demostró la idea de los neomalthusianos al referirse que la fecundidad, dentro del modelo de Malthus, no es considerada una variable endógena; al contrario, depende de los recursos para subsistir. Naturalmente, el incremento exagerado del consumo por encima de los recursos necesarios provocaba que la fecundidad aumente. Mientras que, si hay escases, las tasas de mortalidad serán elevadas, por ende debe existir un equilibrio que, según Malthus, debe darse cuando el consumo es igual a los recursos de subsistencia.

Finalmente, es importante mencionar que este principio ha ido evolucionando con el tiempo y ha sido utilizado por diversas corrientes económicas adaptándolo a modelos de crecimiento (Ramírez y Morelos, 2002). Una vez descrita la teoría clásica, la siguiente sección analiza la teoría de la demanda de la fecundidad propuesta por el pensamiento económico Neoclásico.

La Teoría de la demanda de la fecundidad

El estudio del comportamiento de la fecundidad, la familia, el matrimonio, la planificación familiar, entre otros, parecían alejados del estudio de la teoría neoclásica. Sin embargo, en 1960 surge la Nueva Economía de la Familia, considerada como la "*expresión de la teoría neoclásica en el estudio de la familia*" (Becker, 1987:10). Su mayor representante Gary Becker en el año 1981 publicó el libro *Tratado sobre la Familia* donde aborda, por primera vez, temas sobre planificación familiar, matrimonio y fecundidad (Anzorena, 2009).

La familia, como se mencionó, nunca fue incluida en el sistema productivo de los economistas neoclásicos, sin embargo Becker fue el primer economista en indicar que la racionalidad económica se puede aplicar a cualquier comportamiento de los individuos. En este sentido, Becker comparó a la familia con una empresa y a las relaciones familiares con relaciones económicas. Donde, el análisis principal se centra en las decisiones racionales que toman los individuos en función de la utilidad, es decir primero se realiza un análisis costo-beneficio a fin de que las decisiones elegidas prioricen la maximización del beneficio familiar (Poves, 2014).

En este análisis, Becker hace referencia al matrimonio y al divorcio como decisiones racionales que afectarán al bienestar de las personas, debido a que la satisfacción de cada individuo depende de factores económicos, más no de sentimientos o preferencias. Al igual que el análisis del estado civil, Becker utiliza la misma lógica para el estudio de la fecundidad (Poves, 2014).

Cuando una pareja toma la decisión de tener descendencia, según Becker, debe realizar el cálculo costo-beneficio (Poves, 2014), de esta manera, el análisis de la pareja se enfoca en la demanda y oferta de los hijos e hijas es decir, *“cuantifica la utilidad marginal de tener un hijo o una hija por el equilibrio entre la oferta y la demanda de hijos o hijas”* (Medina y Carmo, 2005: 92 citado en Silva et al, 2008: 49). Paralelamente, la Nueva Economía de la Familia considera que, la demanda de hijos e hijas depende del precio relativo de los mismos (Becker, 1987: 128-132).

En este sentido, se analiza a continuación el esquema de decisiones racionales de Becker, para explicar el número de hijos o hijas en una familia; y, adicionalmente, se consideran otras teorías económicas que expliquen el comportamiento de la fecundidad, según el enfoque neoclásico.

a) Relación entre cantidad y calidad de hijos e hijas

El principal objetivo de las familias es la crianza de los hijos a quienes Becker considera como bienes de consumo. En este sentido, Becker (1981) analiza la relación entre calidad y cantidad de hijos e hijas en una familia

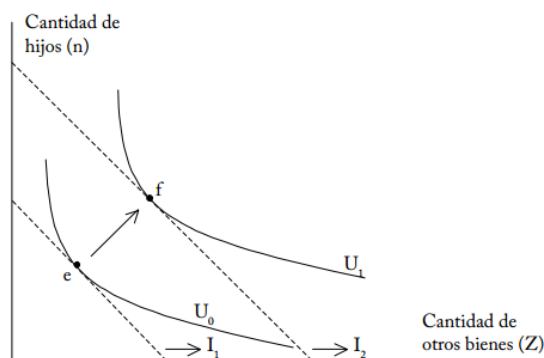
Becker estudia las tasas de fecundidad asumiendo que la maximización de la utilidad está en función del padre de familia. Además, las preferencias son fijas, pues la meta principal de la familia es procrear y criar hijos o hijas. Ahora, si se busca reducir la fecundidad, únicamente, se lo puede hacer mediante una decisión racional, donde la familia cambie sus preferencias y busque menos hijos con el fin de tener un mayor ingreso (Barrera, 2011).

Ahora bien, antes de que surgiera el supuesto de “*elección racional*” de Becker, Leibenstein (1957) analizó la idea de que la reducción de la fecundidad no depende exclusivamente de una decisión racional sino, de las motivaciones que tiene la familia. Por ejemplo, depende del nivel de satisfacción que tengan los padres al momento de tener un hijo o hija adicional. No obstante, esta motivación depende, a su vez, del nivel de conocimiento de la familia sobre alternativas u opciones que sustituya a los hijos (Barrera, 2011:225).

En este sentido, Leibenstein (1957) consideraba a los hijos como bienes de producción para lo que planteó tres hipótesis. La primera, el hijo es un bien que genera placer en los padres. Segunda, un hijo es un agente productivo pues podría, a futuro, incrementar el capital familiar. Tercera, un hijo es una fuente de seguridad de los padres en la vejez (Barrera, 2011:225)

Las hipótesis mencionadas, incluida la idea de Malthus donde no había la idea de “*calidad de hijos*” sino de cantidad, permitieron a Becker analizar el esquema de elección racional del número de hijos y calidad de los mismo. En este sentido, “*los hijos serían un bien de consumo normal; si fueran bienes inferiores, el aumento del ingreso llevaría a tener menos hijos*”, véase el gráfico 1 (Barrera, 2011:226).

Gráfico 1: Hijos como bien normal



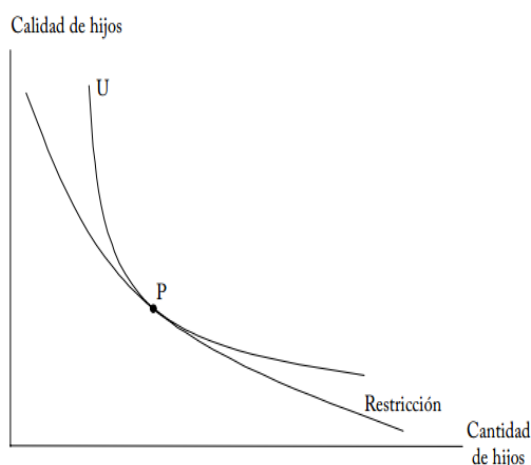
Fuente y elaboración: Barrera (2011: 226)

En este caso, la utilidad del individuo está en función de la cantidad de hijos y otros bienes (n , Z), respectivamente. La restricción presupuestal está determinada por “ I ”. Para obtener la maximización se requieren las utilidades marginales que resultan de las derivadas de primer y segundo orden de n y Z . Ahora bien, la elección de cantidad de hijos o de otro bien corresponde al modelo de la demanda del consumidor donde “*la reducción del precio relativo de los hijos aumenta su demanda y disminuye la de otras mercancías*” (Barrera, 2011: 226).

En este sentido, las familias con mayores ingresos tienen menos hijos, pues la elasticidad de los mismos es negativa. No obstante, el considerar que los hijos tienen sustitutos puede sonar irreflexivo, por lo tanto Becker solucionó este problema al introducir en su teoría la calidad de los hijos. Pues, la interacción entre calidad y cantidad es un motivo que genera que el precio efectivo de los hijos incremente con el ingreso el mismo que, a su vez, depende del desarrollo económico (Barrera, 2011:227).

Al estudiar la interacción entre la cantidad y calidad de hijos, Becker fundamentó su idea en el “*precio sombra de los hijos*”, este precio está sobreentendido debido a que no existe un mercado de oferta y demanda; y, además representa la relación entre calidad y cantidad. De esta manera, el precio sombra (de cantidad) corresponde al costo de tener un hijo adicional mientras la calidad se mantiene constante. Por el contrario, el precio sombra (de calidad) corresponde al costo de aumentar una unidad en la calidad mientras la cantidad se mantiene constante¹², véase el gráfico 2 (Barrera, 2011:230).

Gráfico 2. Interacción entre calidad y cantidad de hijos.



Fuente y elaboración: Barrera (2011: 230)

Es así que, el modelo de Becker plantea que el costo marginal de tener un hijo o hija debe ser igual al ingreso marginal de los padres, es decir, que la prioridad de la pareja es la maximización de su propia utilidad. Esta teoría considera que, la disminución del número de hijos o hijas en una familia incide directamente en el bienestar de las generaciones futuras, siempre y cuando, los padres inviertan en educación (Becker, 1960 citado en Silva et al, 2008:49).

¹² A diferencia de los precios que establecen la calidad, los precios sombras no son paramétricos, pues los padres asumen precios que son paramétricos y que no están reflejados en los precios del mercado (Barrera, 2011:231).

Por otro lado, la inserción de la mujer en el mercado laboral incrementa el coste de tener hijos o hijas, pues el capital y beneficios que gana la mujer en el trabajo es mucho mayor que invertir en un hijo o hija; por ende, el costo de oportunidad de tener descendencia es mayor en comparación a la inversión alcanzada por la mujer en su propio capital humano (Poves, 2014).

Considerando lo mencionado, se esperaría que la urbanización y modernización de las sociedades incrementa la fecundidad, ya que se encuentran en la capacidad económica de satisfacer los requerimientos de todos los individuos. Sin embargo, los países desarrollados e industrializados presentan niveles inferiores de fecundidad. La solución a esta incongruencia, como se mencionó anteriormente, es lo que Becker analiza como "*la demanda de hijos o hijas depende del precio relativo de los mismos, respecto a la renta familiar plena*" (Del Pino, 2005: 112), a su vez, dicho precio depende del área de residencia de la familia (urbano-rural), de programas y políticas aplicadas, y del acceso a métodos anticonceptivos modernos.

En general, las poblaciones urbanas están sujetas a la idea de Becker, que se centra en la calidad de los hijos o hijas y no la cantidad de ellos. De esta manera, los padres consideran que es mucho más rentable invertir más (en educación, salud, incluso ocio) en menos hijos o hijas.

No obstante, para Becker, los costes de los hijos o hijas se reducen a través de programas y proyectos gubernamentales. Este tipo de ayudas se brinda, principalmente, a mujeres jefas de hogar de niveles socioeconómicos bajos. El coste relativo de los hijos o hijas depende del coste de tiempo de la madre, en la crianza de los hijos o hijas, pues es uno de los componentes principales en el costo total de producción. En este contexto, las mujeres que residen en el área rural y sin cónyuge tienen mayor número de hijos o hijas porque el coste en tiempo dedicado a la crianza de su descendencia se reduce por las ayudas de gobierno (Anzorena, 2009).

Por otra parte, Becker (1981) analizó detalladamente que la renta de las familias está compuesta también por la renta de los hijos o hijas, esto maximiza la utilidad de la familia en general. De esta manera, las dotaciones¹³, la renta y las ganancias de capital obtenidas por los hijos o hijas (cuando se inserten en el mercado laboral) varían directamente con la renta de los padres (Del Pino, 2005).

La propensión de los padres a invertir en los hijos o hijas, según Becker, es considerada "*egoísta*", en el sentido de que los padres buscan siempre el bienestar general de la familia. La prolongación en el tiempo de estas relaciones produce al final, una función de utilidad

¹³ Las dotaciones de los hijos las conforman el prestigio y las relaciones sociales familiares, las características genéticas y personales de los hijos, y el aprendizaje dentro de una cultura. (Becker, 1981 citado en Del Pino, 2005:9)

dinástica¹⁴. Lo que sirvió como base para análisis posteriores como el de Easterlin (1966), quien analizó el aumento del capital (intergeneracional) y su repercusión en el incremento de la fecundidad en las familias (Del Pino, 2005).

En definitiva, el planteamiento de Becker es parte del análisis del comportamiento del consumidor referente a su ingreso, pues en este caso, se analiza el comportamiento de la fecundidad de las familias cuando incrementa el desarrollo económico en un país. Además, se puede atribuir que el estudio realizado por Becker muestra que las familias con menos hijos pertenecen a niveles económicos altos y son más educadas (Cáceres, Elías y Fernández, 2005). En este sentido, según la teoría neoclásica, se evidencia que el comportamiento de la fecundidad está condicionado al crecimiento económico.

b) El comportamiento de la fecundidad sustentado por la teoría de la demanda

Becker & Barro (1986) consideran que una sociedad puede cambiar su comportamiento con respecto a la fecundidad por diversos motivos, casi todos vinculados a factores de índole económico. Según el comportamiento del modelo económico, los analistas de la demanda como Galloway, Hammel y Lee (1994), consideran que la fecundidad forma parte de una decisión racional que toman las personas. Esta decisión es influenciada por el nivel económico de las parejas y por la inversión, realizada durante su vida, en su propio capital humano (Del Pino, 2005).

Bajo este enfoque, otro de los aspectos que intervienen directamente en la fecundidad de la mujer, según Schultz (1986), es la incorporación de la mujer a las oportunidades laborales, sin dejar de lado responsabilidad en las tareas del hogar, por lo que el cuidado de los hijos se hace mucho más difícil. Cuando hay un incremento salarial, el valor en el tiempo también aumenta, es decir un tiempo del cual se dispone, bien para ganarlo, o invertirlo en bienes materiales. Entonces, si los hijos o hijas se consideran bienes de consumo (pero a diferencia de otros bienes necesitan mayor dedicación, en dinero y sobre todo en tiempo), el aumento de los salarios incrementa el costo de oportunidad de tener hijos o hijas (Galloway, Hammel y Lee (1994) citado en Del Pino, 2005:10).

En resumen, los teóricos de la demanda consideran que, los cambios producidos en la fecundidad, especialmente en las sociedades urbanas-industrializadas, se deben al cambio en la función de utilidad en las familias¹⁵, y por factores económicos. Las sociedades industrializadas han invertido en la educación de la mujer lo que le ha permitido insertarse en el ámbito laboral con sueldos elevados. De esta manera, las mujeres toman decisiones racionales al momento de elegir tener menos hijos e hijas e invertir más en ellos; y, como

¹⁴ Según la Real Academia Española (RAE) dinástico es sinónimo de hereditario o sucesorio; en este caso se entiende a la utilidad que se hereda en la familia.

¹⁵ Por ejemplo el aumento de los salarios a las mujeres.

Becker aportó, las familias de las sociedades urbanas buscan calidad y no cantidad de hijos.

Reflexiones críticas sobre la teoría demográfica y la Teoría económica de la fecundidad

Las teorías expuestas muestran la importancia de la Economía en el análisis del comportamiento de la fecundidad y el crecimiento poblacional. Es así que el vínculo entre Demografía y Economía inicia con el estudio de la transición demográfica, donde se analiza la relación lineal entre la fecundidad y el crecimiento económico de sociedades urbanizadas e industrializadas.

La transición demográfica permitió comprender la importancia del desarrollo económico, el avance tecnológico y medidas de control de la fecundidad, en una sociedad. Sin embargo, el análisis de la Teoría de transición demográfica surgió en países que iniciaban un cambio económico, social, tecnológico y académico, conocidos actualmente como países desarrollados, lo que no permite generalizar el análisis con países que, hasta la fecha, no logran salir del subdesarrollo. Por ende, el proceso de reducción de las tasas de mortalidad y natalidad por el que pasaron algunos países en siglos anteriores, principalmente países europeos, no puede ser plenamente comparado con el proceso que atravesaron o están atravesando los países en vías de desarrollo, especialmente países de América Latina y el Caribe.

En este sentido, el proceso de la transición de los países subdesarrollados no necesariamente debe ser igual al proceso vivido por los países desarrollados. Al contrario, para estudiar la transición de los países en vías de desarrollo, lo que se debe evidenciar es la relación lineal entre el descenso de los niveles de mortalidad y la fecundidad, con el desarrollo económico. Pues, es importante comprender que el proceso de la transición demográfica de los países desarrollados es un hecho, prácticamente, irrepetible que generó desventajas¹⁶ a los países subdesarrollados que, tardíamente, empezaron su crecimiento económico (Arango, 1980).

En efecto, Arango (1980) afirma que, existen dos razones principales por las que la transición demográfica en los países urbanizados fue realmente "*única*"¹⁷. Primero, las tasas de fecundidad en Europa eran menores que las tasas de fecundidad de los países en desarrollo, pues no solo se enfocaron en disminuir las tasas de mortalidad, sino que paralelamente aplicaron medidas de control sobre los niveles la fecundidad. Segundo, antes

¹⁶ Arango (1980), explica que la relación de la disminución de la fecundidad y el crecimiento económico de los países subdesarrollados es una paradoja, pues con un mínimo nivel de desarrollo, estos países lograron reducir, paulatinamente, los niveles de fecundidad. Demostrando que la relación es inversa. En este sentido estos países se conformaron con reducir los niveles de fecundidad y no se preocuparon por el proceso de modernización y urbanización

¹⁷ A pesar de que fue un proceso más lento en comparación con los países subdesarrollados.

de que las tasas de mortalidad se redujeran por completo, las tasas de fecundidad empezaban, también, a disminuir. Esto significa que, fue un proceso simultáneo entre el desarrollo económico, social, tecnológico y la transición demográfica. Mientras que, en los países en vías de desarrollo la transición se produjo de forma repentina, sin distinguir las fases del crecimiento económico y los avances e innovaciones tecnológicas propias. Al contrario, estos países se beneficiaron de las innovaciones generadas, durante años, en los países desarrollados (Arango, 1980).

Lo expuesto evidencia que, el comportamiento de la fecundidad es complejo y no es homogéneo a través del tiempo y espacio. Es así, que durante años varias teorías económicas han estudiado a la fecundidad con el fin de proporcionar medidas adecuadas para controlar los niveles de la misma. Una de las teorías más importantes fue la de Gary Becker quien basó su estudio en los postulados de Malthus (en relación al crecimiento poblacional), lo que le permitió incluir las decisiones racionales de los individuos en el estudio de la fecundidad.

Gary Becker (1981), en el modelo de la teoría de la fecundidad postula sus ideas basadas en patrones primitivos, donde la mujer es la encargada de la crianza de los hijos e hijas y el cuidado del hogar; mientras que, el hombre es el proveedor y se encuentra alejado de las obligaciones domésticas. El principal argumento de Becker en su libro *Tratado sobre la familia*, es que estas desigualdades en los roles del hombre y la mujer en el hogar, provienen de las diferencias biológicas innatas de cada sexo. En base a este análisis, Becker considera que la mujer debe controlar los niveles de reproducción, pues ella es la encargada de invertir su tiempo en la crianza de sus hijos e hijas, como se observa a continuación.

Las mujeres, han venido dedicando voluntariamente mucho tiempo y esfuerzo a la crianza de sus hijos, porque desean que las elevadas inversiones biológicas llevadas a cabo en capital de procreación de los hijos den su correspondiente fruto. Adicionalmente, una madre puede alimentar y cuidar más fácilmente a los hijos mayores mientras engendra otros hijos y participa en otras actividades (Becker, 1987: 39, citado en Anzorena, 2009:4).

De acuerdo con el postulado de Becker, se llegaría a la conclusión de que *“la capacidad biológica de procrear hace a la mujer (por naturaleza y por voluntad) la más idónea para realizar las tareas domésticas, como asignaciones naturales que aceptan voluntariamente, sin considerar la carga social y cultural que tienen las tareas domésticas y de cuidado”* (Anzorena, 2009:4). Becker además, considera que la diferencia salarial entre hombres y mujer radica, también, en que la inversión de tiempo en la acumulación de capital humano propio varía entre hombres y mujeres.

En efecto, a diferencia de la teoría del capital humano que hace énfasis en la división del tiempo de trabajo, considerándolo como productivo y al tiempo de ocio como improductivo. Becker, en el análisis de la Economía de la Familia, considera que el trabajo doméstico

también es productivo, pues el cuidado del hogar es una inversión, como lo explica el siguiente párrafo.

Algunas inversiones, como es el caso de la formación y aprendizaje en el propio puesto de trabajo, aumentan sobre todo, la productividad del tiempo asignado al mercado; otras inversiones, como las realizadas en la crianza y educación de los hijos, artes culinarias y decoración aumentan principalmente la productividad del tiempo asignado al hogar (Becker, 1987: 27, citado en Anzorena, 2009:3).

Es decir, el análisis de Becker supone efectivo a un patrón establecido de una familia patriarcal, donde el rol de la mujer se limita a cuidar el hogar y no invertir en su propio capital humano. Por lo que, si se incluye a familias diferentes, por ejemplo familias con mujeres jefas de hogar, el análisis no sería el mismo.

Ahora, la decisión racional de tener o no hijos o hijas, necesita por lo menos de dos actores principales (el hombre y la mujer); por lo que la aseveración de que la mujer es la encargada de los niveles de reproducción y la crianza de los hijos o hijas, no se puede concebir como una decisión racional equitativa. Es decir, si el análisis se limita a hogares donde los hombres tienen mayor capital humano acumulado en comparación con las mujeres, y donde no hace referencia a los problemas habituales en las familias, no sería factible que la mujer tome una decisión racional sobre fecundidad si sus niveles de conocimiento no son lo bastante amplios.

Si bien, Becker consideró que el trabajo doméstico también es productivo, sus planteamientos no superaron el *“reduccionismo economicista de los neoclásicos”* (Anzorena, 2009:6), esto es la desigualdad de los roles de hombre y mujer en el ámbito laboral y la inversión de su propio capital humano.

Las decisiones racionales en la fecundidad son favorecidas por el incremento en conocimiento de educación sexual y reproductiva tanto en hombres como en mujeres. Además, el avance tecnológico ha permitido que el uso de los métodos anticonceptivos y la inserción de la mujer en el ámbito laboral, disminuya el número de hijos e hijas en las familias.

Efectivamente, el rol de la mujer en la sociedad demuestra el grado de desarrollo económico, social y cultural en un país. El análisis de Becker no incluyó la función del Estado como el actor principal en la inversión de la educación de la mujer en la sociedad. En este aspecto, una mujer con niveles de instrucción altos tiene metas y proyectos de vida a largo plazo, lo que incide en la postergación del matrimonio. Es decir, una mujer educada tomará decisiones racionales al número de hijos e hijas que ella y su pareja deciden tener.

Ahora bien, como se mencionó en secciones anteriores, para explicar los cambios poblacionales en el modelo de Malthus no se consideró la “*calidad de los hijos*”, esto motivó a Becker a estudiar la elección racional de los padres en la demanda de los hijos, que depende principalmente del ingreso. En este sentido, se esperaría que la población crezca al tener mayores ingresos pero, sucede lo contrario. Esta incongruencia, no es provocada porque los hijos e hijas sean considerados como un bien inferior o que no tengan sustitutos cercanos sino que, se debe a que la inversión en la salud y educación de un hijo o hija es mucho mayor al coste que implicaría tener más hijos o hijas. Es lo que Barrera (2011) considera como:

Un aumento moderado de los costos fijos de los hijos o una caída moderada de la relación costo marginal/costo medio de la calidad, que aumenta el precio sombra de la calidad, reduce la demanda de cantidad y aumenta la demanda de calidad en un porcentaje mayor (Barrera, 2011: 231).

En este sentido, la inversión que hacen los padres en los hijos o hijas no depende únicamente de ellos, sino de las normativas en la sociedad y del gasto público que destine el Estado en educación y salud. Por ejemplo, si se compara la limitación de los embarazos con el uso de métodos anticonceptivos, no solo se debe enfocar en el precio, sino en el conocimiento y comprensión que tenga la sociedad sobre lo que implica usar responsablemente un método anticonceptivo. En este sentido, no solo el mercado y el individuo son los actores racionales sino que sus decisiones se ven influidas por el Estado al momento de invertir en el mejoramiento de los conocimientos y acceso a métodos anticonceptivos (al igual que educación y salud). Es decir, las decisiones racionales de los individuos están vinculadas con el desarrollo económico, institucional, social y cultural de un país.

La importancia de la vinculación de la teoría económica de la fecundidad con factores sociales y culturales

La teoría económica de la fecundidad en el análisis de los cambios poblacionales, ha sido expuesta a debate, principalmente, por varios estudios que consideran que los cambios demográficos son explicados, también, por factores socioculturales¹⁸, y no únicamente por factores económicos. En este sentido, se exponen a continuación algunos criterios, y se señalan vías alternativas para la explicación completa del comportamiento de la fecundidad. El primer punto de debate hacia la teoría económica de la fecundidad, según Del Pino (2005), es meta teórico¹⁹. Por tanto, es indispensable que todas las teorías involucradas

¹⁸ Una de las principales críticas a la Teoría de la demanda de la fecundidad.

¹⁹ Del Pino (2005) considera que la fecundidad debe ser estudiada por varias disciplinas como la Economía, Sociología, Psicología y Antropología.

Por ejemplo el modelo, que ofrece la Sociología, de los determinantes próximos e intermedios es uno de los más complejos debido a que incluye factores socioculturales, económicos y biológicos para tratar de explicar el

estén alineadas. El principal análisis de esta crítica está dirigido al planteamiento de Becker, quien hace referencia a la toma de decisiones racionales por parte de los individuos y, a los factores económicos que influyen en la fecundidad.

Ciertamente, la teoría de la demanda de la fecundidad se fundamenta en las elecciones racionales de las personas, quienes buscan necesariamente maximizar su beneficio. En este sentido, las parejas tienen hijos o hijas dependiendo del coste que estos impliquen. Becker además considera que, el beneficio de los individuos depende únicamente de factores económicos sin implicar preferencias variables.

En este contexto, analistas económicos como Lesthaege (1980), McNicoll (1980), y Pollack (1993) aseguran que, si al análisis de Becker se incluye *la teoría del consumidor* se puede observar que en la fecundidad sí influye el tipo de preferencias. Por ejemplo, si se enfoca en las preferencias fijas se podría pensar que los cambios en la fecundidad son provocados por precios, ingreso, desarrollo y tecnología. Por otro lado, si las preferencias son variables, la fecundidad se verá afectada por factores como la religión, la etnia, la relación con la pareja, entre otros. Por lo tanto, el estudio económico se ve obligado a incluir en el análisis de la fecundidad, el enfoque cultural y social (Del Pino, 2005).

Lesthaege (1980), no resta importancia a los factores económicos que inciden en los cambios de la fecundidad, al contrario considera que los factores económicos interactúan con las variables culturales, sociales y demográficas. Lo que da como resultado el incremento o disminución de los niveles de la fecundidad en la sociedad (Lesthaeger, 1980).

Adicionalmente, Leibenstein (1957) en su libro *El atraso económico y el crecimiento económico* en el que se detalla por qué unos países se desarrollan más rápido que otros. Explica que, el crecimiento poblacional está relacionado directamente con el crecimiento económico de un país, por lo que es necesario que la Economía incluya en sus teorías aspectos demográficos y culturales (Barrera, 2011).

Otro analista económico, Hammel (1990), fuera del modelo actor-racional de Becker, propone estudios de modelos, desde el nivel micro, de manera que además de reflejar contextos institucionales, económicos y sociales, se evidencia las características individuales de las personas y, por ende su relación con conceptos culturales (Hammel, 1990).

comportamiento de la fecundidad en una sociedad, Además este modelo incluye el análisis demográfico. En las siguientes secciones el modelo de los determinantes será analizado más a detalle (Medina & Carmo Fonseca, 2005).

El análisis crítico de las teorías expuestas, muestra que a medida que ha pasado el tiempo, se ha ampliado el estudio de las teorías relacionadas con la fecundidad y su incidencia en la economía y la sociedad. Es necesario además, comprender el papel de las mujeres en la sociedad y su importancia en la disminución de la pobreza y desigualdad. La inserción de la mujer en el mercado laboral y la inversión en capital humano trae beneficios individuales y sociales. Esto se logra con la interacción de varios actores, entre ellos la preocupación y la inversión del Estado en mejorar las condiciones educativas, de salud y conocimiento en las mujeres.

Finalmente, es importante comprender que las diferencias que se pueden manifestar de un país a otro, o dentro del mismo, respecto a los aspectos que influyen en la fecundidad, son la situación económica, cultural y social de cada una de las familias que lo integran. Razón por la que es importante incluir en el análisis de la fecundidad todas las variables económicas, sociales, culturales, religiosas e individuales que están inmersas en la fecundidad.

La fecundidad adolescente

Posterior al análisis y revisión de fundamentos económicos básicos de la fecundidad, por parte de las teorías clásicas y neoclásicas, resulta de gran importancia estudiar el comportamiento de la fecundidad de las adolescentes. Pues, la literatura afirma que el estudio de la fecundidad adolescente es indispensable debido a que los efectos de la misma en el desarrollo económico, social e individual tienen un impacto negativo en comparación con la fecundidad de mujeres adultas.

Por lo tanto, las secciones y acápites siguientes exponen el comportamiento de la fecundidad adolescente en diferentes contextos y la relación con las teorías mencionadas en los fundamentos teóricos.

Adolescencia y Fecundidad

Aunque la adolescencia es reconocida como una etapa en la cual se producen importantes cambios físicos y psicológicos, así como la marcada transformación de las interacciones y relaciones sociales, puede variar de una cultura a otra.

La OMS plantea un significado universal para la adolescencia al definirla como un periodo de vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, atraviesa cambios psicológicos importantes y establece su independencia socioeconómica (OMS, 2005). Esta etapa, que también es conocida como una transición entre la infancia y la edad adulta, comprende un rango de edad de 10 a 19 años (OMS, UNICEF y FNUAP, 1998).

La adolescencia se divide en tres estadios²⁰ (OMS, 2005). El primer estadio corresponde al rango de edad de 10 a 13 años con cambios físicos y psicológicos profundos. El segundo estadio, corresponde al rango de edad de 14 a 16 años en el que la mayoría de adolescentes, aparte de los cambios físicos profundos, se encuentran altamente preocupados por la apariencia física y crean paradigmas ideales como poseer un físico atractivo (Papalia, 2012). El último estadio, corresponde al rango de edad de 17 a 19 años, donde la mayoría de los y las adolescentes han encontrado metas y objetivos a largo plazo y se consideran más independientes (Papalia, 2012).

En definitiva, la adolescencia es el periodo clave para que la transición hacia la vida adulta sea óptima, no obstante las conductas de riesgo²¹, cuya probabilidad es mayor en la adolescencia, dan como resultado problemas graves en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Muchas veces la falta de información provoca en los y las adolescentes una vida sexual precoz y sin protección.

Actualmente, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2014) considera que los y las adolescentes son una prioridad de los Estados, enfocándose en el logro educativo y en la toma de decisiones responsables sobre la conducta sexual y reproductiva (Llerena, 2014). En base a lo expuesto, el inicio de la vida sexual durante la adolescencia es una conducta de riesgo pues puede producir un embarazo. La OMS (2016) define al embarazo como el período de gestación de una mujer que comienza cuando el óvulo es fecundado y durante nueve meses el útero permite el desarrollo del feto.

Ahora bien, un embarazo no planeado o deseado en una mujer adolescente puede provocar serias complicaciones biológicas, más aún si esta no alcanza la edad de 15 años. Este fenómeno, conlleva una grave repercusión en el ámbito social en que la adolescente se desenvuelve, pues ocurre la interrupción del proyecto educativo y aparece la necesidad de incorporarse prematuramente a la vida laboral. En general, la vida de la adolescente, del hijo o hija, la familia y la sociedad se ve afectada (Azevedo et al, 2011).

Es así que la fecundidad adolescente puede ser definida como

Aquella condición de gestación que ocurre en mujeres de hasta 19 años independiente de la edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen (Issler, 2001).

Para Gutiérrez (2013), en el proceso del embarazo adolescente, la mujer es la que enfrenta los problemas graves que trae consigo este fenómeno. Las críticas por parte de la familia y la sociedad se vuelven más duras y radicales en contra de la adolescente, esté o no acompañada de su pareja. Además la adolescente es la que sufre los cambios psicológicos

²⁰ Según la OMS (2005) los estadios de la adolescencia son tres: temprano, medio y tardío

²¹ Los factores o determinantes de la fecundidad en adolescentes serán abordados más adelante.

y físicos en su cuerpo durante el embarazo y corre el riesgo de complicaciones, incluso la muerte, durante el parto. Según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES, 2013) la adolescente no puede deslindarse fácilmente de la responsabilidad con su hijo o hija y esta responsabilidad puede ser compartida o no.

Ahora bien, las adolescentes alcanzan la fertilidad sexual aproximadamente 6 ó 7 años antes de ser emocionalmente maduras y se desarrollan en una cultura donde los factores sociales como los compañeros, la comunidad y los medios de comunicación: la televisión, el cine, radio, revistas de moda, la música, transmiten mensajes manifiestos incitando a las relaciones sexuales, siendo estos muy comunes y aceptados en nuestros días (Flórez y Soto, 2006).

Para controlar los niveles de fecundidad adolescente se han desarrollado varios programas de educación sexual dirigido a adolescentes, con la finalidad de educar y transformar las tasas relacionadas a la sexualidad, buscando involucrar en este proceso transformador a la comunidad, a la familia, a las instituciones educativas, de salud y a los medios de comunicación.

A pesar de estas acciones, los resultados no han sido muy alentadores. El aumento de los niveles de fecundidad adolescente en varios países de la Región, entre ellos Ecuador, es un fenómeno alarmante por los riesgos que conlleva (Guzmán, 2000 citado en Abad, 2015).

En definitiva, el mayor problema de los países en vías de desarrollo es que, no consideran a la fecundidad adolescente como un problema, debido a que se atribuye a la maternidad adolescente como un comportamiento tradicional, en especial en las zonas rurales. Por ello, algunos países no tienen claro qué políticas se deben aplicar para combatir este fenómeno (Singh, 1998). Por esta razón, resulta importante comprender el comportamiento de la fecundidad adolescente a través del proceso de la transición demográfica, ya que permite identificar con claridad los factores que inciden en la misma, los cuales serán explicados en capítulos posteriores.

Fecundidad adolescente en el contexto Demográfico

En secciones anteriores, se expuso que la Teoría de la Transición Demográfica evidencia el cambio de una población, primero con altos niveles de fecundidad y mortalidad, seguido del aumento de la fecundidad y reducción de la mortalidad hasta llegar al descenso de la fecundidad y mortalidad. Tabutin y Dominique (1980), consideraron que debido al proceso de modernización muchas sociedades alcanzaron un desarrollo óptimo y niveles socioeconómicos altos, lo que permitió que los niveles de fecundidad disminuyan. En general, los demógrafos consideran que para evaluar la fase de transición en la que se encuentra una población, es necesario observar los niveles de fecundidad relacionados con el crecimiento económico de los países (González y Ribero , 2005).

Parte de los paradigmas de la Teoría de la Demografía y de la Teoría de la Demanda de la fecundidad es establecer la relación directa del desarrollo económico en un país, el crecimiento de la población y las decisiones racionales de los individuos al momento de tener hijos e hijas. En este sentido, los países en vías de desarrollo se encuentran en un proceso de disminución de los niveles generales de fecundidad, sin embargo un gran número de nacimientos provienen de mujeres adolescentes (González y Ribero, 2005).

En efecto, la OMS (2014) señala que en el mundo el 11% de los nacimientos son de madres adolescentes, de estos el 95% pertenecen a adolescentes que residen en países subdesarrollados. Cifras del Banco Mundial demuestran que para el año 2010, 72 nacimientos por cada mil mujeres pertenecían a adolescentes de entre 15 y 19 años de edad en América Latina y el Caribe, después de África Subsahariana y Asia.

Según la Teoría de la Demanda de la fecundidad, el número de hijos que tenga una mujer depende de las decisiones racionales que se tomen en la familia. Actualmente, las mujeres adolescentes que ya son madres, tienden a tener más hijos o hijas en toda su vida reproductiva, en comparación con las mujeres mayores de 20 años. La descendencia de mujeres adolescentes es más numerosa y con intervalos intergenésicos más cortos (De Jesús y González, 2014).

Para De Jesús y González (2014) los países en vías de desarrollo, cuentan con una población joven, y las principales características son las uniones o matrimonios a temprana edad y los embarazos adolescentes. Este fenómeno repercute directamente en el tamaño de la población y modifica el comportamiento demográfico.

Los problemas y cambios demográficos pudieron haber contribuido para que el análisis de las teorías demográficas, en países en vías de desarrollo, se centren en la fecundidad adolescente debido a que esta problemática, según los demógrafos, es vista como un

obstáculo para el control del crecimiento poblacional y el desarrollo de un país (González, 2000).

Según Chackiel & Schkolnik (1992), una explicación a estos supuestos es que el comportamiento de la fecundidad no es igual en todos los países, pues depende del grado de avance de la transición demográfica en un país determinado. Es decir, hay países en los cuales la natalidad en adolescentes incrementa; mientras que, en otros los niveles de fecundidad adolescente disminuyen pero a un menor ritmo, en comparación con la fecundidad de las mujeres adultas²² (González, 2000).

Ahora bien, las fases para evaluar las condiciones y avances demográficos de las poblaciones aparecieron en la Segunda Transición Demográfica. Las diferencias sociodemográficas son producidas debido a los cambios tecnológicos que han permitido, principalmente, el desarrollo de los métodos anticonceptivos modernos, lo que ha reducido significativamente las altas tasas de natalidad adolescente en países desarrollados.

Lesthaeghe (1993) señala que la primera fase, y la más complicada, es cuando la población utiliza métodos anticonceptivos; mientras aumentan los divorcios y disminuyen los matrimonios y uniones²³. No obstante, la fecundidad en adolescentes puede incrementar debido a la actividad sexual precoz. Varios teóricos de la fecundidad entre ellos Murphy, en el año 1993, demuestra que la fecundidad en adolescentes aumenta debido a la falta de información sobre el uso correcto de los métodos anticonceptivos modernos y provoca que los y las adolescentes sean sexualmente activos, esta conducta de riesgo que produce con alta probabilidad embarazos no deseados.

La segunda fase involucra a poblaciones con altos niveles de uniones consensuales, lo que también influye en un incremento del embarazo en la adolescencia. La tercera fase, ocurre cuando las tasas de divorcio y de unión consensual disminuyen mientras aumenta el matrimonio pero a edades adultas. Según Gonzales (2010) muchos países redujeron la fecundidad adolescente al incrementar la edad del matrimonio (Lesthaeghe, 1993).

En definitiva, se evidencia que para reducir los niveles de la fecundidad adolescente un país necesita pasar por un proceso previo con el fin de que el crecimiento económico, la reducción de la fecundidad y las medidas de control progresen paralelamente. Pues, si aún existen desigualdades y poco desarrollo económico-social en un país, la reducción de la fecundidad adolescente implicará un reto mayor en los gobiernos.

²² Efectivamente, la fecundidad adolescente, según informes de la OMS (2014) y el Banco Mundial (2013), ha disminuido paulatinamente en los últimos 40 años.

²³ El acceso a métodos anticonceptivos debe ir acompañado con información sobre el uso responsable de los mismos. Gonzales (2000) señala que en los países desarrollados los y las adolescentes tienen amplio conocimiento sobre educación sexual y planificación familiar (no únicamente sobre anticonceptivos), por lo que la fecundidad adolescente ha disminuido. Sin embargo, en América Latina y el Caribe los y las adolescentes no tienen acceso a una educación sexual y planificación familiar adecuada, lo que generaría conductas sexuales irresponsables.

Zona de residencia y desigualdades en la fecundidad adolescente

Dentro del análisis de la Teoría Demográfica y de la Demanda, se pudo evidenciar que el comportamiento de la fecundidad varía en contextos económicos diferentes. Por lo tanto, es necesario identificar las diferencias en los niveles de la fecundidad entre las áreas urbanas y rurales. En base a los planteamientos anteriores se conoce que, las inequidades socioeconómicas influyen de manera directa en el comportamiento demográfico y de la fecundidad.

Las diferencias entre lo urbano y rural se pueden analizar en función de los niveles socioeconómicos y culturales. En este sentido, los aspectos más relevantes a consideración son el acceso a servicios básicos, la cantidad de habitantes y acceso a información (López, Del Valle y Bravo, 2010). En este contexto, según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2010) las áreas rurales²⁴ se caracterizan por las barreras en el acceso a servicios básicos, información, conocimiento sobre planificación familiar, educación, salud y viviendas sólidas. Específicamente, los principales problemas del área rural, respecto a la fecundidad, son el acceso limitado a métodos anticonceptivos modernos, educación sexual y reproductiva.

Bajo este marco, la falta de información sobre derechos sexuales y reproductivos provoca que, la población base sus ideas y decisiones en función de mitos y tabúes²⁵. Este problema representa una traba, principalmente para los y las adolescentes, al momento de ejercer sus derechos con responsabilidad. En el año 2012 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI- México) demostró que las mujeres en edad fértil que residen en el área rural son más propensas a tener 3.2 hijos en comparación con las mujeres que residen en el área urbana que tienen 2.3 hijos. (López, 2012)

Efectivamente, el comportamiento de la fecundidad adolescente en las áreas rurales y urbanas es bastante desigual. Los datos del Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina (PECFAL-Rural, 1976) demuestran que las mujeres que residen en zonas rurales contraen matrimonio a edades tempranas, el intervalo intergenésico entre sus hijos es corto, las familias son numerosas y la mayoría de mujeres no utiliza métodos anticonceptivos modernos debido a la falta de información (García y Garma, 1989).

²⁴ Consideradas como los grupos socioeconómicos más vulnerables

²⁵ El Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), asegura que el 70% de las familias rurales no hablan de sexo con sus hijos e hijas, pues consideran que "despertará" interés sexual en los y las adolescentes. Según Rivera las adolescentes en algunos países latinoamericanos las escuelas no profundizan temas de sexualidad.

<http://www.cladem.org/campanas/educacion-no-sexista/prensa/69-ens-otros-medios/408-hablar-de-sexo-aun-es-tabu-en-70-de-las-familias-rurales> (Consultado el 29 de abril de 2016)

Según los resultados de PECFAL-RURAL (1976), la mayoría de las mujeres adolescentes en las áreas rurales no consideran como posibilidad el planear una familia. Durante años no hubo interés alguno, por parte de las parejas residentes del área rural, en reducir la fecundidad natural o marital²⁶ (según sea el caso). Al igual que, no hubo preocupación por espaciar los nacimientos de sus hijos. Esto generó inquietud en los demógrafos, lo que conllevó a analizar a las áreas de residencia en detalle. Los estudios realizados demostraron que las áreas rurales están caracterizadas por poblaciones que residen en localidades con un ambiente cultural escaso y niveles educativos bajos; y, generalmente el rol de la mujer está enfocado en cuidar el campo, cónyuge y a sus hijos e hijas (García y Garma, 1989).

Por otro lado, en el área urbana al ser caracterizada por un nivel de vida más favorable en comparación con el área rural, las mujeres adolescentes, en promedio, poseen niveles educativos más altos. Es así que, en el área urbana las adolescentes tienen planes de vida y metas por cumplir, lo que suele retrasar la edad de contraer matrimonio. Además, para el CELADE (2003) la información y disponibilidad de métodos anticonceptivos es mayor en las zonas urbanas. Sin embargo, la CEPAL (2003) considera que la educación sexual y planificación familiar es bastante débil en los países de América Latina, por lo tanto, a pesar de que el comportamiento de la fecundidad es diferente en las áreas de residencia, aún existen embarazos no deseados en el área urbana (FAO, 2002).

En países subdesarrollados, en el área urbana el descenso de la fecundidad adolescente es mayor respecto al área rural, lo que significa que el comportamiento de la fecundidad no es homogéneo sino que varía según condiciones sociales, económicas e individuales. Un estudio realizado en México en 1987 demostró que las reducciones de la fecundidad adolescente en el área urbana era del 21.3%; mientras que, en el área rural fue apenas del 8%. Las diferencias socioeconómicas, culturales, educativas, y, los roles que desempeñan las mujeres no permitió que la fecundidad se reduzca de manera favorable en el área rural (García y Garma, 1989).

En este sentido, los demógrafos consideran que para reducir los niveles de fecundidad adolescente es necesario mejorar los niveles socioeconómicos de las mujeres debido a que, el principal factor que genera estas brechas en el área rural es la pobreza.

En efecto, la estructura social está constituida por diferentes proyectos de vida y expectativas que varían de un individuo a otro. No obstante, muchos de estos proyectos son restringidos en algunos grupos socioeconómicos, es decir la pobreza es capaz de limitar a un estilo, calidad y proyecto de vida, al igual que la satisfacción de las necesidades. Por ende, este problema debe ser visto desde el concepto de privación relativa²⁷. De esta

²⁶ Según Diccionario Demográfico Multilingüe (1985): La fecundidad natural es la cuando la fecundidad no es controlada por ningún factor (por ejemplo métodos anticonceptivos). Mientras que la fecundidad marital es influenciada por el matrimonio, la concepción de los hijos, la cultura y el uso de métodos anticonceptivos.
http://es-ii.demopaedia.org/wiki/Fecundidad_natural

²⁷ Mediante la comparación entre grupos en diferentes niveles socioeconómicos.

manera, se puede analizar el incremento de la fecundidad desde el punto de vista interno de las familias en condición de pobreza (Villasmil, 1998).

Judith Blake (1998), considera que las familias que se encuentran en condición de pobreza no consideran tener menos hijos e hijas e invertir más en ellos (similar al modelo de Becker). Al contrario el número de hijos e hijas es mayor, y la inversión en ellos es bastante baja. En este sentido, Blake (1998) asegura que un padre en situación de pobreza difícilmente provoca mayores expectativas en sus hijos e hijas de las que él tuvo para sí. Es decir, el estilo de vida y proyectos se replican. Por ende *“los modelos de oferta y demanda de hijos e hijas, y los cálculos relativos a los costos de oportunidad, costos directos e indirectos que los hijos e hijas traen consigo, adquieren un sentido distinto en un contexto de pobreza”* (Judith Blake, 1998 citado por Villasmil, 1998: 179).

Por otro lado, una de las principales diferencias estudiadas en la desigualdad de la fecundidad ha sido el número de hijos que tienen las mujeres residentes en el área rural y en el área urbana, lo cual se encuentra vinculado con el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad que, por ende dan como resultado un embarazos no deseados. Puesto que el número de hijos que una mujer tendría durante toda su vida se ha visto vinculado por la cantidad de mujeres que han iniciado su vida sexual a temprana edad, el autor evidencia que las adolescentes que residen en el área rural inician su vida sexual dos años antes en comparación con las adolescentes urbanas, lo cual influye en la fecundidad de las adolescentes (Villasmil, 1998).

En definitiva, la fecundidad adolescente no es uniforme ni homogénea en los diferentes contextos (urbano - rural). El área de residencia puede ser analizada como el estilo de vida que implica el acceso a servicios básicos, información, educación, conocimiento e incluye los aspectos culturales y sociales (CEPAL, 2003). En los siguientes apartados se explicará más a detalle como las diferencias expuestas en esta sección influyen en el comportamiento de la fecundidad adolescente en el Ecuador.

Por último, como se mencionó en acápite anteriores, si un país no prioriza la reducción de desigualdad socioeconómica, lo cual se encuentra asociado a los niveles de la fecundidad adolescente, los efectos negativos de la misma se verán evidenciados en el desarrollo económico y social en un país así como en la vida de las adolescentes y los hijos o hijas (Azevedo et al, 2011).

Consecuencias de la fecundidad adolescente

La fecundidad adolescente es una crisis que se suma a los cambios biológicos, psicológicos e intelectuales que se desarrollan en este periodo de la vida. Esta situación inesperada irrumpe en la vida de las adolescentes en el momento en que aún no cuentan con la madurez física y mental que se requiere para asumir este proceso (Azevedo et al, 2011).

Como se mencionó anteriormente, las consecuencias de la fecundidad adolescente tienen efectos más negativos, respecto a los positivos. En este sentido, el Banco Mundial (2011) divide a las consecuencias negativas de la maternidad en la adolescencia en el corto, mediano y largo plazo.

En el corto plazo, las adolescentes están expuestas a complicaciones durante el embarazo, pues como se explicó, las adolescentes no están preparadas biológicamente para tener un hijo, lo que implica que corren un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna-fetal, y complicaciones en el parto. Según Ricalde (2014), las mujeres menores de 16 años tienen cuatro veces mayor riesgo de morir que una mujer mayor de 20 años.

Al hablar de morbilidad, según Jácome (2014), se refiere a enfermedades que pueden sufrir las adolescentes durante el embarazo. La OMS (2010) considera que las adolescentes son propensas a adquirir anemia²⁸ o incluso pueden desarrollar fistula obstétrica²⁹ y contraer enfermedades de transmisión sexual.

Ahora, las causas de mortalidad en el embarazo adolescente pueden ser indirectas y directas. Según la OMS (2010), las causas directas son: hipertensión, aborto, y hemorragia. Mientras que, las causas indirectas, generalmente, son de tipo psicológico que pueden conducir al suicidio de la adolescente. Para Pinto (2014), las adolescentes embarazadas tienden a sentir vergüenza, negación e incluso depresión.

Por otra parte, en el mediano plazo la fecundidad adolescente incide negativamente en la vida normal que debe tener una adolescente. Es así que, el Banco Mundial afirma que se reducen los años de escolaridad, pues las adolescentes deben dividir su tiempo entre la escuela o colegio, el cuidado de sus hijos e hijas, y el trabajo. Por lo que la asistencia

²⁸ Efectivamente en América Latina y el Caribe las adolescentes son más propensas a contraer anemia por la falta de hierro, según Jácome (2014) es provocado por la mala alimentación principalmente en adolescentes residentes de zonas rurales y niveles socioeconómicos bajos.

²⁹ Consiste en una abertura anormal entre la vagina y la vejiga o el recto, producido por la presión extrema que sucede durante un parto prolongado provocando daño a los tejidos. La razón por la que se produce fistula obstetra en madres primerizas adolescentes es porque son particularmente vulnerables a un trabajo de parto largo y obstruido (generalmente en zonas rurales), especialmente si no hay la posibilidad de practicar una cesárea. (Jácome, 2014).

escolar disminuye generando un desempeño académico y laboral negativo (Azevedo et al, 2011).

En largo plazo, las consecuencias radican en la falta de capital humano acumulado de la adolescente, pues la inserción temprana al mercado laboral, generalmente, no permite que la adolescente termine sus actividades escolares a tiempo. Efectivamente, los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH, 1990-2009) demostraron que *“la maternidad adolescente reduce significativamente la probabilidad de terminar la escuela secundaria”* Kruger y Berthelon, 2012, citado en Azevedo et al, 2011:18).

No obstante, las consecuencias a largo plazo provocadas por la fecundidad adolescente varían dependiendo de la edad, la etnia y el nivel socioeconómico de la mujer. Según Azevedo et al (2012), a las adolescentes de niveles socioeconómicos más altos les es más factible continuar con sus estudios e incluso pueden acceder a un mejor ámbito laboral, que según los autores, es proporcionado por los padres.

Por su parte, las adolescentes de niveles socioeconómicos bajos se ven obligadas a dejar sus estudios pues, necesariamente, deben insertarse al mercado laboral para sobrevivir. Según el Banco Mundial (2011) los trabajos que realizan las adolescentes no son bien remunerados, pues actualmente las leyes laborales en los países exigen un número mínimo de años de escolaridad y experiencia para obtener un buen trabajo (Azevedo et al, 2011).

Por otro lado, es necesario mencionar que la fecundidad adolescente no afecta únicamente a la madre, pues según el Banco Mundial (2011) la maternidad en adolescentes tiene efectos intergeneracionales. En este contexto, las adolescentes que no terminaron sus estudios, es decir, cuyo el capital humano adquirido no es igual a de las otras adolescentes, afecta al desarrollo biológico, cognoscitivo y académico de los hijos o hijas (Azevedo et al, 2011).

En este sentido, la fecundidad adolescente puede generar pobreza, pues como se evidenció, no todas las adolescentes pueden continuar con sus estudios e invertir en su propio capital humano y obtener remuneraciones elevadas. Bajo este contexto, la pobreza se puede considerar como una consecuencia de la fecundidad adolescente; y, a su vez, la fecundidad adolescente es una consecuencia de la pobreza. Evidentemente, la falta de información sobre salud sexual y reproductiva, bajos ingresos y poca escolaridad conllevan a las adolescentes a tomar decisiones “irracionales” como lo mencionaba Malthus y Becker en sus teorías.

Además, según Azevedo et al (2012) la fecundidad adolescente genera una visión negativa sobre el matrimonio, pues en México se demostró que a pesar de que las adolescentes contraigan matrimonio después de un embarazo, son más propensas a divorciarse, esto incide directamente en el núcleo familiar en el que crecerá el hijo o hija. Es así que hoy en

día se observan varios hogares disfuncionales provocados por efectos del embarazo a temprana edad.

En base a lo expuesto, las consecuencias de la fecundidad adolescente están relacionadas con efectos biológicos, psicológicos, económicos y sociales. No obstante, Azevedo et al (2011) demuestran que las consecuencias más significativas, a largo plazo, son las que afectan a las oportunidades económicas de la adolescente y de sus hijos o hijas, por ejemplo el nivel de instrucción, el ingreso, la participación e inserción en el mercado laboral. La fecundidad adolescente es considerada como un evento endógeno, el cual tiene mayor probabilidad en los niveles socioeconómicos bajos (Azevedo et al, 2011).

Adicionalmente, este fenómeno implica elevados costos que pueden ser individuales, dejando de lado al gasto público, o sociales. En México en el año 2012 Azevedo et al, exponen los resultados de una investigación sobre el costo de la maternidad adolescente y se llega a la conclusión que la mayoría de las adolescentes participan en programas sociales y son dependientes de ingresos de asistencia social, demostrando que la fecundidad en la adolescencia afecta a la madre y a la sociedad en general.

Ahora, *¿Cuáles son los costos sociales en el embarazo?* El mismo estudio muestra que los costos fiscales relacionados con la fecundidad adolescente son: atención, prevención y asistencia a las madres y a sus hijos e hijas, así como también los gastos en educación, e incluso los *“retornos desperdiciados de la inversión en niños y niñas que abandonaron la escuela”*; los costos adicionales están enfocados en la búsqueda de programas y proyectos que reduzcan la fecundidad en la adolescencia y que su impacto sea mínimo (Azevedo J.P et al, 2012).

Finalmente, cabe mencionar, que algunos estudios de la fecundidad adolescente se centran, principalmente, en las consecuencias de este fenómeno lo que puede dejar de lado a la causalidad del embarazo en la adolescencia, pues esto no permite aplicar políticas adecuadas para erradicar o disminuir los niveles del mismo. El Banco Mundial considera que no basta *“capturar correlaciones sino que es importante estudiar las relaciones causales de la maternidad temprana”* (Azevedo et al, 2011:16).

Teoría de los Determinantes de la Fecundidad

Con base a la explicación sobre el comportamiento de la fecundidad a lo largo de la historia, varios analistas económicos demostraron que los niveles de la fecundidad se ven afectados, no solo por factores económicos sino que interactúan diferentes variables. Los planteamientos de la fecundidad permiten entender de manera teórica, las diferencias del comportamiento de la fecundidad entre sociedades desarrolladas y en vías de desarrollo. No obstante, la teoría de los Determinantes de la fecundidad sistematiza la incidencia de variables biológicas, económicas, sociales y culturales para el estudio de la fecundidad.

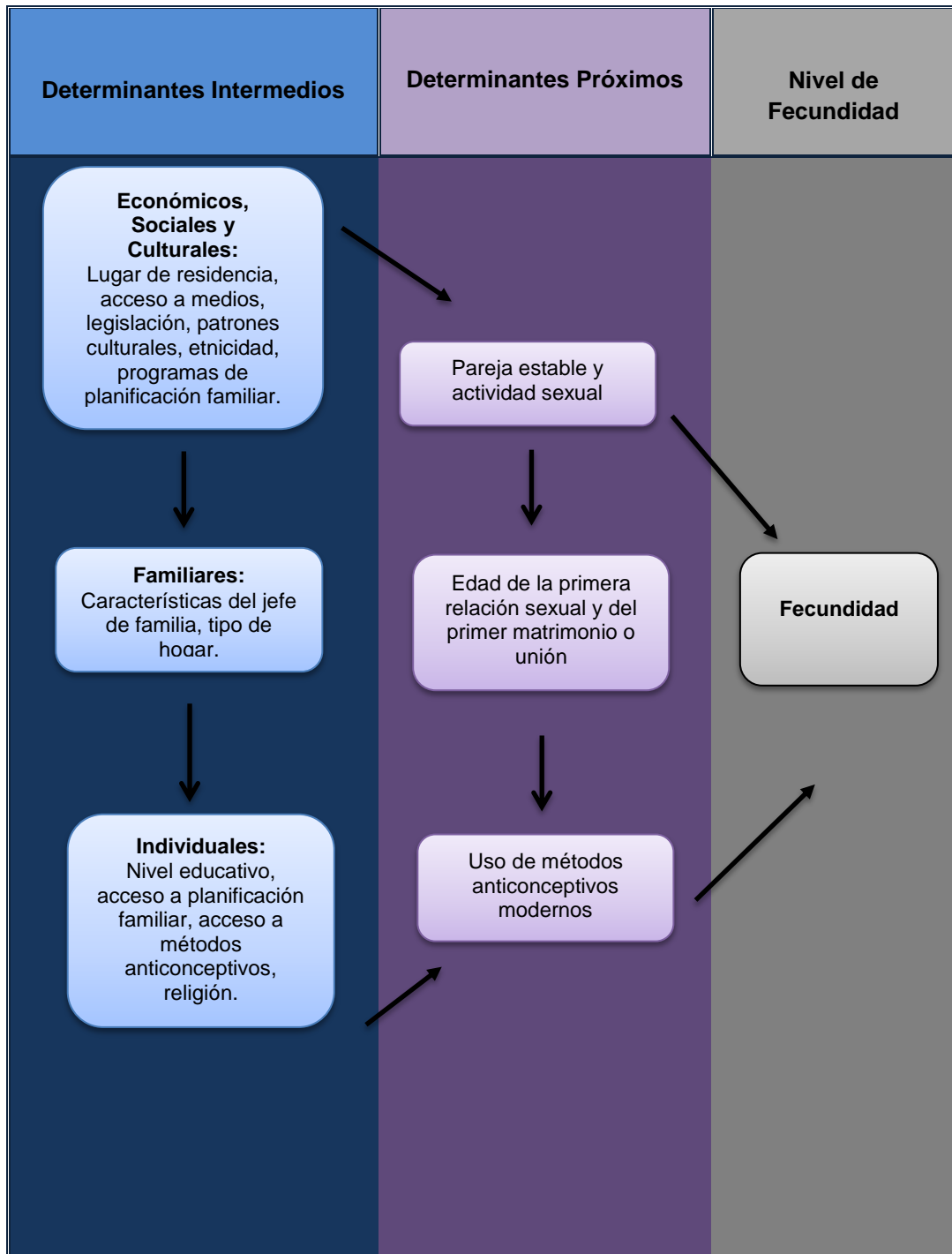
En 1982 Bongaarts descubrió cómo la fecundidad se ve afectada por otras variables que incrementan o disminuyen sus niveles. En 1985 Farooq y Simmons definen a las variables, mencionadas por Bongaarts, como los determinantes de la fecundidad, que son variables que buscan explicar los elementos que provocan cambios en la fecundidad de una determinada población.

Complementado lo desarrollado por Bongaarts, Farooq y Simmons, Davis y Blake (1956) analizan a la fecundidad por niveles, para ello dividieron a los determinantes de la fecundidad en dos grandes grupos: los determinantes próximos; y los intermedios (Rodríguez, 1997).

Los determinantes próximos son aquellos que afectan al comportamiento de la fecundidad natural, esto quiere decir que si no existiera control de la fecundidad, el nivel que se obtiene es el natural o real. Por el contrario, los determinantes intermedios son factores que inciden directamente en la fecundidad; o, indirectamente a través de los determinantes próximos (Salazar, 2003). Por ejemplo, la educación de la mujer tiene influencia en la decisión del inicio de la vida sexual, véase la figura 1.

Sin embargo, Rodríguez (1997), considera que solo a través de los determinantes próximos, los determinantes intermedios como: factores culturales, socioeconómicos e individuales pueden modificar el comportamiento de la fecundidad (Salazar, 2003).

Figura 1. Marco conceptual sobre los determinantes de la fecundidad adolescente.



Fuente: (Mendoza y Subiría, 2013: 47).
Elaboración: Nataly Cadena

La figura 1 muestra la relación de los determinantes de la fecundidad. Se puede observar que los determinantes intermedios como: económicos, sociales, culturales, familiares e

individuales inciden directamente en los próximos por ejemplo en el uso de anticonceptivos o inicio de la vida sexual. Es decir, vivir en situación de pobreza, no tener acceso a educación, no tener conocimientos sobre sexualidad y reproducción, conlleva a iniciar la vida sexual durante la adolescencia, lo que incrementa el riesgo de embarazo. En este sentido, a través de la interacción de los determinantes próximos e intermedios se puede estudiar, a profundidad, su incidencia en los niveles de la fecundidad adolescente.

Por otra parte, Davis y Blake (1956) igualmente analizaron las primeras reflexiones de la Teoría de la Transición Demográfica, lo que permitió que la base del estudio sea la fecundidad natural, es así que se incluyen las bases biológicas relacionadas con el inicio de la menarca³⁰ y problemas de la misma (como amenorrea y dismenorrea)³¹, con patrones naturales como la edad de la primera relación sexual y la edad para contraer matrimonio (Medina y Carmo Fonseca, 2005).

Ahora, una consideración importante sobre el modelo de los Determinantes, es que estos varían de acuerdo al nivel de desarrollo económico de la sociedad. En efecto, a mitad del siglo XX, Davis y Blake proponen que los Determinantes de la fecundidad no actúan de la misma forma en sociedades menos desarrolladas y en sociedades urbanizadas (Medina y Carmo Fonseca, 2005).

Específicamente, las sociedades en vías de desarrollo se caracterizan por niveles de fecundidad elevados, por lo tanto los autores establecieron que en estas sociedades los determinantes más relevantes son el inicio temprano de las relaciones sexuales, la edad precoz para contraer matrimonio o unión libre. Además, estas sociedades no cuentan con conocimiento e información profunda sobre métodos anticonceptivos modernos, y los nacimientos en adolescentes son mucho mayores en poblaciones rurales o de niveles socioeconómicos bajos, donde los niveles de educación son escasos (Medina y Carmo Fonseca, 2005).

Por el contrario, las sociedades desarrolladoras después del proceso de transición demográfica, lograron disminuir los niveles de la fecundidad, basándose en la propuesta de Malthus, postergar la edad de matrimonio. Según Davis y Blake (1956), la anticoncepción y la educación sexual permitían que la vida sexual de los y las adolescentes sea responsable. En este contexto, se evidencia que el modelo de los Determinantes fundamenta su análisis en la Teoría Clásica inicial de la transición, donde los niveles de fecundidad están en función en los niveles de crecimiento económico (Medina y Carmo Fonseca, 2005). Tomando en cuenta lo mencionado, a continuación se detallan los determinantes de la fecundidad en sociedades subdesarrolladas.

³⁰ La primera menstruación (Papalia, 2012).

³¹ Son trastornos menstruales, la amenorrea es la ausencia de la menstruación por un período largo de tiempo. Mientras que, la dismenorrea son dolores severos durante el ciclo menstrual (Papalia, 2012).

Determinantes de la Fecundidad adolescente en sociedades subdesarrolladas

Determinantes próximos

Como se mencionó en acápites anteriores, los determinantes próximos son aquellos que afectan al comportamiento de la fecundidad natural, en esta sección se tratarán los determinantes propuestos por la literatura como: el inicio de las relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y nupcialidad.

1. Inicio de relaciones sexuales

El inicio precoz de las relaciones sexuales incrementa los niveles de fecundidad en las adolescentes, es decir se correlacionan de manera positiva. Según Papalia (2012), este determinante es considerado como una conducta de riesgo en los y las adolescentes, además es una de las variables más importantes a la hora de estudiar el embarazo adolescente (Flórez et al, 2004).

La exposición al riesgo del embarazo depende de la edad en que la mujer inicia su vida sexual, ya sea dentro o fuera de la unión marital. Ciertamente, Flórez et al (2004) aseguran que el riesgo de un embarazo en la adolescencia disminuye a medida que aumenta la edad de las relaciones sexuales. No obstante, la CEPAL (2003) confirma que a nivel mundial la incidencia de las relaciones sexuales es mayor, por lo que el inicio de las relaciones sexuales se ha desplazado hacia edades más jóvenes (Flórez et al, 2004).

Por otro lado, Antezana (2000) señala que en la mayoría de países latinoamericanos, las adolescentes han comenzado su vida sexual antes de los 19 años; y, al comparar a las adolescentes de las zonas urbanas y rurales, se evidencia que las adolescentes residentes del área rural son más propensas a iniciar su vida sexual mucho antes de los 15 años. El autor mencionado considera, además que, la vida sexual de las adolescentes que residen en el área rural coincide con el matrimonio y la falta de información sobre anticonceptivos modernos (FAO, 2000).

2. Nupcialidad

La nupcialidad, para Montoro (1998), no es únicamente el “*mero*” resultado de una voluntad amorosa, sino que involucra condiciones económicas y sociales de los individuos, como el empleo, el ahorro, la vivienda, entre otros. La nupcialidad viene acompañada del incremento de la tasa de fecundidad, pues según Arce, Rodríguez y Garavito (2012) la nupcialidad es un determinante básico de la exposición al riesgo de embarazo. En este contexto, el interés público por la nupcialidad adolescente se enfoca en los altos niveles de natalidad correspondientes a este grupo.

La CEPAL (2003), atribuye los altos niveles de fecundidad adolescente en la mayoría de países latinoamericanos a que, generalmente, consideran que la familia es el eje principal para la reproducción. Además, se han creado estereotipos en los que la mujer, necesariamente, debe casarse joven y ser madre. Es decir, se da una extrema importancia al matrimonio antes que la inversión en capital humano. García y Rojas (2002), consideran que a partir de 1960 los países latinoamericanos adoptan un nuevo patrón de formación de cohabitaciones fuera del matrimonio, lo que motivó a la mayoría de adolescentes a convivir con su pareja sin un compromiso establecido, generando conductas sexuales irresponsables (Bay, del Popolo y Ferrando, 2003).

El riesgo de embarazo aumenta con la nupcialidad, de esta manera las adolescentes unidas o casadas incrementan el nivel de la fecundidad marital en sí misma (Salazar, 2003). En este contexto, la CELADE (2003) asegura que los factores que se relacionan con la nupcialidad son tres. Primero, el porcentaje de mujeres adolescentes unidas o casadas. Segundo, mujeres adolescentes que permanecen solteras; y, finalmente, la estabilidad de la unión o matrimonio.

No obstante, estudios posteriores muestran que el riesgo de embarazo no depende únicamente del tipo de unión o matrimonio, sino de la intensidad de la actividad sexual de las adolescentes, y la estabilidad en el matrimonio³². Ciertamente Flórez (2005) indica que la mayoría de mujeres adolescentes en Latinoamérica tienen una vida sexual activa y, en cierta forma, irresponsable. En este sentido, la nupcialidad se convierte en un factor que interactúa directamente con la intensidad de las relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos en el matrimonio o unión.

Ahora, la decisión de contraer matrimonio no es homogénea en los diferentes estratos sociales. Salazar (2003) considera que las adolescentes que residen en el área rural son más propensas a contraer matrimonio o cohabitar a edades más tempranas, respecto a las adolescentes que residen en el área urbana, lo que incrementa la probabilidad de tener un embarazo en la adolescencia.

³² Según la CELADE (2003) la mayoría de encuestas se enfocan en el estado civil de las adolescentes y no en la estabilidad del matrimonio o unión, lo que implica que la información no sea completa.

Es así que, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en la resolución 843 del año 1954 declaró que *“ciertas costumbres, antiguas leyes y prácticas referentes al matrimonio y a la familia son incompatibles con los principios enunciados en la declaración universal de los derechos humanos”*, debido a que las adolescentes están en un proceso de madurez, cambios físicos y emocionales que no permiten que sus decisiones sean claras y sobretodo el plan de vida que deseen no puede darse a temprana edad. En base a lo mencionado, a continuación se exponen los factores que están relacionados con el determinante próximo “nupcialidad”.

❖ **Tipo de Unión**

En las poblaciones en donde la unión consensual es alta, la edad del primer nacimiento sirve para medir el patrón de nupcialidad. Actualmente, según la CEPAL (2012) las adolescentes tienden a cohabitar con sus parejas, lo que ha venido a reemplazar a la nupcialidad legal en la cohorte adolescente. Este tipo de uniones, según Antezana (2000) tienden a ser mucho mayores en mujeres que residen en el área rural (Flórez et al, 2004).

No obstante, las uniones consensuales también tienen un porcentaje elevado en áreas urbanas, donde las creencias y formalidades se reemplazan por diversión. Este tipo de comportamiento incrementa la probabilidad de fecundidad adolescente, ya que también se encuentra relacionado a temas de información y actividad sexual (OMS, 2005).

Salazar (2003) considera que la mitad de las uniones o matrimonios en la adolescencia termina en separación, debido a que las uniones maritales a edades tempranas son más inestables y menos duraderas que aquellas establecidas en los posteriores ciclos de vida. Uno de los principales causantes de las separaciones es la edad a la que se realiza el matrimonio, por lo que la gran mayoría de los y las adolescentes no han alcanzado la madurez necesaria.

❖ **Fecundidad marital**

Las mujeres que contraen matrimonio a partir de los 15 años son más propensas a tener al menos un hijo en los dos primeros años de matrimonio. La mayoría de estudios realizados por Flórez (2005) demuestran que el comportamiento de la fecundidad marital adolescente difiere en las áreas de residencia. Las adolescentes residentes del área rural son madres mucho más jóvenes. Por ejemplo, en Colombia el 13% de las adolescentes del área rural fueron madres antes de los 17 años, en comparación con el 3% de las adolescentes residentes del área urbana.

Salazar (2003) considera que la cultura incide en la fecundidad marital, pues la información sobre planificación familiar y comportamiento sexual están relacionados con las prácticas

culturales de las sociedades. Es decir, la fecundidad marital es el resultado de la nupcialidad y el inicio de las relaciones sexuales en las adolescentes.

❖ **Edad (primera unión-matrimonio y primera relación sexual)**

A partir de los años 70, la edad a la que se efectúa la primera unión o matrimonio, es considerada como el determinante principal de la fecundidad adolescente. Sin embargo, se deben tener en cuenta, para el análisis completo de la fecundidad adolescente, a las adolescentes solteras pero sexualmente activas (Salazar, 2003).

Ahora bien, en varios países latinoamericanos, la mitad de las mujeres de 19 años han iniciado su vida sexual, mientras que los hombres han iniciado su vida sexual a los 17 años, la mitad de estos adolescentes están casados o unidos (Singh et al, 2000).

En este sentido, la edad de la primera relación sexual, es considerada como una variable demográfica que tiene el fin de evidenciar el comportamiento sexual de una población. Por lo tanto, a medida que incrementa la edad de la primera relación sexual, el riesgo de embarazo disminuye. Pues, conlleva a que las adolescentes están bien informadas sobre salud sexual y reproductiva; e, inicien una vida sexual responsable (Salazar, 2003).

Por otra parte, Farooq y Simmons (1985) afirman que mientras mayor sea la edad para contraer matrimonio, menor será la fecundidad global, además se considera que las poblaciones donde la edad para contraer matrimonio es mayor, tienen niveles mayores de urbanización y desarrollo, lo que incide en niveles más altos de educación y mayor información sobre métodos anticonceptivos. Es así, que la fecundidad marital disminuye, puesto que la cohorte adolescente casada o unida también es escasa (Salazar, 2003).

❖ **Mujeres solteras (sexualmente activas y embarazo prematrimonial)**

A pesar de que algunos autores como McDevitt et al (1996) y Salazar (2003) consideran que las adolescentes expuestas a embarazos son las que están casadas o unidas, debido a que mantienen una vida sexual dos veces mayor que las mujeres solteras, Singh (1998) señala que las adolescentes residentes de países subdesarrollados mantienen una actividad sexual prematrimonial alta, sin protección y sin información adecuada, por lo que probabilidad de quedar embarazadas y afectar a la fecundidad total es elevada.

Ahora, recordando la explicación en el determinante de la nupcialidad, las adolescentes residentes en el área rural tienen mayores probabilidades de contraer matrimonio pues valorizaban en gran medida al matrimonio. No obstante, Flórez et al (2004) encontraron que

en la actualidad las adolescentes, residentes del área urbana, consideran a la actividad sexual como un evento “*normal*” que es aceptado por los pares.

Efectivamente, los autores mencionados determinaron que, si bien es cierto en las áreas rurales prevalece la sobre valorización del matrimonio, actualmente las adolescentes urbanas consideran que las relaciones sexuales prematrimoniales les permiten “*asegurar el éxito con su pareja*”. Por ejemplo, en Colombia se realizó un estudio sobre la percepción de las adolescentes sobre las relaciones sexuales prematrimoniales según el área de residencia; y, efectivamente la mayoría de adolescentes del área urbana estaba de acuerdo que antes del matrimonio era necesario “*probar la experiencia sexual de su pareja*” (Flórez et al, 2004).

En este sentido, las diferencias de la actividad sexual en las adolescentes entre el área urbana y rural, depende exclusivamente de la percepción y motivos que tengan para hacerlo. Los motivos serán detallados en capítulos posteriores.

3. Uso de métodos anticonceptivos

Los niveles de la fecundidad pueden ser controlados por el uso de métodos anticonceptivos. En efecto, el proceso vivido por los países europeos en la Segunda Transición Demográfica, demostró que uno de los mecanismos efectivos de control de los altos niveles de fecundidad fue el uso adecuado de métodos anticonceptivos modernos.

Ahora, siguiendo el análisis de la Teoría de la Transición Demográfica, la utilización de anticonceptivos modernos en las mujeres depende tanto de la educación sexual, del grado de información que tenga y del uso de los mismos, así como del acceso a los anticonceptivos y a planificación familiar. Son varias las causas que inciden en la decisión de las mujeres de utilizar métodos anticonceptivos. Entre las cuales se destacan la estabilidad de una unión, ya sea legal o consensual; y, el deseo o no de tener hijos que influyen de forma directa en esta decisión (Salazar, 2003).

Por otro lado, al igual que el comportamiento de la fecundidad, el uso de anticonceptivos modernos en las adolescentes tampoco es homogéneo, según Antezana (2000) las adolescentes en el área rural solo utilizan un método anticonceptivo, y por lo general es un método tradicional³³ y poco seguro. Mientras que, una adolescente en el área urbana puede utilizar hasta tres tipos de métodos modernos (FAO, 2000). Adicionalmente, es importante

³³ Generalmente las adolescentes residentes del área rural, no utilizan métodos anticonceptivos al momento de tener relaciones sexuales, sin embargo el estudio “*Situación de la adolescente rural en Perú*” (INEI, 2010) demuestra que, cuando las adolescentes desean protegerse de un embarazo, el método anticonceptivo tradicional más utilizado es el de *abstinencia periódica o el calendario menstrual*, que será explicado más adelante.

destacar que el conocimiento y acceso a anticonceptivos en el área rural es menor, respecto al área urbana.

❖ **Tipos de Métodos de métodos anticonceptivos:**

Existen diferencias abismales en el uso de los métodos anticonceptivos entre países desarrollados y subdesarrollados. En el estudio realizado por CELADE (2003) se evidencia que en los países latinoamericanos, el uso de los anticonceptivos es poco homogéneo y tienden a usar los métodos tradicionales, esto se debe al poco conocimiento sobre métodos modernos más eficaces y que brindan mayor protección. Por otro lado, en países desarrollados abunda el uso de métodos modernos y es homogéneo, según la CELADE (2003) el uso de los mismos incrementó gracias a los programas nacionales de planificación familiar en los cuales se otorga información necesaria sobre el uso.

La mayoría de las adolescentes latinoamericanas inicia su vida sexual sin protección, Flórez (2005) asegura que la edad promedio de uso de métodos anticonceptivos es a los 16 años, después de haber iniciado su vida sexual, e incluso después de su primer embarazo. Los embarazos no deseados pueden prevenirse con el uso adecuado de los métodos anticonceptivos, como lo explica el siguiente párrafo:

El uso de métodos anticonceptivos es también un determinante del embarazo en adolescentes. Una adolescente que no utiliza métodos anticonceptivos tiene entre 8 y 31 veces más riesgo de tener un embarazo que una adolescente que los utiliza. Esto significa que una adolescente que deja de usar métodos anticonceptivos incrementa su probabilidad de embarazarse, en promedio, entre 40 y 68% (Llerena, Buizza y Cabrera 2014, pág. 21).

A continuación, se presentan los tipos de métodos anticonceptivos:

a. Métodos Anticonceptivos Tradicionales

Son métodos naturales en los que no intervienen factores externos a los biológicos, por ende son poco confiables y exponen a la mujer a tener un embarazo no deseado. Los más utilizados son tres. El primero es el coito interrumpido, que consiste en “*retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación y eyacular fuera de esta, cerciorándose de que el semen no entre en contacto con los genitales externos*” (OMS, 2015).

Segundo, el método de calendario o ritmo que consiste en “*observar el ciclo menstrual durante 6 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)*”. Tercero, el Método

de amenorrea de la lactancia (MELA), es *“exclusivo para mujeres que recién dieron a luz y que no han vuelto a menstruar. Exige el amamantamiento exclusivo o día y noche completos, de una criatura menor de 6 meses”* (OMS, 2015).

b. Métodos Anticonceptivos Modernos

Son considerados más seguros y demuestran, en cierta forma, el nivel de conocimiento sobre salud sexual que tienen las adolescentes. Los métodos modernos son Anticonceptivos orales (pastillas o píldoras), Pastillas de progestágeno (mini pastilla o mini píldora), Implantes, Progestágeno en forma inyectable, Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, Condones (masculino y femenino); y, Esterilización (masculina y femenina) (OMS, 2005).

La mayoría de adolescentes, unidas o casadas, que residen en zonas rurales son más propensas a utilizar anticonceptivos tradicionales o simplemente no utilizan ningún método ya que consideran que la fecundidad es parte de la unión o el matrimonio (Román, 2009).

En este sentido, Flórez (2005) asegura que los embarazos no deseados de adolescentes de niveles socioeconómicos altos son, generalmente, consecuencia de acciones no planificadas, sin embargo los embarazos de adolescentes de niveles socioeconómicos bajos son provocados por la falta de información y acceso a educación sexual y planificación familiar³⁴ (Flórez, 2005).

Determinantes intermedios de la fecundidad adolescente

En base a la teoría expuesta, los factores socioeconómicos, contextuales y sociales inciden en la fecundidad a través de los determinantes próximos. Para Flórez (2005) los determinantes próximos, como el inicio de las relaciones sexuales, la nupcialidad y el uso de anticonceptivos son parte de la toma de decisiones de las adolescentes.

Sin embargo, estas decisiones sobre el comportamiento sexual de las adolescentes varía según las oportunidades económicas, situación socioeconómica, educación, características individuales y del hogar a las que están expuestas las adolescentes (Flórez, 2005).

³⁴ “La información cualitativa indica que esta diferencia de comportamiento entre estratos se relaciona con las percepciones sobre la maternidad. Las adolescentes del estrato medio alto consideran que los hijos deben tenerse cuando se ha alcanzado estabilidad económica, emocional y en la relación de pareja, mientras que las del estrato bajo consideran que el embarazo en la adolescencia es un instrumento válido de reconocimiento y aceptación social, además de una opción para conformar una verdadera familia” (Flórez, 2005: 394).

Según la literatura especializada, existen tres tipos de factores que intervienen directa e indirectamente sobre la fecundidad, debido a que expresan la gran influencia de la estructura social en la que vive la adolescente, determinando así el nivel socioeconómico e institucional de la mujer, a través de los determinantes próximos, los cuales se mencionan a continuación:

1. Factores globales que están relacionados con políticas y programas gubernamentales en los ámbitos de salud, educación y empleo. A través de estos factores el estado organiza la oferta de servicios de salud, de planificación familiar, educativos y de acceso a bienes y servicios que directa o indirectamente afectan la fecundidad (Flórez et al, 2004).
2. Factores socioeconómicos, sociales y culturales donde reside la adolescente, incluida la concepción sobre matrimonio, la actividad sexual prematrimonial, y embarazo (Flórez et al, 2004)
3. Factores individuales o características de la adolescente, como el nivel de educación, y la tipología del hogar en el que vive (Flórez et al, 2004).

1. Factores Globales

Las políticas y programas gubernamentales son indispensables para la reducción del embarazo en la adolescencia. Datos del Banco Mundial (2011) evidencian que existen dos posibilidades para reducir este fenómeno. La primera, es a nivel macro, es decir implica reducir la desigualdad en oportunidades que existe en América Latina, como por ejemplo el acceso a una educación de calidad, acceso a métodos anticonceptivos modernos y mejora de las oportunidades laborales futuras de las adolescentes.

La segunda y la más importante, sobre todo por el hecho de que no se ha cumplido en varios países, es a nivel micro. Es decir, influye principalmente en la toma de decisiones de las adolescentes y amplía el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva³⁵ (Azevedo et al, 2011)

35

1. **Salud Sexual:** Es el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva, así como sus funciones y procesos. Las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos en la que no es obligatoria la procreación, pues la sexualidad en sí misma es una forma de comunicación, convivencia y/o amor entre las personas.
(MINSA 2013 – tomado de: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/planfam/saludsexual.asp>)
2. **Salud Reproductiva:** Es el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva. La salud reproductiva incluye la

Varios estudios del Banco Mundial, demuestran que algunos países latinoamericanos se enfocaron únicamente en políticas a nivel macro, como el acceso a educación y salud, lo cual naturalmente es positivo, sin embargo no compensa la falta de información de las adolescentes, especialmente en el tema de educación y derechos sexuales, planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos. En este sentido, si un Estado aplica políticas y programas a nivel macro y micro, la fecundidad adolescente va a disminuir al igual que las desigualdades.

2. Factores socioeconómicos, sociales y culturales

Contexto socioeconómico

Los factores socioeconómicos son analizados a través del entorno en que se desenvuelve la adolescente y el acceso a servicios básicos. Debido a que existen diferencias entre los niveles socioeconómicos de las mujeres, el embarazo adolescente no es homogéneo. En este sentido, Flórez y Soto (2006) demuestran que los niveles de fecundidad adolescente son mucho más altos en grupos de niveles socioeconómicos bajos. Es decir, la relación entre la fecundidad y el nivel socioeconómico de la mujer es negativa (Flórez y Soto 2006).

Evidentemente, el comportamiento de la sexualidad es diferente en los grupos socioeconómicos, Rodríguez (2010) denomina a este comportamiento como "*la dinámica reproductiva de la pobreza*". Por ejemplo, la asimetría del cumplimiento de los derechos reproductivos, implica embarazos no deseados que, lamentablemente, son mucho más altos en sectores vulnerables, por ejemplo en adolescentes de niveles socioeconómicos bajos. Además la CEPAL (2006) considera que las desigualdades en la salud sexual y reproductiva evidencian las desigualdades económicas y sociales en un país (Villasmil, 1998).

Ahora bien, las adolescentes que viven en circunstancias de pobreza son más propensas a tener más hijos. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2004), mientras menor cantidad de hijos tenga las familias, el desarrollo se incrementa, debido a que la probabilidad de movilidad económica aumenta, además es necesario comprender que la pobreza es una de las causas de la fecundidad en la adolescencia (Ortiz, 2006).

Adicionalmente, la transmisión intergeneracional de las desigualdades, que se originan en las familias genera diferentes restricciones en la vida de los hijos e hijas, en especial en la falta de información, que trae consigo elevadas tasas de fecundidad. Las condiciones

capacidad de las personas para tener una vida sexual, segura y satisfactoria para reproducirse, así como la libertad para decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo.

(MINSA 2013 – tomado de: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/planfam/saludsexual.asp>)

socioeconómicas del área de residencia de las familias influyen directamente en la fecundidad (Villasmil, 1998).

Para autores como Farooq y Simmons (1985) el nivel socioeconómico de la mujer incide en la ocupación laboral y la profesión de la mujer, lo que a su vez se relaciona con bajos niveles de educación, incrementando las cifras de embarazos no deseados.

A continuación se exponen los componentes principales en el contexto socioeconómico y, que son indispensables en el análisis de la fecundidad adolescente.

a. Acceso, conocimiento, proximidad y barreras de métodos anticonceptivos

El acceso a métodos anticonceptivos modernos se ve restringido por tres factores principales. El primero, es el conocimiento o educación sexual, sin este factor las adolescentes no aprenden sobre las diferencias entre métodos anticonceptivos tradicionales y modernos y el uso responsable de los mismos (Salazar, 2003).

Segundo, la proximidad al anticonceptivo, es decir el lugar en donde la adolescente puede conseguirlos y que tan lejos se encuentra de su hogar. Tercero, el costo y la calidad del método anticonceptivo. Por ejemplo, si acude a un centro de salud o a una farmacia. En este sentido, la relación entre el conocimiento y los anticonceptivos es positiva. No obstante, la relación entre la proximidad al lugar donde puede conseguir los métodos anticonceptivos modernos y la utilización correcta de los mismos es débil (Salazar, 2003).

Ahora bien, la reducción de los niveles de fecundidad adolescente no se debe únicamente al uso de los anticonceptivos, sino también el acceso y oferta de los mismos. Según el instituto Guttmacher (1998), el acceso que tienen las adolescentes a los anticonceptivos no es homogéneo, pues en las áreas rurales son pocas las infraestructuras y personal que satisfaga esta necesidad (Camacho, 2000).

A su vez, Flórez et al (2004) consideran que esta diferencia radica en los pocos estudios realizados en los países subdesarrollados sobre la demanda por planificación familiar, la misma que se enfoca en tres tipos de situaciones. La primera, mujeres con necesidad insatisfecha de planificación familiar. La segunda, mujeres actualmente usando cualquier método de planificación familiar; y, finalmente, mujeres que quedaron embarazadas mientras usaban un método de planificación familiar (Flórez et al 2004:34).

En este sentido, las mujeres que tienen acceso a métodos de planificación familiar son parte de la demanda satisfecha. No obstante, las mujeres que han tenido embarazos no deseados, por falta de acceso a métodos de planificación familiar, forman parte de la demanda insatisfecha. (Flórez et al, 2004)

En base a lo expuesto, la literatura afirma que el porcentaje de demanda de planificación insatisfecha es más elevado en áreas rurales, pues los establecimientos encargados de otorgar servicios de planificación familiar y otorgar los métodos anticonceptivos se encuentran, generalmente a una distancia entre 5 y 10 kilómetros del hogar de las adolescentes (Gómez de León y Hernández, 1998).

b. Grado de Urbanización (Diferencias en el área urbana y rural)

Esta variable fue expuesta más a detalle en secciones anteriores, pues es parte de los objetivos de esta disertación. En este apartado se expone una revisión de la literatura y la importancia de la variable.

Flórez y Soto (2006) fueron pioneras en proporcionar el indicador de lo urbano de una zona, pues consideran que es importante por la relación entre la zona de residencia de la mujer y la fecundidad total. Para poder medirlo se necesita conocer la disponibilidad de servicios públicos, materiales de construcción, tipo de bienes y servicios, y acceso a servicios básicos. De la misma manera, Singh (2000) considera que la urbanización es favorable para reducir los niveles de la fecundidad.

Bajo este contexto, la necesidad de estudiar las diferencias en el comportamiento de la fecundidad de acuerdo a la zona de residencia, se debe a que las adolescentes en el área rural están caracterizadas por inequidades sociales que empiezan desde su núcleo familiar. Pues, la literatura considera que la percepción del rol de la mujer y oportunidades que la adolescente tenga, no son homogéneas en las zonas rurales.

Efectivamente, para Fujimori (2000) los estereotipos más comunes en el área rural como “*el rol de la mujer radica, únicamente, en dedicarse al cuidado de la familia y el hogar*”, es como si las destinara a una vida sin metas y planes diferentes. La mayoría de mujeres latinoamericanas deben desenvolverse en un ambiente donde las oportunidades educativas, laborales, y sociales no están a su alcance. Lo que ha conllevado que varias mujeres migren a zonas urbanas donde según Fujimori (2000), se evidencian las inequidades pues el entorno es diferente.

c. Migración interna

La migración interna tiene implicaciones individuales, familiares y comunales. En los países subdesarrollados la migración interna se dio principalmente entre áreas rurales-urbanas o

desplazamientos del campo a la ciudad. No obstante, durante la transición demográfica y económica que vivieron los países subdesarrollados, la urbanización y procesos de modernización alcanzaron a la mayoría de la población, por lo tanto las áreas rurales (aunque no completamente) fueron disminuyendo (CELADE, s.f).

Sin embargo, los desplazamientos migratorios cambiaron, pues a partir de 1970 en países latinoamericanos la migración interna se daba entre zonas urbanas, es decir de ciudades pequeñas a ciudades principales, actualmente conocidos como desplazamientos intra-metropolitanos. No obstante, el fin de la migración, sea rural-urbano o urbano-urbano, es el mismo. Pues, los migrantes internos buscan mejorar las condiciones económicas, labores y personales (CELADE, s.f).

En este sentido, la migración es un determinante que mide el contexto social, económico y cultural en donde se desenvuelve la adolescente. Las pocas oportunidades escolares y laborales que ofrecen las áreas rurales, al no existir establecimientos educativos suficientes, obligan a la mayoría de adolescentes a salir de su lugar de origen hacia centros urbanos que ofrezcan, en cierta forma una vida más digna y mejores oportunidades. No obstante, la migración de las adolescentes desde las áreas rurales hacia las urbanas, por lo general, se lo hace sin padres ni familia, incluida la poca información que tienen sobre salud sexual y reproductiva vuelve a las adolescentes vulnerables a sufrir un embarazo precoz (FAO, s.f).

Ahora bien, la migración no se produce únicamente de zonas rurales a urbanas, muchas veces las adolescentes de niveles socioeconómicos bajos provenientes del área urbana, se ven obligadas a migrar a ciudades más grandes, con la misma motivación de mejorar las oportunidades y la calidad de vida. Para Flórez et al (2004), migrar hacia áreas rurales no significa, necesariamente, que la información sobre planificación familiar y educación sexual sea recibida inmediatamente. Por lo tanto, el poco o nulo conocimiento que tengan es suficiente como para incrementar el riesgo de embarazo adolescente (Flórez et al, 2004).

En este sentido, los autores mencionados consideran que el cambio no se da cuando se migra, sino cuando los gobiernos invierten lo suficiente para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de toda la población, pues la educación sexual, planificación familiar y conocimientos se adquieren desde la niñez y se fortalecen en la adolescencia (Flórez et al, 2004).

Contexto Social y Cultural

Las características culturales (que se evidencian en el conjunto de símbolos, lenguajes, prácticas compartidas, creencias, normas, valores, estándares y significados), a través de las cuales una sociedad crea el contexto del que los individuos infieren orientaciones para vivir exitosamente, no pueden ignorarse como uno de los factores socioeconómicos determinantes de la fecundidad adolescente (Prada, 2001 citado en Abad, 2015:19).

En este sentido, el efecto causado por los medios de comunicación, especialmente, la televisión, sobre las actitudes tomadas por los y las adolescentes hacia los roles sexuales, las relaciones sexuales en temprana edad, la utilización o no de los métodos anticonceptivos y las expectativas sexuales son muy importantes en nuestros días. Sobre todo en la última década, donde la televisión, el internet y otros medios de comunicación, juegan un papel protagónico como agentes socializadores y de formadores de modelos de comportamiento que influyen altamente en las cogniciones románticas y sexuales de los adolescentes (Prada, 2001 citado en Abad, 2015).

El desarrollo tecnológico y el abaratamiento de los costos de acceso a estos medios de comunicación los han convertido en la mayor fuente de información de los y las adolescentes, en etapas de su desarrollo, en las que los cambios psicológicos y biológicos experimentados por estos conllevan a que los padres, familiares y educadores dejan de ser la fuente principal de obtención de información al respecto (Papalia, 2012).

El contexto cultural abarca tres variables que facilitan el análisis de la fecundidad adolescente y a su vez se relacionan con la misma.

a. Acogida a la unión consensual en la región

La cultura y el comportamiento influyen en la comunidad y la familia, según Salazar (2003) la región donde residen las adolescentes influirá en los valores culturales, lo que varía en la acogida a la unión consensual y al matrimonio.

b. Región

Según Salazar (2003), esta es una variable espacial. Para Flórez (1994) una de las características de las regiones es la identidad cultural y la difusión adecuada sobre el control de la fecundidad adolescente.

La importancia del análisis de la Región como determinante de la fecundidad adolescente radica en el nivel de urbanización de las provincias en un país, pues si la mayoría de habitantes de una determinada región radica en el área rural, significa que es más propensa a tener menos acceso a educación, salud e información sobre salud y reproductiva lo que la convierte en una población vulnerable a un embarazo precoz (Flórez et al, 2004).

El proceso de modernización y urbanización no, necesariamente, alcanza a todas las regiones de un país. Pues, la mayoría de gobiernos de países subdesarrollados, centraron su atención en el crecimiento económico y urbano en las ciudades principales; por ende,

favoreciendo a las regiones en las que estas se encuentran. No obstante, las regiones donde se encuentran ciudades más pequeñas, todavía tienen áreas rurales y desigualdades económicas (CELADE, s.f.).

c. Etnia

Para la UNICEF (2013), los valores y costumbres culturales varían entre los diferentes grupos étnicos. Es así, que esta variable es necesaria al momento de estudiar el embarazo adolescente, pues como se ha mencionado es un fenómeno no homogéneo.

La situación de algunas comunidades es compleja, sobre todo en el ámbito de salud sexual y reproductiva. Según Chulde y Sarzosa (2013), los grupos étnicos de un país conciben a la sexualidad de una forma distinta en comparación con el resto de la población. Por ejemplo, en las comunidades, las adolescentes inician su vida sexual a temprana edad, no utilizan métodos anticonceptivos modernos, y no conciben al embarazo adolescente como un problema. No obstante, las autoras señalan que al considerar a la fecundidad adolescente como un patrón aceptable, se obstaculizan los planes, proyectos y el desarrollo adecuado de las adolescentes y de la sociedad en general.

Varios países latinoamericanos, según la CELADE (2003), no se han percatado de la magnitud del problema del embarazo adolescente en los diferentes grupos étnicos. Es cierto, que se debe respetar la cosmovisión de estas comunidades; sin embargo, los derechos sexuales y reproductivos deben estar al alcance de toda la sociedad, lo que implica que todos los y las adolescentes conozcan cuáles son los derechos sexuales, educación sexual, planificación familiar; y, de esta manera las decisiones que se tomen sean responsables (Chulde y Sarzosa, 2013).

La mayoría de adolescentes pertenecientes a un grupo étnico, según Chulde y Sarzosa (2013), han recibido información de sexualidad por parte de sus padres, sencillamente por la facilidad de comunicación en su propia lengua. Esto se debe, principalmente, a la barrera de acceso a los programas dirigidos a las adolescentes para informar sobre salud sexual y reproductiva, pues estos programas no han sido traducidos a la lengua natal de las adolescentes pertenecientes a un grupo étnico. Por ende, la información que reciban no es otorgada por un profesional (Chulde y Sarzosa, 2013).

1. Factores del hogar y características individuales de la adolescente

Las percepciones sobre la familia donde se desenvuelve socialmente la adolescente tiene una gran influencia en la determinación del tamaño de la familia, las decisiones que toman

frente al riesgo sexual, el inicio de la actividad sexual en la adolescencia y la frecuencia de esta.

Según Flórez (2004), siete factores familiares inciden directamente en la fecundidad adolescente, a continuación se mencionan.

- Padres biológicos presentes en la crianza y educación de los hijos.
- Adolescentes que viven con padres separados-divorciados.
- Nivel de autoridad que tenga el representante de las adolescentes.
- Nivel de comunicación de las adolescentes con padres y adultos de la familia.
- Nivel de instrucción de los padres o jefes de hogar.
- Hogares con un ambiente familiar conflictivo.
- Violencia intrafamiliar.

En base a lo expuesto, el abandono emocional, físico y económico a la que están sometidas algunas adolescentes por parte de su familia, provocan una crisis interna en la adolescente que le impide tomar decisiones adecuadas para su vida y le dificulta hablar sobre temas en los que sienta curiosidad.

En efecto, Wartenberg (1999) considera que existe una relación positiva entre las familias con conflictos emocionales y económicos; y, la fecundidad adolescente. Pues, la falta de afecto, el poco control y ayuda de los padres hacia las adolescentes, contribuyen a incrementar la incidencia de la fecundidad a temprana edad (Salazar, 2003: 9).

Por otro lado, la fecundidad en la adolescencia está altamente influenciada por la formulación y realización que los proyectos de vida que tengan las adolescentes, como se mencionó en apartados anteriores, estas metas, planes y proyectos dependen de las condiciones socioeconómicas en el que esta se desarrolle (Salazar, 2003).

Efectivamente, las características individuales de la adolescente se correlacionan directamente con la fecundidad. Es así que, la literatura sobre los determinantes de la fecundidad, destaca una variable individual, considerada la más importante al estudiar la fecundidad en la adolescencia: la educación³⁶.

Para los países en desarrollo, la mayor y mejor inversión que puede hacerse es la educación de la mujer. En general, la educación abarca los conocimientos y destrezas que adquiere una persona durante su vida. La educación de la mujer trae consigo crecimiento económico, reduce la fecundidad, aumentan las expectativas sobre los proyectos de vida,

³⁶ El determinante de la educación tiene una relación de doble causalidad con la fecundidad adolescente, pues la falta de educación incrementa los niveles de embarazo; y, a su vez el embarazo adolescente provoca niveles bajos de educación. Esto genera problemas de simultaneidad al momento de utilizar un modelo econométrico, no obstante el análisis de este problema y las soluciones del mismo, serán expuestos en el capítulo 1.

incrementa el uso de métodos anticonceptivos modernos, mejora el conocimiento e información y mejora la salud materno-infantil (Acevedo, 2007).

Según el Boletín *¿Es la educación el mejor anticonceptivo?* (2000), las mujeres con mayor nivel educativo generalmente tienen familias pequeñas y sobre todo saludables, en comparación con las mujeres que no tienen acceso a educación, quienes tienen probabilidades mucho más elevadas de tener el doble de hijos.

Pero ¿por qué sucede esto? La literatura argumenta que una mujer más educada tiene planes de vida, proyectos y es más saludable mental y físicamente. Además, su primera relación sexual y matrimonio o unión son postergados, los conocimientos sobre anticonceptivos, educación sexual, planificación familiar son amplios. Adicionalmente, consideran que para cumplir sus metas lo ideal es una familia pequeña con el número de hijos que pueda mantener (Carr, 2000).

Carr (2000), hace hincapié sobre la evidente disminución de la fecundidad cuando las mujeres tienen más de siete años de instrucción escolar, en base a esto, se podría considerar que si en Ecuador una mujer termina la primaria, enfocándonos únicamente en la educación recibida y todo lo demás constante, tendrá planes de vida, proyectos y conocimientos mucho más altos, que una mujer sin educación, reduciendo la probabilidad de embarazarse en la adolescencia, como lo explica el siguiente párrafo.

En muchos de los países más pobres, siete años de educación constituye el «umbral» para una reducción de la fecundidad del 20 por ciento o más. Las investigaciones indican que cuanto menor es el desarrollo de un país, más años de educación son necesarios para afectar los niveles de fecundidad y los indicadores relacionados, tales como la edad en que se contrae matrimonio y el uso de anticonceptivos. El contexto nacional es importante como factor que influye en el tamaño de la familia, especialmente cuando los niveles de educación femenina son bajos (Carr, 2000:1).

Ahora bien, la variable de educación se correlaciona positivamente con las desigualdades socioeconómicas de las zonas de residencia de las adolescentes. En este sentido, Antezana (2000) considera que, en varios países de Latinoamérica las adolescentes que residen en el área rural son más propensas a sufrir abandono escolar, debido a las largas distancias que deben recorrer para llegar a la escuela. Además, las instituciones se encuentran en mal estado y el acceso a libros y materiales son restringidos (FAO, 2000).

El mismo autor, en su estudio *Educación en población para jóvenes rurales en América latina* (2000), demuestra que las zonas urbanas tienen más posibilidades de tener seis años de escolaridad, en comparación con las zonas rurales. Es importante destacar que la

educación que reciban las adolescentes pertenecientes al área rural debe abarcar temas académicos y temas de sexualidad y planificación familiar (FAO, 2000).

Finalmente, después de la revisión de los determinantes próximos e intermedios de la fecundidad, se puede concluir que las cogniciones de la sexualidad que poseen los y las adolescentes en la actualidad han generado debate sobre los programas gubernamentales de educación sexual en el contexto escolar aplicados en América Latina y el Caribe. Por lo que es necesario comprender que las políticas a nivel macro, como mejoramiento en salud, y políticas a nivel micro, como espacios reflexivos asequibles sobre sexualidad y reproducción, se complementan y son necesarios para prevenir la fecundidad en la adolescencia.

Contexto demográfico e incidencia de los determinantes de la fecundidad adolescente en América latina y el Caribe

Las secciones anteriores demostraron el por qué incrementa la fecundidad adolescente en algunos países más que en otros. Además, se verificaron cuáles son los factores más relevantes al momento de estudiar este fenómeno. Por lo tanto, con la finalidad de evidenciar las teorías expuestas, en este capítulo se detalla la situación demográfica y económica de los países latinoamericanos y en base a ello, encontrar los determinantes más importantes que inciden en la fecundidad adolescente de los países de la Región.

A partir de 1970 en América Latina y el Caribe, la fecundidad general empieza a disminuir, debido a la interacción de factores sociales, económicos y culturales. Según la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG, 2011), se esperaba que la fecundidad adolescente también disminuya, sin embargo este fenómeno no descendió al mismo ritmo de la fecundidad general, al contrario, en algunos países, ha tenido una tendencia creciente.

Incluso en varios países latinoamericanos donde la fecundidad general ha disminuido, notablemente, como Chile y Argentina, todavía se observan niveles altos de fecundidad adolescente. Es así que, la FLASOG (2011) considera que *“hay una escasa relación entre el nivel de la fecundidad adolescente y el de la fecundidad total”* pues la fecundidad en los países latinoamericanos no es homogénea (FLASOG, 2011: 18).

Para el CELADE (2005), la fecundidad adolescente en algunos países, por ejemplo los pertenecientes al grupo I, II y III han aumentado en los últimos años. Mientras que, en países pertenecientes al grupo IV la fecundidad adolescente se ha reducido pero a un menor ritmo que la fecundidad de mujeres adultas.

Por lo tanto, la fecundidad adolescente es un fenómeno que genera ambigüedad en América Latina y el Caribe, para la FLASOG (2011) esto se debe a que la región presenta niveles de fecundidad general inferiores a la media mundial, mientras que los niveles de fecundidad adolescente registran niveles elevados en comparación con la media mundial. Como se explicó en secciones anteriores las tasas de fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe solo son superadas por África y Asia.

Adicionalmente, el Banco Mundial (2011), evidencia que América Latina y el Caribe la pobreza y desigualdad están correlacionados de forma positiva con la fecundidad adolescente. El embarazo a temprana edad es provocado en mujeres más vulnerables, es decir las de niveles socioeconómicos bajos (Azevedo et al, 2011).

Ahora bien, a pesar de que la población adolescente en América Latina y el Caribe ha empezado a disminuir y se proyecta que para el 2030 la pirámide poblacional cambie, véase Anexo 2. La CEPAL (2003), considera que aun el grupo de adolescentes en América Latina es significativo por lo que, incluso con la transición demográfica y la reducción de la fecundidad global, las tasas de fecundidad adolescente continúan siendo significativas.

En efecto, Atencio La Rosa (2014) considera que a pesar de que América Latina está cambiando su constitución de población, actualmente existe todavía un número elevado de adolescentes por lo que existe mayor probabilidad de que las adolescentes latinoamericanas se embaracen durante “al menos por 10 años más”.

Según la base de datos del UNFPA (2010), la población de adolescentes en América Latina y el Caribe representa el 9%. Es así que, para Atencio La Rosa (2014), en diversos países latinoamericanos, aproximadamente el 50% de las mujeres de entre 15 y 24 años de edad, han iniciado su vida sexual antes de los 15 años. Dicho porcentaje, es mayor en las zonas rurales y entre adolescentes con niveles más bajos de educación, por ejemplo el autor menciona a la selva peruana donde las adolescentes no tienen acceso a un centro de salud, ni acceso a una escuela cercana.

El autor mencionado, cita dos grandes evidencias sobre el porqué las adolescentes se embarazan. En primer lugar, presenta el estudio *Plan y Estrategia Regional de salud adolescente Washington DC* realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010), donde se evidencia que cerca del 90% de los jóvenes de América Latina y el Caribe reportaron conocer al menos un método de anticoncepción. No obstante, el 53% de los jóvenes sexualmente activos nunca utilizaron anticonceptivos.

La OPS (2010) confirma que el embarazo adolescente “*ya no es problema de conocimiento sino de uso, puesto que el 90% conoce de los métodos anticonceptivos pero no lo utilizan debido a que el uso de los mismos está relacionado directamente con el acceso*”. En segundo lugar, el Informe GUTTMACHER publicado en 2006 (estudio realizado en

Honduras, Guatemala y Nicaragua), demuestra que las necesidades insatisfechas de anticoncepción entre las mujeres jóvenes es del 48% en Honduras, el 38% en Guatemala y el 36% en Nicaragua, llegando a la conclusión de que el problema no es de conocimiento sino de acceso y uso.

Finalmente, las causas más frecuentes de ingresos hospitalarios en las mujeres jóvenes, expuestas por la FLASOG (2014), fueron obstétricas (27%, 31% y 46% en el Caribe, Centroamérica y EEUU respectivamente). El 20% de los partos en la Región corresponde a mujeres menores de 20 años de edad y se estima que el 40% de los embarazos fue no planificado (Atencio la Rosa, 2014).

En base a lo expuesto, se observa que la situación de la fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe es complicada. El principal problema de los países de la Región radica en el poco desarrollo económico y social experimentado en las últimas décadas. En este sentido, el siguiente apartado, en base a la teoría de la transición demográfica y económicas de la fecundidad, busca evidenciar cual ha sido la evolución del estado demográfico y económico de América Latina durante los últimos años.

Transición Demográfica en América Latina

En la segunda mitad del siglo XX, América Latina experimentó la reducción de las tasas de mortalidad, beneficiándose de las innovaciones proporcionadas por Europa. Chackiel y Martínez (1993) aseguran que, actualmente algunos países de la Región se encuentran en la fase de reducción de la fecundidad.

El descenso de la fecundidad, según PECFAL (1960), fue provocado por el cambio de preferencias de los individuos, quienes buscaban una familia más pequeña, es decir siguiendo la línea de Becker. Pues, la encuesta PECFAL efectuada en México, Perú, Colombia y Costa Rica en los años de 1960 y 1970, arrojó resultados donde el número de hijos deseados era menor al observado, por lo que se evidenciaba que los embarazos en los países latinoamericanos eran no planificados (CEPAL/ CELADE, 2005).

En este sentido, los niveles de la fecundidad general no se han reducido como se esperaba, según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2000) los países latinoamericanos se encuentran en la Primera Transición Demográfica, por lo que las sociedades desarrolladas nos llevan un siglo de ventaja tanto en crecimiento económico como los cambios demográficos (CEPAL/CELADE, 2000).

La transición demográfica, como anteriormente se explicó, se produce debido al desarrollo económico y social de una población. No obstante, el CELADE (1993) afirma que esta relación es compleja y en América Latina es difícil de precisar. Pues, en 1960 y 1970 los países desarrollados vivieron un proceso “intenso” de modernización lo que facilitó verificar la relación lineal en la transición demográfica y el crecimiento económico.

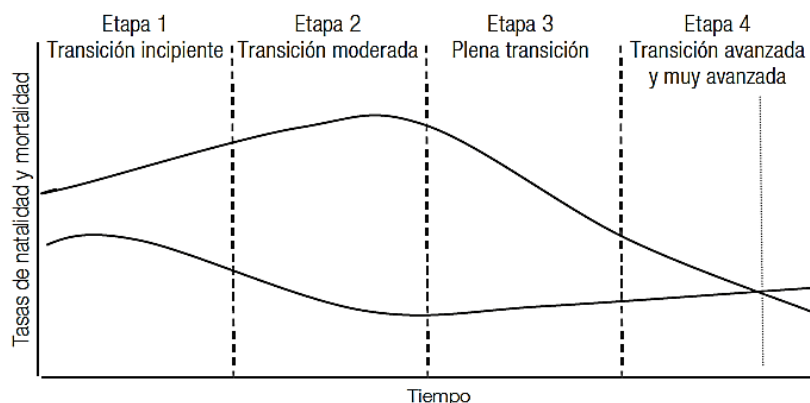
Es así, que la transición demográfica en América Latina es considerada como un proceso no homogéneo. Según la CEPAL/CELADE (2000), el inicio de la transición y los cambios producidos durante este proceso, difieren en los países. Estas diferencias, se deben principalmente a que las variables demográficas como la fecundidad, están asociadas a otras variables, como se mencionó en el capítulo anterior, estas variables son los determinantes de la fecundidad que interactúan de distinta manera en cada sociedad.

La CEPAL/CELADE (2000), expone que los determinantes principales que provocan cambios diferentes en la transición demográfica en América Latina son el lugar de residencia, la edad del primer matrimonio o unión, la educación sexual y planificación familiar, que serán tratados más adelante.

Continuando con la transición demográfica, se puede evidenciar que se caracteriza por un proceso donde se inicia por reducir los niveles de mortalidad para terminar en niveles de fecundidad y mortalidad bajos. El CELADE (2009), estudia el proceso de la transición demográfica a través de cuatro etapas.

La primera, la *Etapa Incipiente* donde los niveles de natalidad y mortalidad son elevados. La segunda, la *Etapa Moderada* donde la mortalidad disminuye mientras la fecundidad aumenta. La tercera, la *Etapa Plena* donde la reducción de mortalidad y natalidad es un hecho. Finalmente, la *Etapa Avanzada* donde ambas variables demográficas registran bajos niveles. Este análisis es útil para estudiar el cambio demográfico que ha sufrido América Latina estos años, véase el gráfico 3 (CELADE, 2009:11).

Gráfico 3. Etapas de la Transición Demográfica.



Fuente y Elaboración: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, (2009:11).

Ahora bien, en América Latina y el Caribe, varios países atraviesan las fases del proceso de transición demográfica con niveles intermedios de modernización. Como se mencionó, la fecundidad es la variable demográfica que ha tenido mayor impacto en el crecimiento poblacional de los países de la Región (CEPAL/CELADE, 2000).

En este sentido, la CELADE (2000) ofrece un esquema de agrupaciones para identificar las fases de transición demográfica en las que se encuentran los países. Estas agrupaciones se las realizó en 1992 a través de criterios de las tasas brutas de natalidad y mortalidad, véase la figura 2.

Figura 2. Etapas de la Transición Demográfica en América Latina y el Caribe.

I - TRANSICIÓN INCIPIENTE	II- TRANSICIÓN MODERADA	III- EN PLENA TRANSICIÓN	IV - TRANSICIÓN AVANZADA
Países con niveles altos de natalidad y mortalidad; y, el crecimiento poblacional moderado. Los niveles de fecundidad adolescente son elevados.	Países con niveles altos de natalidad, pero se encuentran en un proceso de reducción de la mortalidad. Los niveles de fecundidad adolescente todavía son elevados.	Países con niveles de natalidad y mortalidad moderados. El descenso de la fecundidad es reciente. Sin embargo, el control de los niveles de fecundidad adolescente todavía significan un reto.	Países con niveles de natalidad y mortalidad reducidos. El control de la fecundidad adolescente está en ejecución. El crecimiento poblacional es bajo, lo que demuestra que tanto el crecimiento y estructura de edades son similares a los países desarrollados.
Estos países se caracterizan por tener poblaciones jóvenes. En este grupo se encuentran: Bolivia y Haití.	Estos países tienen un crecimiento poblacional elevado. En este grupo se encuentran: El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay.	En este grupo se encuentran: Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela. En el Caribe: Guyana, Suriname y Trinidad y Tobago.	En este grupo de encuentran: Argentina, Chile, Cuba y Uruguay. En el Caribe: Bahamas, Barbados, Guadalupe, Jamaica, Martinica y Puerto Rico.

Fuente: CEPAL/ CELADE (2000)³⁷

Elaboración: Nataly Cadena

La Figura 2, muestra que la estructura por edades es diferente, los tres primeros grupos se caracterizan por tener poblaciones jóvenes. No obstante, el grupo III atraviesa un cambio en la estructura de la población. Por el contrario, el grupo IV tiene una estructura adulta semejante a los países desarrollados, principalmente, Europa.

El proceso de modernización de los países latinoamericanos tampoco es homogéneo, pues en algunos países inició en 1930 y en otros en 1960. Sin embargo, este cambio importante en la Región permitió el avance en tecnología, mejoramiento de la educación y salud. En este contexto, estos cambios fueron determinantes para reducir la mortalidad y los niveles de fecundidad general. Adicionalmente, América Latina inicio su “revolución anticonceptiva”,

³⁷ Tomado de: http://www.cepal.org/celade/sitdem/de_sitdemtransdemdoc00e.html

casi un siglo después que Europa, lo que permitió que el número de hijos por mujer se reduzca en la mitad del siglo XX (CELADE, 2014).

En base a lo expuesto, los cambios demográficos que enfrenta y enfrentará América Latina y el Caribe, otorgan un escenario ideal para reducir las desigualdades socioeconómicas que todavía están presentes. Según el CELADE (2014), los mecanismos que se adopten serán los que permitirán que los países de la Región puedan experimentar, verdaderamente, un crecimiento económico y atravesar las etapas finales de la transición demográfica, como los países desarrollados.

Si bien es cierto, se explicó que los países latinoamericanos han logrado disminuir el número de hijos por mujer durante estos años, sin embargo aún existen *“disparidades reproductivas entre países, que todavía, están correlacionadas con las diferencias en materia de desarrollo económico y social”* (CEPAL/CELADE, 2005:15). Pues, un menor número de hijos, según la CEPAL/CELADE (2005) no significa necesariamente un “alivio”, porque los costos directos aumentan y muchas veces el apoyo por parte del Estado puede disminuir.

Es así que, el CELADE (2014) considera que las medidas más importantes para reducir las desigualdades económicas en América Latina y el Caribe son de nivel macroeconómico, político y social. No obstante, considera que la medida necesaria e importante para no “retroceder” en el cambio demográfico que han experimentado, es la preocupación sobre el comportamiento reproductivo de los y las adolescentes.

Ahora bien, una vez observadas las diferencias significativas entre los países latinoamericanos y caribeños, en el estado de la transición demográfica, conlleva al análisis de los factores que han influenciado en las diferencias demográficas; y, sobre todo que han elevado las cifras de fecundidad adolescente en la mayoría de los países, lo que será explicado en la siguiente sección.

Determinantes principales de la Fecundidad en América Latina y el Caribe

La fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe es considerada por la CEPAL (2005) como consecuencia de las inequidades reproductivas que son parte de las desigualdades socioeconómicas de varias poblaciones latinoamericanas. Por ejemplo, en Brasil, Colombia, México y Nicaragua, la fecundidad adolescente ha aumentado significativamente desde el año 2000. Es así, que el CELADE (2005) ha considerado que *“una elevada fecundidad es uno de los mecanismos que contribuyen a la reproducción intergeneracional de la pobreza”* (CEPAL/CELADE, 2005:18).

De esta manera, la CEPAL (2005) realiza un análisis de los principales determinantes, que serán explicados a continuación, que no han permitido que la transición demográfica sea óptima en todos los grupos etarios en América Latina y el Caribe; y, se evidencia que el embarazo adolescente puede significar en algunos países, falta de oportunidades; y, en otros la falta de educación sexual y las barreras de acceso a métodos anticonceptivos “*libres de costos económicos y sociales*” (CEPAL /CELADE, 2005:18).

Determinantes Próximos

Las tendencias de los determinantes próximos, en los países de latinoamérica tienen una alta influencia sobre la fecundidad adolescente. Los cambios en el patrón del comienzo de la actividad sexual se han incrementado mucho más que los cambios en el patrón de unión, ya sea esta por matrimonio o por consenso.

Los países más pobres se caracterizan por la iniciación sexual precoz, lo que genera que la fecundidad total sea mayor. Es así que, la iniciación reproductiva temprana, se relaciona con un menor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos modernos. Además, falta de educación sexual y planificación familiar (CELADE, 2014).

Estudios indican que el inicio más temprano de la actividad sexual y la falta de información sobre métodos anticonceptivos, han contribuido de manera importante al aumento observado en la fecundidad adolescente. En efecto, las adolescentes que se embarazan tras la primera relación sexual es provocado por no usar anticonceptivos, pues consideran que no existe riesgo, o porque usan métodos tradicionales que resultan ineficientes (Flórez, Vargas, Henao, Gónzales, Soto, y Kassem, 2004). Por lo tanto, a continuación, se exponen los determinantes de la fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe más relevantes otorgados por la CEPAL.

Inicio precoz de las relaciones sexuales

Davis y Blake (1956), confirmaron que en los países en vías de desarrollo el determinante próximo más relevante al momento de estudiar la fecundidad adolescente era el inicio de las relaciones sexuales. En efecto, en América Latina y el Caribe las relaciones sexuales son frecuentes en la adolescencia, según la FLASOG (2011) el 12% de las adolescentes, en Nicaragua, República Dominicana y Colombia, afirman haber iniciado su vida sexual antes de los 15 años. Mientras que, en Paraguay y Argentina el 7% y el 6,4% de las adolescentes iniciaron su vida sexual antes de los 16 años, respectivamente.

Es así que, la CEPAL (2013) y FLASOG (2011) consideran que el inicio precoz de las relaciones sexuales representa un riesgo de embarazo no deseado. Y, afirman que la mayoría de programas latinoamericanos destinados a controlar los altos niveles de fecundidad adolescente no abordan el tema ni se enfocan en el inicio de la vida sexual de los y las adolescentes, pues según la FLASOG (2011), estos programas enfatizan la promoción de métodos anticonceptivos modernos sin una explicación previa sobre el uso responsable de los mismos.

Uso de Métodos Anticonceptivos Modernos

Al ser el inicio de las relaciones sexuales el determinante que aumenta el riesgo de embarazo en los y las adolescentes, dificulta que se ejerzan los derechos reproductivos con responsabilidad. En este sentido, el uso de los métodos anticonceptivos necesariamente debe ir acompañado de educación sexual. Por ejemplo en México, la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000) reveló que el 54,2% de los y las adolescentes que asisten a la escuela y colegio conocen al menos un método anticonceptivo. Mientras que, el 31,9% pertenece a adolescentes sin escolaridad; y, por ende no conocen ningún método anticonceptivo.

Ahora, la preocupación para los hacedores de política pública radica en el hecho de que la mayoría de adolescentes conocen o al menos han escuchado el nombre de un método anticonceptivo, no obstante el problema se enfoca en el uso del mismo. Pues según ENSA (2000) los adolescentes no saben cómo utilizar o no utilizan adecuadamente los métodos anticonceptivos que “conocen” (FLASOG, 2011).

Estudios realizados por el CELADE, demuestran que la oferta de métodos anticonceptivos modernos debe estar destinada, principalmente, para el control de la fecundidad de las mujeres adultas y reducir el tamaño de las familias. No obstante, para los y las adolescentes lo primordial es ampliar, mejorar y especializar los servicios de salud sexual y reproductiva para que los derechos sexuales sean conocidos y ejercidos con responsabilidad. (CELADE, 2014)

Programas destinados para reducir la fecundidad adolescente

La salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes está protegida por algunos acuerdos internacionales. En 1989, la Convención sobre los Derechos del Niño garantiza, entre otras cosas, el acceso a educación, información y servicios de salud sexual y reproductiva.

Por otro lado, en 1994 durante la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo, los Estados se comprometieron a velar por las necesidades de la población adolescente. No

obstante, las barreras a la educación sexual y reproductiva libre no se han logrado durante estos años.

Según FLASOG (2011), en América Latina es “normal” que la información sobre sexualidad y entrega de anticonceptivos a los y las adolescentes sea negada por parte de los profesionales de la salud. Actualmente, la legislación de algunos países, entre ellos Ecuador, permite el acceso a salud sexual y reproductiva se aplican a partir de los 18 años y es términos confidenciales.

Determinantes intermedios

La CEPAL (2003) considera que la preocupación de los gobiernos debe enfocarse en los y las adolescentes, pues la fecundidad en este grupo etario es diferente. Para ello, el estudio *Juventud, Pobreza y Desarrollo en América Latina y el Caribe (2003)* hace hincapié en algunos determinantes intermedios que inciden directamente en el aumento de los niveles de la fecundidad adolescente y por ende no ha disminuido al mismo ritmo de la fecundidad general.

Uno de los determinantes principales que expone el estudio antes mencionado, es la pobreza, que todavía es evidente en América Latina. La CEPAL (2003), asegura que aún existe un porcentaje alto de población rural en condiciones de pobreza donde las barreras de servicios de educación y salud son considerables. Es decir, los y las adolescentes pertenecientes a grupos socioeconómicos bajos tienen menos posibilidades de mejorar sus condiciones de vida. En este sentido, los adolescentes en condición de pobreza migran a poblaciones urbanizadas con el fin de encontrar nuevas oportunidades.

La pobreza afecta a la mayoría de población en América Latina y el Caribe, este problema a su vez se relaciona con inequidades y exclusión. Estas brechas, existentes en la Región no permiten que la sociedad este “integrada” pues según la CEPAL (2003), esto ocurre cuando las oportunidades que tienen todos los individuos son iguales. Algo que sí sucede en países desarrollados, pues esto, según Calderón (2003), puede ser una explicación de la reducción simétrica entre fecundidad general y adolescente en Europa durante su proceso de transición.

Para Calderón (2003), la tipología de los hogares latinoamericanos, en las áreas rurales o en condición de pobreza, son caracterizados por ser monoparentales o con mujeres jefas de hogar, donde el número de hijos e hijas tiende a ser alto y las adolescentes son madres.

El esfuerzo por lograr una cobertura en educación en América Latina y el Caribe inició en el siglo XX, principalmente para que las personas alcancen un nivel básico de educación, que corresponde a la primaria. Si bien es cierto, con el paso de los años la calidad de la educación ha ido mejorando, aún existen diferencias según la CEPAL (2003) entre educación pública y probada lo que evidencia, nuevamente, las brechas económicas y sociales en la población.

En América Latina y el Caribe, se desconoce cuántos embarazos de adolescentes son planificados y deseados. Este fenómeno, es un problema de salud pública y claramente puede ser evitado, es importante tomar en cuenta que la realidad de los países de la Región es complicada debido a que la mayoría de la población pertenece a niveles socioeconómicos bajos por ende las brechas en la educación, educación sexual y salud, se acentúa considerablemente.

Finalmente, la transición demográfica de los países de América Latina y el Caribe no es uniforme. En este sentido, las desigualdades de la transición demográfica han generado diferencias en la incidencia de los determinantes de la fecundidad adolescente en comparación con los países desarrollados. Pues, aún se observa que los determinantes intermedios que incrementan la fecundidad adolescente en países latinoamericanos son de carácter socioeconómico.

Evidenciando que, la transición demográfica de los países latinoamericanos no es homogénea ni entre países, ni en grupos etarios, o áreas de residencia. Pues, de los 46 países de América Latina y el Caribe, apenas 10 se encuentran en el último estado de la transición demográfica (misma que inicio hace casi un siglo), lo que debería significar que todos los países se encuentren atravesando la segunda transición demográfica y con niveles de fecundidad adolescente reducidos.

CAPITULO I. Contexto Demográfico en el Ecuador

La transición demográfica que ha vivido América Latina y el Caribe durante casi un siglo, no tuvo los resultados esperados. Recordando los fundamentos de la Transición Demográfica, se puede observar que la manera ideal para reducir, las tasas de mortalidad y fecundidad debe ser mediante el crecimiento económico y desarrollo social.

En este sentido, siguiendo el estudio de Becker (1981), las poblaciones en situación de pobreza no han logrado modificar el comportamiento de la fecundidad, debido a que las mismas están relacionadas con los factores económicos, sociales y culturales, los cuales no han sufrido un cambio profundo durante las últimas décadas, en comparación con los países europeos (Anzorena, 2009).

De acuerdo al panorama expuesto, el Ecuador también fue parte de la transición demográfica que vivió América Latina; y, a pesar de que ahora el país se encuentra en la etapa tres, es decir, en "*plena transición*", las medidas de control sobre los niveles de fecundidad adolescente, aún no han sido del todo efectivas. Por lo tanto, en el desarrollo del presente capítulo se expondrá la transición demográfica vivida en el Ecuador y las medidas que se han tomado para reducir los niveles de fecundidad durante los últimos años.

Transición Demográfica en Ecuador

En la continuidad del estudio de la transición demográfica, el Centro Ecuatoriano de Investigación Geográfica (CEDIG, 1990), analiza el proceso de transición que vivió el Ecuador durante varios años, pues es uno de los países latinoamericanos que mayor atraso demográfico tuvo. Por ejemplo, para 1970 Argentina iniciaba la segunda transición demográfica mientras que, el Ecuador todavía se encontraba en las fases iniciales de la primera transición (Delanuay, León y Portais, 1990).

Después del descenso de los niveles de mortalidad, la esperanza de vida en el Ecuador aumentó, por lo que las poblaciones tuvieron un crecimiento exagerado, naturalmente, dependiendo de la región, etnia, edad y clase socioeconómica. La fecundidad, siempre fue elevada en las zonas rurales del Ecuador, lo que según el CEDIG (1990) demuestra que la transición demográfica fue tardía (Delanuay, León y Portais, 1990).

La urbanización, que ha tenido el Ecuador, no ha avanzado de manera uniforme ni como se esperaba. En efecto la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO, s.f) demuestra que a pesar de que las mujeres urbanas han modificado su comportamiento reproductivo, al disminuir el número de hijos e hijas por mujer, las adolescentes residentes del área rural, continúan con niveles de fecundidad elevados. En este sentido, la migración

hacia las grandes ciudades aumentó. Según la FLACSO (s.f) *“la migración hacia las ciudades ha sido sostenida”*.

En base a lo mencionado, recordando la teoría de la transición demográfica, se evidencia que varios países latinoamericanos, entre ellos Ecuador, las tasas de fecundidad general eran elevadas durante el siglo XX. Sin embargo, según el CEDIG (1990), estos niveles pudieron reducirse, al igual que la mortalidad³⁸.

No obstante, los niveles de fecundidad adolescente se incrementaron hasta el año 2012, (cifras que serán expuestas más adelante). El proceso de reducción de estos niveles, durante los últimos cuatro años, tiene un ritmo menor que el de la fecundidad general, por lo que la investigación de Delanuy, León y Portais (1990), llegó a la conclusión que el determinante próximo que incrementaba los niveles de la misma, era el matrimonio o la unión libre a temprana edad.

Ciertamente, el control de la edad de matrimonio es una medida que no se priorizó en Ecuador, pues hasta el año 2015 se permitía que los y las adolescentes contraigan matrimonio antes de los dieciocho años. La legislación en el Ecuador, permitió que los hombres de 14 años y mujeres de 12 años de edad, puedan contraer matrimonio con la autorización de sus padres, curadores o la persona que esté a cargo.

A partir de los 15 años, si los y las adolescentes estaban emancipados, podían contraer matrimonio sin autorización, pues el Artículo 83 en el Código Civil ecuatoriano expresaba lo siguiente *“(...) Los que no hubieren cumplido dieciocho años no podrán casarse sin el consentimiento expreso de quien ejerza la patria potestad, y a falta de tal persona, de los ascendientes de grado más próximo (...) la edad mínima para contraer matrimonio es de 14 años los varones y 12 años las mujeres”*.

En este contexto, varios menores de edad en Ecuador se acogieron a la normativa y contrajeron matrimonio. Para el año 2013, según datos del INEC, 1.939 mujeres y 299 hombres menores de edad contrajeron matrimonio. Por el contrario, para el año 2014, 1.881 mujeres y 370 hombres menores de edad contrajeron matrimonio. La primera causa para hacerlo fue el embarazo. No es hasta septiembre del año 2015, que la Asamblea Nacional aprueba la Ley Reformatoria al Código Civil donde la edad mínima para casarse asciende a 18 años y con la autorización de los padres, o la persona que esté a cargo, los y las adolescentes pueden contraer matrimonio a los 16 años de edad.

³⁸ Sin embargo, los niveles de fecundidad siguen siendo relativamente altos en comparación con países desarrollados (Pánchez, 2011).

A pesar de la reforma al Código Civil ecuatoriano, lo expuesto demuestra el escaso control de los niveles de fecundidad adolescente que ha existido, y todavía existe en el Ecuador. Pues, la transición demográfica vivida en Europa, siglos atrás, demostró cuán importantes son las medidas de prevención y control de la fecundidad. Ya en el siglo XVIII, Malthus propuso la *necesidad* de postergar la edad del matrimonio para que los niveles de la fecundidad se reduzcan, sin embargo en Ecuador se esperó hasta el siglo XXI para aplicar esta medida, lo que resulta preocupante.

Ahora, siguiendo con el estudio de la transición demográfica en el Ecuador, el CEDIG (1990) demuestra que el comportamiento reproductivo en el país es distinto entre territorios, regiones y poblaciones. Puesto que, las costumbres, culturas y las organizaciones familiares no son homogéneas. Antes de la transición demográfica, estas diferencias eran más marcadas entre regiones, por ejemplo entre Costa y Sierra (Delanuay, León y Portais, 1990).

Para el CEDIG (1990), las diferencias en el comportamiento de la fecundidad se evidencian por ejemplo en la Sierra, donde los niveles de la misma son menores, debido a que es una zona andina donde la "*parquedad del medio*" influye evidentemente. Por el contrario, en zonas secas como la Costa, la fecundidad tiende a elevarse, esto se ha evidenciado desde el siglo XVIII. (Delanuay, León y Portais, 1990).

Ahora bien, los cambios demográficos en el Ecuador no se presentan hasta inicios de 1980, pues los progresos sanitarios avanzaban con lentitud. Para Delanuay, León y Portais (1990), la Sierra se caracterizaba por tener un mayor índice de enfermedades y desnutrición, mientras que las otras regiones se caracterizaban por ser territorios con altos niveles de migración.

Una de las principales barreras, que ha tenido el Ecuador durante años, para disminuir los niveles de fecundidad, es la lengua hablada por varias comunidades, según una publicación de la FLACSO (s.f), una proporción considerable de la población en Ecuador es indígena, y los programas o medidas de control de la fecundidad como planificación familiar y educación sexual, no han sido traducidas a la lengua natal de muchas mujeres adolescentes por lo que estas medidas no resultan óptimas.

Asimismo, el proceso de la transición demográfica se vio en el Ecuador, únicamente, como el mejoramiento de la tecnología médica o incidencia de otras culturas en el país, mas no, como un cambio social y crecimiento económico. En este contexto, el CEDIG (1990), evidencia que para atravesar la transición demográfica en todos los niveles etarios, el fortalecimiento de servicios de salud y educación deben ser prioridad en las zonas rurales y urbanas (ArriagaE.E., 1970, citado en Delanuay, León y Portais, 1990).

Ciertamente, la transición demográfica está relacionada directamente con el crecimiento económico y social, sin embargo varios estudios han demostrado que en Ecuador todavía

existe una gran concentración demográfica en zonas rurales que, naturalmente, no han experimentado cambios socioeconómicos importantes.

En este sentido, las regiones Sierra y Costa, han tenido un incremento poblacional durante los últimos años, Pánchez (2011) comenta que este crecimiento poblacional, especialmente de adolescentes, se debe a las preferencias de la migración interna. Asimismo, a pesar de que las regiones Amazónica e Insular no tienen un peso poblacional alto, durante los últimos años han experimentado incrementos poblacionales.

No obstante, el incremento poblacional en la Sierra no siempre se ha direccionado a las zonas urbanas. Pues, Pánchez (2011) argumenta que a partir del año 2001, las tasas de crecimiento en el ámbito urbano en la Sierra no han tenido un incremento significativo. Por el contrario, las tasas de crecimiento de las áreas rurales se han incrementado, principalmente, durante los años 1999 y 2001, donde llegaron a ser superiores a la media nacional. Según el autor mencionado, después de la crisis financiera del año 1999, el impacto de la emigración afectó de manera considerable a las parroquias y ciudades pequeñas de la Sierra.

Por otro lado, el poco crecimiento económico y urbano, que experimentó la región Amazónica, se debe a que en la década de los 70, la producción y empleo estaban ubicados a esta región por la explotación hidrocarburífera. Sin embargo, con el paso de los años la producción y trabajo se trasladaron a zonas bananeras y camaroneras. Por lo tanto, el crecimiento económico y poblacional se re-direccionó a la Costa, incrementando el nivel de urbanización. En cuanto a la región Insular, a pesar de no ser una región muy poblada, las condiciones de vida y el crecimiento poblacional en las zonas urbanas ha mejorado, debido al turismo (Pánchez, 2011).

En base a lo mencionado, se puede observar que el Ecuador todavía mantiene grandes poblaciones en zonas rurales. Esto significa que la mayor parte del sistema de salud, educación y servicios básicos se encuentran en las zonas urbanas, lo que presenta un grave problema de concentración de recursos, y por ende del desarrollo. (Pánchez, 2011)

En este sentido, el nivel de urbanización, necesariamente, debe estar al alcance de toda la población ecuatoriana. Pues de lo contrario, *“el éxodo rural va a continuar mientras los campos, y particularmente las comunidades domésticas andinas, sigan ligadas a un comportamiento reproductivo tradicional”* (Delanuary, s.f:505). En este sentido, el Estado no puede ignorar la reforma agraria al momento de mejorar las condiciones demo-económicas.

Por último, los cambios vividos en el Ecuador durante el proceso de la transición demográfica que, principalmente alcanzó a los grupos etarios adultos, no permitió mejorar las condiciones de vida de toda la población; y, mucho menos la reducción de la fecundidad en la adolescencia. Los cambios culturales y económicos resultan indispensables en el modelo de cambio en Ecuador, pues actualmente, los niveles de la fecundidad adolescente

y la situación económica y social de las adolescentes en Ecuador no son alentadores; la desigualdad de oportunidades y las escasas medidas para resolver este fenómeno se hacen evidentes.

Situación de la fecundidad adolescente en Ecuador

La literatura estudiada identifica a las adolescentes como el grupo etario que corre mayor riesgo de embarazo. Según el informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), que impulsa el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes, indicó que Ecuador es el segundo país de Latinoamérica, después de Venezuela, con la más alta tasa de embarazos adolescentes (UNFPA, 2013).

Asimismo, según las estadísticas del INEC para el año 2012, el 44,1% de las madres tuvo su primer hijo entre los 15 y 19 años de edad, de estas el 3,4% de las mujeres de 12 años ya tuvieron por lo menos un hijo o hija.

Adicionalmente, varios boletines emitidos por el INEC, con resultados del Censo de Población y Vivienda (2010), indican que, en el Ecuador se registraron 45.708 partos en mujeres adolescentes, esa cifra dividida en regiones, demuestra que el 55,3% de estos partos pertenecen a la Costa, el 38,4% a la Sierra y 6,3% a la Amazonía. Lo que, evidencia que la fecundidad adolescente es un problema latente en Ecuador. En efecto, los datos publicados por el Censo (2010) plantean que el embarazo en adolescentes menores de 14 años se incrementó en un 74%; y en las adolescentes mayores de 15 años en un 9%, durante la década 2000-2010.

Por su parte la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo de Adolescentes (Enipla), informa que la tasa global de fecundidad en el país a nivel nacional es de 3,3 hijos por mujer. Aunque, se conoce que las mujeres que no cuentan con ningún nivel de instrucción formal tienen alrededor de seis hijos y las mujeres que tienen nivel superior solo tienen por lo general dos hijos.

Ahora bien, para Llerena, Buizza y Cabrera (2014) las adolescentes más vulnerables a un embarazo son las que residen tanto en zonas rurales o urbanas pero con niveles socioeconómicos bajos, sin educación básica o analfabetas, con conocimientos escasos sobre educación sexual y adolescentes sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos modernos.

Adicionalmente, Llerena, Buizza y Cabrera (2014) enfatizan la importancia de estudiar el embarazo adolescente en el área urbana y rural, pues considera que en el Ecuador los estudios se enfocan en la dinámica del embarazo en poblaciones urbanas donde la

fecundidad adolescente puede ser controlada de mejor manera y los programas son accesibles.

En este contexto, las diferencias de las adolescentes no solo radican en el área de residencia sino en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. En el 2004, cifras de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) evidenciaron que el 97% de las adolescentes ecuatorianas conocen al menos un método anticonceptivo. No obstante, apenas el 13.5% utilizó anticonceptivos en la primera relación sexual. Un problema importante que analiza Llerena, Buizza y Cabrera (2014) en su estudio, son las barreras que provocan esta dualidad entre el conocimiento y uso, el autor menciona que las barreras principales son tres.

La primera, el escaso abastecimiento de métodos anticonceptivos en los centros de salud. La segunda, los horarios de atención e información en las unidades de salud no son adecuados para las adolescentes. Finalmente, el difícil acceso a un centro de salud principalmente en adolescentes de comunidades indígenas o residentes en áreas rurales alejadas (Llerena Buizza y Cabrera, 2014).

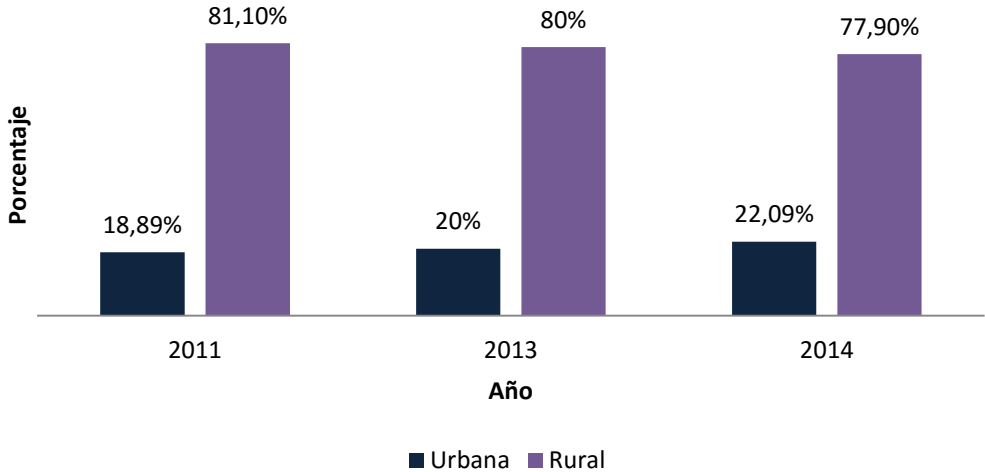
Ciertamente, las barreras mencionadas provocan que los y las adolescentes consigan un método anticonceptivo en la farmacia, a pesar de que uno de los derechos reproductivos de los y las adolescentes es el acceso gratuito a anticonceptivos e información. Si los jóvenes acuden a comprar un anticonceptivo en una farmacia, no recibirán ningún tipo de información sobre el uso del mismo y sobre sexualidad en general.

En este sentido, la literatura revisada indica que, la educación sexual en países latinoamericanos es limitada. La mayoría de instituciones formales, no cuentan con personal capacitado para el tema. Bajo este contexto, estadísticas del INEC (2013) demostraron que en Ecuador apenas el 18% de los profesores de colegios privados y públicos están capacitados para dar charlas de educación sexual.

Educación Sexual en Ecuador

En la última década, con el Gobierno del Presidente Correa, se han propuesto algunos proyectos para reducir los niveles de fecundidad adolescente en el país. No obstante, las reducciones de los niveles de embarazo adolescente no han sido significativas, véase el gráfico 4.

Gráfico 4. Porcentaje de nacimientos de madres adolescentes en Ecuador, según área de residencia de la madre.



Fuente: INEC- Anuario de Nacimientos y Defunciones 2011-2013-2014
Elaboración: Nataly Cadena

En el gráfico 4, se evidencia que en el año 2011, el total de nacimientos de mujeres adolescentes de entre 10 a 19 años fue de 45.708, de esta cifra el 81,10% fue de adolescentes residentes del área urbana y el 18,89% de mujeres del área rural.

Para el año 2013, el total de nacimientos de mujeres adolescentes de entre 10 a 19 años fue de 44.728, de esta cifra el 80% fue de adolescentes residentes del área urbana y el 20% de mujeres del área rural, en dos años la fecundidad adolescente se redujo en 1% para el área urbana. No obstante, en el área rural incremento en un 2%.

Finalmente, en el año 2014, el total de nacimientos de mujeres adolescentes de entre 10 a 19 años fue de 42.966, de esta cifra el 77,90% fue de adolescentes residentes del área urbana y el 22,09% de mujeres del área rural. En el transcurso de un año, la fecundidad adolescente se redujo en 2,1% para el área urbana. No obstante, en el área rural incrementó en un 2,09%.

Lo expuesto evidencia los paradigmas propuestos por la literatura especializada. Mientras la fecundidad adolescente se reduce, paulatinamente, en las zonas urbanas. Las zonas rurales evidencian un incremento en los niveles de fecundidad adolescente. En este contexto, se exponen a continuación algunos programas que estuvieron y estarán destinados a la reducción de la fecundidad adolescente en Ecuador.

El Plan Familia Ecuador, reemplaza en el año 2013, a la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (Enipla). Esta Estrategia pasó de estar bajo el mandato del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, y los Ministerios de: Salud Pública, Educación e Inclusión Económica y Social, a operar bajo la subordinación de la Presidencia de la República.

La Enipla se inició en enero del 2012 y centró sus acciones el aspecto biológico de la sexualidad adolescente, en este contexto el nuevo Plan Familia Ecuador enfocará su estrategia desde la perspectiva que el adolescente es un ser integral en sus cinco dimensiones: biológica, ecológica, intelectual, psicológica y trascendente.

En los períodos que operó la Enipla, obtuvo algunos logros como fue su objetivo de disminuir la mortalidad materna. No obstante, como se evidenció, las cifras de reducción del embarazo adolescente no son alentadoras, por lo que el nuevo Plan propuesto por el Gobierno asegura que tratará el tema de la fecundidad adolescente, desde y con el apoyo de la familia, pues su estrategia está basada en la creación de valores, donde los familiares y educadores juegan un papel protagónico. En la nueva propuesta se adicionarán también otros temas ligados a planificación familiar.

Entre las metas del nuevo Plan Familia Ecuador es brindar información suficiente y necesaria, para crear una adecuada cultura de educación sexual, para que los y las adolescentes puedan tomar sus propias decisiones, a partir de una aptitud responsable y segura.

Por su parte el Ministerio de Salud continúa con la distribución gratuita de preservativos en los centros de salud y estará trabajando en temas de formación de valores y de fomento a actividades deportivas y artísticas para motivar a los chicos a que inviertan su tiempo en actividades sanas y recreativas de bajo riesgo.

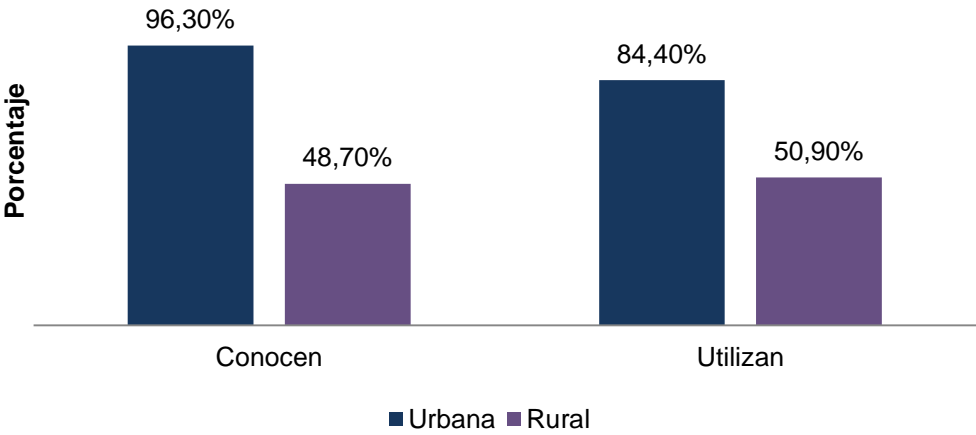
Se planteó, además, a la abstinencia como un principio básico para disminuir las tasas de embarazo a temprana edad en el país y la importancia de una formación familiar. La Secretaría del Buen Vivir efectúa actividades mensuales relacionadas también a la formación de valores en las instituciones educativas.

No obstante, es importante destacar que según la literatura, este tipo de acciones por si solas no solucionan la problemática de la sexualidad y fecundidad adolescente. La educación sexual debe ser impartida por profesionales capacitados en el tema, por ejemplo según la CEPAL (2013) en países europeos los gobiernos invierten para que la educación sexual y reproductiva sea dictada por sexólogos quienes, naturalmente, están capacitados para responder cualquier inquietud y sobre todo para abordar el tema con pleno conocimiento.

Por otra parte, el incremento del embarazo adolescente en Ecuador es evidenciado por algunas maternidades, por ejemplo en la maternidad Enrique Sotomayor, en Junio de 2013 se registraron 75 partos diarios que eran de mujeres adolescentes, según el Gineco-obstetra y director técnico del hospital Luis hidalgo, el 40% de los partos son de mujeres adolescentes, de las cuales el 90% presentan complicaciones durante el parto.

Adicionalmente, Jácome (2014) expone las cifras resultantes de los partos en el Hospital Isidro Ayora y asegura que de 100 adolescentes que dan a luz, 76 declararon no haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, los motivos para no utilizarlos, en el 46% de los casos, fue en desconocimiento de los métodos o su forma de uso, en el 37% no le intereso el uso de algún método, y el 17% de las adolescentes aceptaron conocer al menos un método de los más reconocidos por su nombre. El preservativo ocupó el primer lugar seguido por hormonales orales y DIU, adicionalmente las adolescentes atendidas en el hospital Isidro Ayora la mayoría son de niveles socioeconómicos bajos e incluso residen en zonas rurales, véase el gráfico 5.

Gráfico 5. Porcentaje de mujeres adolescentes que conocen y han utilizado algún método anticonceptivo, según el área de residencia.



Fuente: INEC- Condiciones de Vida, 2010 MUJERES Y HOMBRES del Ecuador en Cifras III
Elaboración: Nataly Cadena

En el Ecuador, según el Ministerio de Salud (MSP, 2012), las adolescentes que residen en zonas rurales utilizan métodos anticonceptivos tradicionales o no utilizan ningún método aumentando la probabilidad de embarazo. La falta de información, acceso a educación, la cultura de que las mujeres (especialmente en zonas rurales de la Amazonia), deben casarse

antes de los 17 años y el desconocimiento sobre educación sexual las hace más vulnerables a quedar embarazadas.

En este sentido, se evidencia una vez más que la fecundidad adolescente no es homogénea, según Guzmán (2000) las adolescentes que pertenecen a los quintiles económicos más bajos tienen mayor probabilidad de embarazarse, quienes irrumpen con sus metas y planes de vida.

Finalmente, la situación demográfica y de la fecundidad adolescente en Ecuador sigue siendo un problema importante desde hace varios años. Este fenómeno, demuestra que las desigualdades económicas, sociales y culturales siguen latentes.

Ahora bien, posterior al estudio del contexto demográfico del Ecuador, se busca analizar descriptivamente los determinantes que modifican el comportamiento de la fecundidad adolescente en las áreas urbanas y rurales del Ecuador. Por lo que, en la siguiente sección se detallan las fuentes de datos, y las variables necesarias para este análisis.

Fuente de datos

La presente disertación basa su estudio en la información disponible de la Encuesta de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), misma que cuenta con un diseño de muestra que permite recoger los datos a nivel nacional, subregional, por zonas, por estratos sociales, edad, etnia y sexo, facilitando una visión cuantificable de los problemas abordados y sus determinantes.

Efectivamente, el diseño muestral de la ENSANUT (2012) es probabilístico, estratificado, trietápico y por conglomerados. Pues está definido como estrato la división entre áreas rurales y urbanas, según el tipo y el tamaño poblacional de las localidades. Cada provincia está dividida por estratos rural y urbano. Además, en el Tomo I de la ENSANUT (2012) se especifica que se definieron dos estratos urbanos para las ciudades de Quito y Guayaquil, por lo que en total se obtienen 50 dominios.

El Ministerio de Salud (MSP) y el INEC llevaron a cabo esta encuesta nacional para actualizar los datos de la situación nutricional de la población, Demografía, Salud Materna e Infantil y Salud sexual y reproductiva. La información recopilada por esta encuesta sirve de base para el diseño de las políticas públicas, programas y estrategias encaminadas a proteger y elevar la calidad de vida del pueblo ecuatoriano.

Es así que, la ENSANUT (2012) es considerada una encuesta de alta cobertura nacional, que permite desglosar los niveles en subregiones, grupos étnicos, provincias y áreas de residencia (urbana-rural). El universo de estudio es diferente a la ENDEMAIN (2004) pues la ENSANUT (2012) permite obtener indicadores de salud y nutrición de toda la población de 0 meses de edad a 59 años, por grupos etarios.

Adicionalmente, la ENSANUT (2012) cuenta con 12 formularios con sus respectivos manuales, sin embargo para la investigación de esta disertación se utilizan únicamente los formularios 1 y 2³⁹. El formulario 1 (Hogar), fue diseñado para recolectar información de todos los miembros del hogar acerca de la ubicación geográfica y características de la vivienda y del hogar, información socioeconómica, gasto, acceso a servicios de salud, acceso a programas sociales, entre otras.

El formulario 2 (Mujeres en edad fértil-MEF-de 12 a 49 años de edad) recolectó información sobre las características generales de las mujeres en edad fértil, la historia de embarazos y nacimientos, servicios asociados a la salud materna, planificación familiar, preferencias reproductivas, actividad sexual y salud reproductiva de las MEF, nupcialidad, infecciones de transmisión sexual, y mortalidad materna⁴⁰.

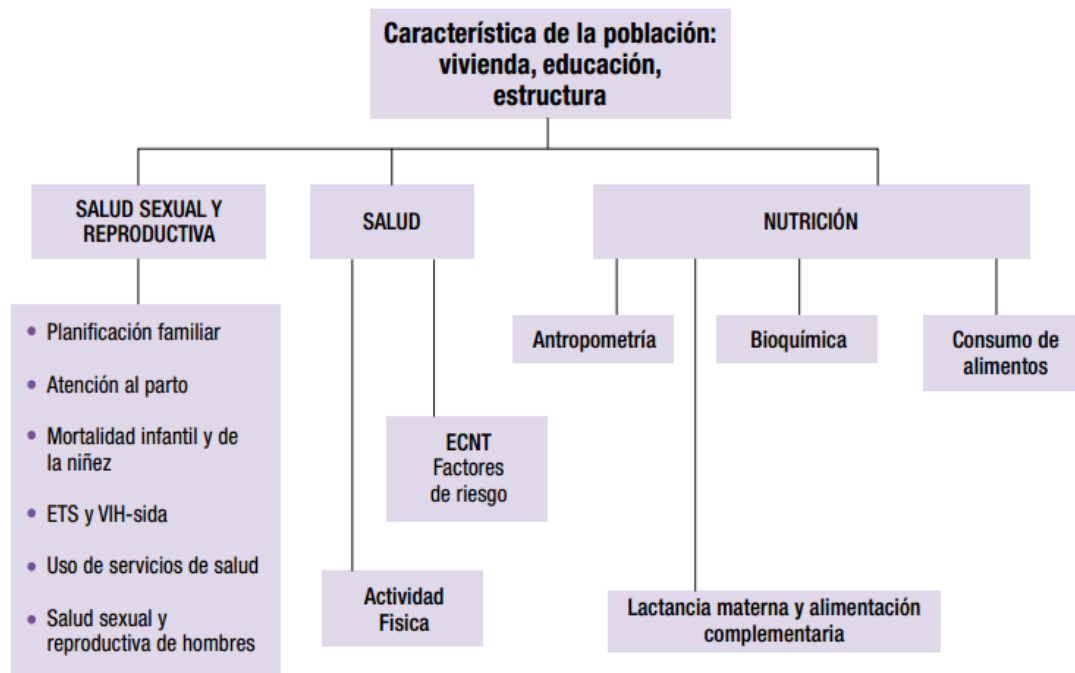
En este sentido, los períodos de referencia de estos formularios son: al momento de la entrevista; y, eventos históricos del hogar y de la vida sexual-reproductiva de las adolescentes, lo que facilita la elección de las variables y el análisis de la fecundidad adolescente (TOMO I- ENSANUT, 2012:63-64)⁴¹. Ahora bien, los componentes de la ENSANUT (2012) son tres que se vinculan entre sí (véase la figura 3).

³⁹ Los formularios de la ENSANUT (2012), son de libre acceso y se los puede descargar en el siguiente link: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>.

⁴⁰ En este sentido, para el análisis de la fecundidad adolescente se utilizan tres bases proporcionadas por ENSANUT (2012) en el paquete de software estadístico Stata12. La primera base es *ensanut_f1_mef*. La segunda, *ensanut_f1_personas*; y, *ensanut_f1_vivienda*. Se realizó un “merge” de las tres bases mencionadas y se creó: una base completa “fecundidad” donde se filtró los datos según el área de residencia y se obtuvieron dos bases (con las que se trabajó), “*fecundidad adolescente urbana*”, y “*fecundidad adolescente rural*”. Donde se filtró la edad de las mujeres, es decir, un grupo etario de 12 a 19 años. El número total de observaciones es de 2.260, 1.224 y 1.036, respectivamente.

⁴¹ Toda la información recolectada en esta encuesta (bases de datos, sintaxis, metodología) se encuentra disponible en la página web de Ecuador en cifras, de libre acceso, para que sirva de base de datos para futuras investigaciones.

Figura 3. Componentes de la ENSANUT (2012).



Fuente y Elaboración: TOMO I, ENSANUT (2012: 62)

El primer componente es el de Salud sexual y reproductiva el cual dispone de información de las mujeres en edad fértil MEF, como la historia sexual y reproductiva, servicios de planificación familiar, conocimientos sobre educación sexual, nupcialidad, nivel de instrucción y preferencias reproductivas.

El segundo componente se refiere a temas de salud; y, el tercero se asocia a temas de nutrición de los niños menores de cinco años. Como se comentó anteriormente, para la presente disertación se utiliza únicamente el primer componente, con el fin de analizar los factores sexuales, reproductivos, educativos, sociales, culturales y económicos que afectan el embarazo de las adolescentes.

Por otro lado, los resultados de esta encuesta sirven para diagnosticar y evaluar los logros y desaciertos de las acciones efectuadas en términos de salud y sociedad, sustentando la toma de decisiones con información científica, confiable y actual. Promoviendo el constante cambio y desarrollo epidemiológico y nutricional de la sociedad ecuatoriana.

En base a lo expuesto y de acuerdo a la teoría los Determinantes de la fecundidad, se construyeron diferentes variables⁴² que demuestren la incidencia de los determinantes próximos e intermedios en la fecundidad adolescente de las ecuatorianas, a través de la información obtenida en la ENSANUT (2012).

Con el fin de capturar el efecto de modernización otorgado por la teoría de Transición Demográfica, se hace una comparación del efecto de las áreas urbanas y rurales en la fecundidad. Asumiendo que en el área urbana se registra un mayor acceso a educación, mejores condiciones de salud, desarrollo industrial, urbanización, progreso en temas culturales, y tecnológicos.

Antes de analizar las variables, es importante mencionar que en las investigaciones relacionadas a los determinantes del embarazo adolescente surgen problemas asociados a la endogeneidad por simultaneidad y sesgo de selección, por lo cual a continuación se expone el tratamiento de los mismos.

El problema asociado con la simultaneidad genera que la fecundidad adolescente tenga una relación de doble causalidad con otras variables. En la literatura de la fecundidad adolescente las variables que poseen esta característica son: el uso de anticonceptivos, la educación y la pobreza. Es decir, las variables mencionadas inciden en la fecundidad y viceversa.

En este sentido, se evidencia que el uso de anticonceptivos modernos disminuye la probabilidad de un embarazo en la adolescencia. Sin embargo, después de un embarazo, el uso de los métodos anticonceptivos modernos incrementa con el fin de evitar otro embarazo no deseado, si es el caso (Llerena, Buizza y Cabrera 2014:37).

Asimismo, la pobreza incrementa la probabilidad de un embarazo en la adolescencia, a su vez, el embarazo en la adolescencia genera pobreza, pues según el Banco Mundial (2011) las adolescentes deben dejar el colegio, por lo que los años de escolaridad disminuyen, en comparación con adolescentes que no se han embarazado, reduciendo el ingreso esperado de las madres adolescentes. Además la mayoría de adolescentes deben insertarse al mercado laboral donde los ingresos no son elevados (Azevedo, J.p, 2011).

En cuanto al vínculo entre embarazo adolescente y educación, como se mencionó en acápite anteriores, también se genera doble causalidad, lo que conlleva a interrogantes como ¿es la falta de educación la causa del embarazo adolescente? O ¿el embarazo adolescente es la causa de la falta de educación? (Núñez y Cuesta, 2006).

⁴² Es importante mencionar que algunas variables fueron construidas como dummy o se combinaron con otras con el fin de obtener un análisis más amplio y preciso. Adicionalmente, se tomaron únicamente las variables más relevantes que otorga la teoría y que están disponibles en la ENSANUT (2012).

Por una parte, la falta de educación limita el conocimiento de las adolescentes sobre el embarazo, uso de métodos anticonceptivos, e incluso puede acelerar el inicio de las relaciones sexuales. Por su parte, la fecundidad adolescente ocasiona deserción escolar y disminuye la acumulación de capital humano en la adolescente. Es decir, se forma un “círculo vicioso” entre estos dos fenómenos (Núñez y Cuesta, 2006).

En este sentido, la literatura ofrece varias soluciones al problema de doble causalidad. Autores como González-Rozada (2010), Llerena, Buizza y Cabrera (2014) y Ferre (2015) exponen en la metodología de sus investigaciones que el factor que mide el efecto de las variables afectadas con problemas de doble causalidad debe ser analizado antes de que suceda el evento del embarazo adolescente.

Por ejemplo, para el caso de la utilización de métodos anticonceptivos, la literatura recomienda construir una variable que contenga información únicamente de la primera relación sexual, pues de esta manera este factor será anterior al evento del embarazo adolescente, donde el uso o no de anticonceptivos modernos en la primera relación sexual es una causa de un embarazo adolescente más no una consecuencia.

En lo que se refiere a la educación, Azevedo et al (2011) ofrecen una alternativa a los estudios que se enfocan únicamente en la causalidad de la fecundidad adolescente, mas no en las consecuencias, como es el caso de la presente disertación. Asimismo, los autores mencionados sugieren que al analizar la educación, se utilicen los años de escolaridad de las adolescentes antes de que el evento de la fecundidad adolescente suceda.

Es así que para analizar el determinante que mida el efecto de la educación en la fecundidad adolescente, se construyó la variable “años de escolaridad al momento del primer embarazo” para lo cual fue necesario combinar información del nivel de instrucción y grado o curso en el que estaba la adolescente al momento del primer embarazo⁴³.

Por otro lado, para el análisis de la pobreza los estudios mencionados, incluido el de Azevedo et al (2011), utilizan el quintil económico de la adolescente. Pues es una variable asociada a la pobreza que indica el nivel socioeconómico del hogar al que pertenece la adolescente, pero no recoge el efecto de pobreza⁴⁴ como tal. De esta manera, al utilizar los quintiles económicos⁴⁵ se evita el problema de utilizar variables afectadas con problemas de doble causalidad.

⁴³ Adicionalmente, se incluyeron a las adolescentes que no eran estudiantes al momento del primer embarazo y a las que nunca se han embarazado, con el fin de no perder información importante.

⁴⁴ La pobreza no solo se refiere a desigualdades económicas sino también a falta de oportunidades.

⁴⁵ En la metodología de la ENSANUT se evidencia que para la obtención de los quintiles económicos se realizó un “índice aproximado de bienestar económico que considere las características de la vivienda y del equipamiento del hogar”. En efecto, las variables que se usaron están relacionadas con el equipamiento del hogar y variables de características de la vivienda. Para más información véase (Ensanut-Ecu 2012 Tomo I: 73-75).

Posterior al análisis de la doble causalidad, los estudios del embarazo adolescente también registran problemas de observabilidad parcial por sesgo de selección. Efectivamente, la decisión de iniciar la vida sexual durante la adolescencia genera este problema, el cual será solucionado mediante la corrección de Heckman (1979)⁴⁶, será explicado en la sección de metodología.

A continuación, tomando en cuenta la revisión de la literatura, se presentan los determinantes de la fecundidad adolescente. En las investigaciones de la fecundidad adolescente, se plantea que el inicio de la vida sexual⁴⁷ implica una decisión racional por parte de las mujeres (en la mayoría de los casos). Por lo tanto, según Flórez et al (2004) esta decisión depende de factores individuales, familiares, contextuales y económicos, al igual que el embarazo (Galindo, 2012).

Algunas investigaciones, principalmente de Flórez y Soto (2006) utilizan a los determinantes intermedios, como la educación sexual, nivel de instrucción, nivel económico, factores contextuales o características de los padres, con el fin de comprender los motivos que incidieron en la decisión de las adolescentes para comenzar su vida sexual. En este sentido, se evidencia que los determinantes intermedios pueden incidir también en el embarazo adolescente a través del determinante próximo del inicio de la vida sexual (Galindo, 2012).

Irrecusablemente, las adolescentes que iniciaron su vida sexual forman parte de las adolescentes que corren el riesgo de embarazarse. Según Galindo (2012), las adolescentes que ya iniciaron su vida sexual son distintas a las adolescentes que no lo han hecho, porque los contextos sociales, familiares e individuales que motivaron a dichas adolescentes a iniciar su vida sexual antes, son diferentes.

En este sentido, la variable del nivel de instrucción⁴⁸ demuestra que su impacto en el inicio de la vida sexual de una adolescente es importante. En efecto, Singh (1998) asegura que las mujeres, con al menos un nivel de instrucción secundario tienen menos probabilidades de iniciar su vida sexual en la adolescencia, en comparación con las mujeres que tenían un nivel de instrucción primario (Welti, 2005).

Por otro lado, algunos estudios realizados en Colombia por Flórez y Soto (2006), han incluido un determinante adicional al momento de analizar la vida sexual de las adolescentes: *aceptación de las relaciones sexuales prematrimoniales* por parte de las

⁴⁶ Modelo propuesto en la metodología de Galindo (2012).

⁴⁷ El inicio de la vida sexual genera sesgo de selección porque al ser una decisión de tener o no relaciones sexuales depende de otros factores. Ahora, no es lo mismo la edad de la primera relación sexual pues esta es una variable demográfica que mide el comportamiento sexual de las adolescentes más no sus decisiones (Folch, Álvarez, Casabona, Brotons y Castellsagué, 2015).

⁴⁸ Para el análisis de los determinantes del "inicio de la vida sexual" se utiliza el nivel de instrucción actual de la adolescente, pues en este caso no genera simultaneidad. Por ejemplo se puede iniciar la vida sexual durante la adolescencia por falta de educación, sin embargo la falta de educación no se da por iniciar la vida sexual, algo que no sucede con el embarazo.

adolescentes, pues es considerado como un indicador de las normas sociales del ambiente en el que se desenvuelven Galindo (2012).

La idea de la variable “aceptación de relaciones sexuales prematrimoniales” refleja el nivel de libertad de una sociedad. Por ejemplo, una población que se caracterice por ser conservadora, donde gran parte de los habitantes practiquen una religión, la idea de tener relaciones sexuales prematrimoniales en la adolescencia es rechazada completamente (Welti, 2005). Al contrario, según Papalia (2012), un país como Estados Unidos, donde se promueve la libertad sexual, no genera asombro el inicio de la vida sexual durante la adolescencia, ni tampoco tener varias parejas sexuales.

Finalmente, una vez expuestos los problemas que surgen al estudiar el embarazo adolescente y las soluciones que ofrece la literatura especializada en este fenómeno, se detallan las variables que serán utilizadas con el fin de verificar cuáles determinantes próximos e intermedios incrementan la probabilidad de la fecundidad adolescente en Ecuador, tomando en cuenta el área urbana y rural (véase la figura 4).

Figura 4. Definición de variables utilizadas.

Variables y Etiquetas ⁴⁹	Descripción y construcción de variables
Variable Dependiente:	
<p style="text-align: center;">Fecundidad adolescente</p> <p style="text-align: center;">Y</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ La variable dependiente es construida mediante la pregunta “<i>alguna vez ha estado embarazada</i>” (con el fin de incluir a todas las adolescentes, incluso a aquellas que al momento de la encuesta no se encuentran embarazadas, pero anteriormente lo han estado). ❖ Esto no solo significa un mayor número de observaciones, sino que permite conocer los factores que históricamente han incidido en la fecundidad adolescente (Martes, 2005:12). ❖ Adicionalmente, se incluye a las adolescentes que al momento de la encuesta están embarazadas y es su primer embarazo. ❖ En este sentido, las adolescentes que declaran haber estado embarazadas o que actualmente lo están y es su primer embarazo toman el valor de uno, y cero caso contrario.
Variables Independientes:	
<p style="text-align: center;">Edad</p> <p style="text-align: center;"><i>edad</i> <i>edad2</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se refiere a los años cumplidos de la mujer al momento de la entrevista, en este caso solo se utilizarán edades entre 12 y 19 años. ❖ Dado que la fecundidad es no lineal en la edad, se añadió su forma cuadrática para tomar en consideración estos efectos no lineales.
<p style="text-align: center;">Edad de la primera relación sexual</p> <p style="text-align: center;"><i>Edad_1era_relac</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Para Flórez (2005) la exposición al primer embarazo empieza con la edad de la primera relación sexual, pues se considera que las adolescentes, pertenecientes a países subdesarrollados, que tienen su primera relación sexual antes

⁴⁹ Se refiere a los nombres de las variables codificadas en Stata12.

	<p>de los dieciséis años no tienen conocimiento sobre métodos anticonceptivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Es una variable continua, que recoge información sobre el comportamiento sexual de las adolescentes en Ecuador.
<p>Educación sexual parcial recibida en escuela o colegio</p> <p><i>Educación sexual parcial</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Esta variable se construyó en base al criterio que sugiere la OMS al momento de que las escuelas y colegios aborden el tema. En este sentido, esta variable contiene la información, que necesariamente deberían conocer las adolescentes como: pubertad, menstruación, aparato reproductor femenino, relaciones sexuales, embarazo y parto, infecciones de transmisión sexual, anticonceptivos modernos y píldora de emergencia. ❖ No obstante, al ser una variable que recoge el efecto de una “educación sexual parcial”, se toman los cuatro principales temas que deberían conocer las adolescentes como pubertad, menstruación, aparato reproductor femenino y relaciones sexuales. ❖ Esta variable únicamente recoge información otorgada por escuelas y colegios, con el objetivo de eliminar el riesgo de endogeneidad ya que la literatura considera que la mayoría de familias en América Latina y el Caribe hablan de sexualidad con sus hijos después de que ha ocurrido un embarazo. Mientras que, en los colegios, el objetivo de la educación sexual es prevenir los embarazos (UNESCO, 2010) ❖ La variable toma el valor de uno si la adolescente ha recibido la información mencionada en la escuela o colegio, y cero caso contrario.
<p>Anticonceptivos modernos en la primera relación sexual</p> <p><i>mac_1era_relasex anti_moderno</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Esta variable busca identificar el uso de métodos anticonceptivos modernos en la primera relación sexual (Inyección- Píldora de emergencia- Condón-Pastillas anticonceptivas). ❖ La variable cuenta con los cuatro métodos modernos mencionados que utilizaron las adolescentes y tres anticonceptivos tradicionales. ❖ Se generó una variable que toma el valor de uno si las adolescentes utilizaron un anticonceptivo moderno y cero caso contrario.
<p>Uso de métodos anticonceptivos modernos en la primera relación sexual</p> <p><i>uso_anticonceptivos</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ La variable del uso de anticonceptivos modernos es una variable dummy, construida en base a la variable anterior. Esta variable toma el valor de uno si la adolescente usó un método anticonceptivo en la primera relación sexual y si ese método fue un anticonceptivo moderno; y, cero caso contrario.
<p>Estado Civil al momento del primer embarazo</p> <p><i>dumestadocivil1(soltera) dumestadocivil2(separada) dumestadocivil3(casada/unida)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Con el fin de que esta variable sea anterior al evento del embarazo adolescente, está construida al momento del primer embarazo. ❖ Para esta variable, se utilizó la fecha de la primera unión o matrimonio, con el fin de calcular si este evento se dio después del primer embarazo. En este caso, se modificó la condición del estado civil actual “soltera” para verificar las adolescentes que al momento del primer embarazo estaban solteras. ❖ Las categorías de esta variable son: Soltera, Casada-Unida, Separada-Divorciada. ❖ Se toman en cuenta variables dummy para cada categoría. ❖ La categoría base es “casada o unida”.
<p>Auto identificación étnica</p> <p><i>Indígena Afro ecuatoriana</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Es una de las variables que miden el efecto del contexto social y cultural en donde las adolescentes se desenvuelven. ❖ En este caso se utilizó la pregunta “cómo se identifica”.

<i>Montubia Blanca Mestiza</i>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Las categorías de la etnia son: Indígena, Afro-ecuatoriana, Montubia, Blanca y Mestiza. ❖ Se generaron cuatro variables dummy para cada categoría. ❖ La categoría base es “indígena”.
<i>Migrante Interna Migrante</i>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ La migración es una variable que evidencia a la fecundidad como un fenómeno demográfico que se relaciona con procesos económicos, culturales y sociales distintos. ❖ Esta variable se construyó en base a las preguntas “<i>dónde nació</i>” y “<i>siempre vivió en este lugar</i>”. ❖ Toma el valor de uno si migró del lugar donde nació y cero caso contrario.
<i>Años de escolaridad al momento del primer embarazo Escolembarazo</i>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Para medir el efecto de la educación en el embarazo adolescente, se utilizó la variable continua “<i>años de escolaridad de la adolescente al momento del primer embarazo</i>”. ❖ Se incluyeron a adolescentes que no eran estudiantes al momento del primer embarazo.
<i>Tipología del hogar antes del primer embarazo tipología_hogar</i>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Esta variable mide el efecto de las características del núcleo familiar de las adolescentes antes del primer embarazo, pues con la información del estado conyugal se puede determinar si la adolescente era soltera al momento de embarazarse; no obstante, no se evidencia el hogar del que provenía, es por ello que esta variable demuestra la importancia del núcleo familiar. ❖ La variable toma el valor de uno si la adolescente vivía con sus padres y cero si vivía sola, con familiares, amigos o cónyuge, que en la literatura del embarazo adolescente es conocido como un núcleo familiar “amplio”.
<i>Regiones dumregiones1 (Costa) dumregiones2 (Amazonía) dumregiones3 (Insular) dumregiones4 (Sierra)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Delimita áreas donde viven las adolescentes, y se desagrega en las cuatro regiones del Ecuador. ❖ Se generaron las variables dummy para cada categoría (Costa, Amazonía, Insular, Sierra). ❖ Se tomó como categoría base a la región “Sierra”.
<i>Quintiles niveleconomico</i>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se refiere a una variable asociada a la pobreza, para analizar el nivel socioeconómico de las adolescentes. ❖ Se generó una dummy, que toma el valor de uno para los quintiles 1 y 2; y, 0 para los quintiles 3, 4 y 5 (quintiles medio-altos). <p><i>*Nota: No se utiliza como variable proxy el nivel socioeconómico de los padres porque se estaría excluyendo a las adolescentes de hogares amplios.</i></p>
<i>Variable con observabilidad parcial por sesgo de selección</i>	Para la corrección del sesgo de selección a través de la metodología de Heckman, se presenta a continuación, la variable dependiente de la ecuación de selección (inicio de vida sexual).
<i>Inicio de la vida sexual inicio_vidasexual</i>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Resulta importante conocer, no únicamente, los determinantes que incrementan o disminuyen la probabilidad de embarazarse en la adolescencia, sino también los factores que anticipan este evento. ❖ Esta variable recoge información de las adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales. ❖ Toma el valor de uno si ya iniciaron su vida sexual y cero caso contrario.
<i>VARIABLES explicativas del inicio de la vida sexual</i>	A continuación, se presentan las variables independientes de la ecuación de sesgo de selección.

<p>Educación sexual completa recibida en escuela o colegio <i>educación_sexual</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Esta variable se construyó en base al criterio que sugiere la OMS al momento de que las escuelas y colegios aborden el tema. En este sentido, esta variable contiene la información, que necesariamente, deberían conocer las adolescentes como: pubertad, menstruación, aparato reproductor femenino, relaciones sexuales, embarazo y parto, infecciones de transmisión sexual, anticonceptivos modernos y píldora de emergencia. ❖ Esta variable únicamente recoge información otorgada por escuelas y colegios. ❖ La variable toma el valor de uno si la adolescente ha recibido la información mencionada en la escuela o colegio, y cero caso contrario.
<p>Nivel de instrucción⁵⁰ <i>educaprimaria</i> <i>básica</i> <i>bachilleratosuperior</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Con el fin de demostrar lo expuesto por Singh (1998), se consideró a la educación como variable categórica (primaria, educación básica; y, bachillerato y superior). La categoría base fue considerada educación de bachillerato y superior.
<p>Aceptación de relaciones prematrimoniales Aceptacionrelasex</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Esta variable mide el efecto de las normas sociales en los países conservadores o liberales. ❖ Variable dummy que toma el valor de uno si la adolescente está de acuerdo con las relaciones sexuales prematrimoniales y cero caso contrario.
<p>Quintiles dumquintil1 dumquintil2 dunquintil3</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Con el fin de analizar el efecto del nivel económico en el inicio de vida sexual se agruparon los quintiles de la siguiente manera: quintiles (1 y 2) = bajos, quintiles (3y4)= medios, quintil (5)=alto. ❖ La categoría base son los quintiles (3, 4 y 5).

***Nota:** Cada variable considera el Factor de expansión, es decir la capacidad que tiene cada individuo seleccionado en una muestra probabilística para representar el universo en el cual está contenido (DIRPEN, 2008).

Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012

Elaboración: Nataly Cadena

Una vez expuestas las variables que serán utilizadas para el modelo econométrico, a continuación se realiza un análisis descriptivo de las mismas. Dado el grupo a estudiar, se emplearán mujeres de 12 a 19 años.

⁵⁰ El sistema educativo en Ecuador cambió en el año 2010. Los años de escolaridad mínimos que una persona debe tener son 10. Lo que equivale haber completado sus estudios hasta décimo curso. Actualmente, el Ministerio de educación lo considera como educación básica, seguida del bachillerato y educación superior. En este sentido, la literatura considera que las adolescentes que no completan la educación básica tienen más riesgos de iniciar su vida sexual. Es así que se construyó una variable que mide el nivel de instrucción, lo más bajo es primaria (es decir hasta 7 años de escolaridad), seguido de educación básica (10 años) en referencia al bachillerato y educación superior.

CAPITULO II. Análisis descriptivo de los determinantes próximos e intermedios de la fecundidad adolescente en Ecuador, según área de residencia (ENSANUT, 2012)

En esta sección, primeramente se presentan las estadísticas descriptivas de las variables cuantitativas y cualitativas (véase la tabla 1).

Tabla 1. Estadísticas descriptivas de variables cuantitativas y cualitativas.

Variables	Observaciones	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
<i>Cuantitativas</i>					
Edad	2.260	15,48	2,29	12	19
Edad de la primera relación sexual	2.260	15,29	1,59	10	19
Años de escolaridad en el primer embarazo	2.260	9,28	2,44	0	13
<i>Cualitativas</i>					
Fecundidad adolescente	2.260	0,21	-	-	-
Inicio de vida sexual	2.260	0,29	-	-	-
Educación sexual parcial	2.260	0,50	-	-	-
Educación sexual complete	2.260	0,19	-	-	-
Soltera	2.260	0,88	-	-	-
Separada o Divorciada	2.260	0,18	-	-	-
Casada o Unida	2.260	0,10	-	-	-
Inmigrante	2.260	0,14	-	-	-
Costa	2.260	0,35	-	-	-
Amazonía	2.260	0,13	-	-	-
Insular	2.260	0,005	-	-	-
Sierra	2.260	0,51	-	-	-
Área de residencia	2.260	0,61	-	-	-
Tipología del hogar	2.260	0,57	-	-	-
Primaria	2.260	0,023	-	-	-
Educacion Básica	2.260	0,66	-	-	-

Bachillerato y Superior	2.260	0,31	-	-	-
Quintiles bajos (1y2)	2.260	0,49	-	-	-
Quintiles medios (3y4)	2.260	0,37	-	-	-
Quintiles altos (5)	2.260	0,15	-	-	-

Datos obtenidos de la base general "fecundidad"

***Nota:** Cada variable considera el Factor de expansión, es decir la capacidad que tiene cada individuo seleccionado en una muestra probabilística para representar el universo en el cual está contenido (DIRPEN, 2008).

Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012

Elaboración: Nataly Cadena

Se trabaja con un total de 2.260 observaciones. Las variables continuas son la edad, la edad de la primera relación sexual y los años de escolaridad. La edad promedio de las adolescentes es de 15,48 años, la variación esperada con respecto a la media es de 2,29 años y la edad mínima es de 12 años, mientras que la edad máxima es de 19 años.

Por otro lado, se destaca que en la actualidad los embarazos adolescentes ocurren a edades más tempranas y su incidencia se ha incrementado principalmente en países subdesarrollados. Una posible explicación a este fenómeno se debe al inicio precoz de la actividad sexual (CEPAL, 2010). En este sentido, la edad de la primera relación sexual en promedio es de 15,29 años, mientras que la variación esperada con respecto a la media es de 1,59 años, la edad mínima es de 10 años y la edad máxima de 19 años. Para los años de escolaridad al momento del primer embarazo, se observa que en promedio son 9,27 años, la variación esperada con respecto a la media es de 2,44 años.

En lo que se refiere a las variables cualitativas, se observa que son variables binarias que toman valores de cero y uno⁵¹. Ahora, con el fin de verificar la importancia de los determinantes de la fecundidad, a continuación se presentan un análisis descriptivo de las variables elegidas. En primer lugar, se presenta la relación de la fecundidad adolescente con los determinantes próximos; y, posterior a ello, se expone la relación de la misma con los determinantes intermedios. A su vez, el análisis de la relación de las variables se lo hace en el área urbana y rural.

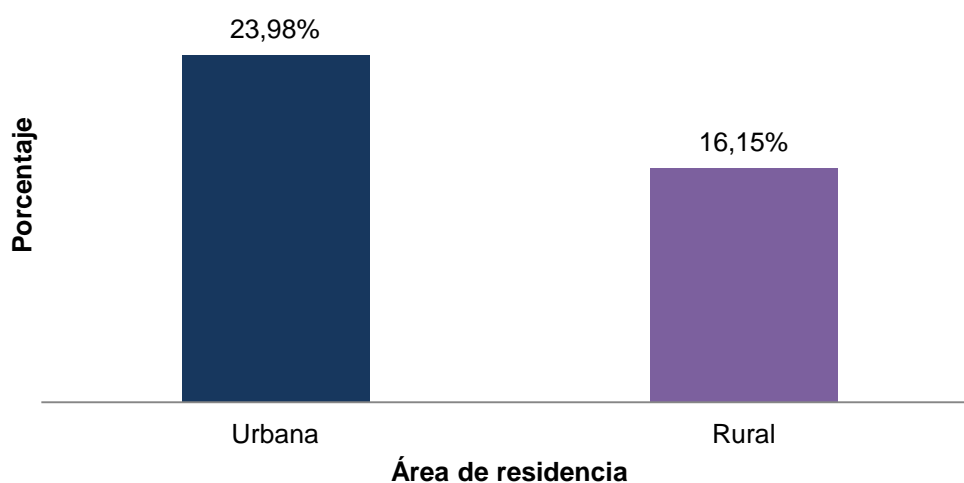
Durante el desarrollo de la presente disertación se expuso que la fecundidad adolescente es un problema que ha significado un reto importante para los países, pues las brechas existentes en los contextos económicos, sociales y culturales en los que las adolescentes se

⁵¹ Cada variable fue explicada a detalle en la Figura 2.

desenvuelven han generado que el comportamiento de la fecundidad no sea homogéneo, lo que significa que no todos los factores inciden en la misma magnitud.

Efectivamente, de acuerdo a la ENSANUT (2012) el 60,54% de las adolescentes residen en el área urbana, de las cuales el 23,8% han estado embarazadas. Mientras que, el 39,46% de las adolescentes residen en el área rural, de las cuales el 16,15% a estado embarazada (véase el gráfico 6).

Gráfico 6. Adolescentes que han estado embarazadas según área de residencia.



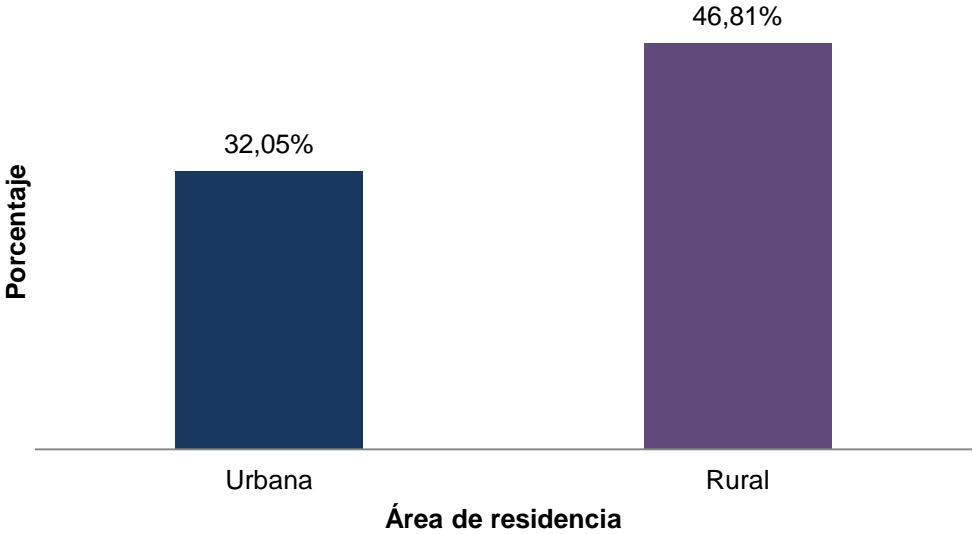
Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012
Elaboración: Nataly Cadena

Se destaca que la mayor parte de las adolescentes ecuatorianas residen en el área urbana (60,54%). Por lo tanto, al verificar la incidencia del embarazo adolescente, únicamente, en la población urbana se obtiene que el 39,56% de las adolescentes han estado embarazadas. Contrariamente, la incidencia del embarazo adolescente, únicamente, en la población rural demuestra que el 41,99% de las adolescentes han estado embarazadas.

Las cifras expuestas generan preocupación, pues según el Banco Mundial (2011) en países de ingresos altos pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), los porcentajes de embarazos adolescentes apenas llegan al 7%. Naturalmente, los contextos sociales, económicos y culturales son distintos a los países latinoamericanos.

En este sentido, varios son los factores que provocan las cifras expuestas de embarazo adolescente en Ecuador uno de ellos es, el inicio de la vida sexual. El comportamiento de este factor varía de acuerdo a los contextos sociales y económicos en los que se desenvuelven las adolescentes. En efecto, en el Ecuador el 32,05% de las adolescentes que residen en el área urbana ha iniciado su vida sexual. Mientras que, el 46,81% de las adolescentes que residen en el área rural ha iniciado su vida sexual (véase el gráfico 7).

Gráfico 7. Adolescentes que han iniciado su vida sexual según área de residencia.



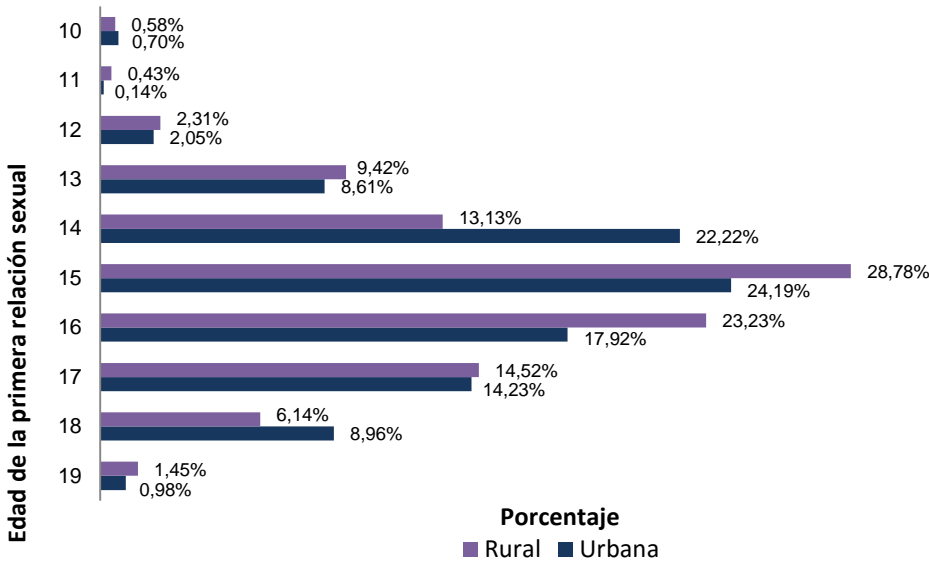
Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012
Elaboración: Nataly Cadena

En acápite anteriores se expuso que en América Latina y el Caribe el inicio de la vida sexual de las adolescentes era uno de los mayores problemas al estudiar el embarazo en la adolescencia. Según la literatura, el inicio de una vida sexual durante la adolescencia, generalmente, se lo hace de una forma irresponsable lo que incrementa el riesgo de embarazo. Para Flórez et al (2004) las adolescentes que tienen relaciones sexuales antes de los 16 años tienen 80% más de probabilidades de tener un embarazo no deseado y complicaciones graves de salud.

En base a lo mencionado por Flórez et al (2004), los porcentajes más altos de la edad de la primera relación sexual se presentan antes de los 15 años. La mayoría de adolescentes en el área rural en Ecuador, es decir el 28,78%, tuvo su primera relación sexual a los 15 años en comparación con las adolescentes del área urbana que representan el 24,19%.

El 22,22% de las adolescentes que residen en el área urbana tuvo su primera relación sexual a los 14 años y el 13,13% en el área rural. El 8,61% y el 9,42% de las adolescentes del área urbana y rural tuvieron su primera relación sexual a los 13 años, respectivamente. Finalmente, se puede evidenciar que apenas el 0,98% de las adolescentes del área urbana tuvo su primera relación sexual a los 19 años, mientras que el 1,45% pertenece al área rural (véase el gráfico 8)⁵².

Gráfico 8. Edad de la primera relación sexual según área de residencia.



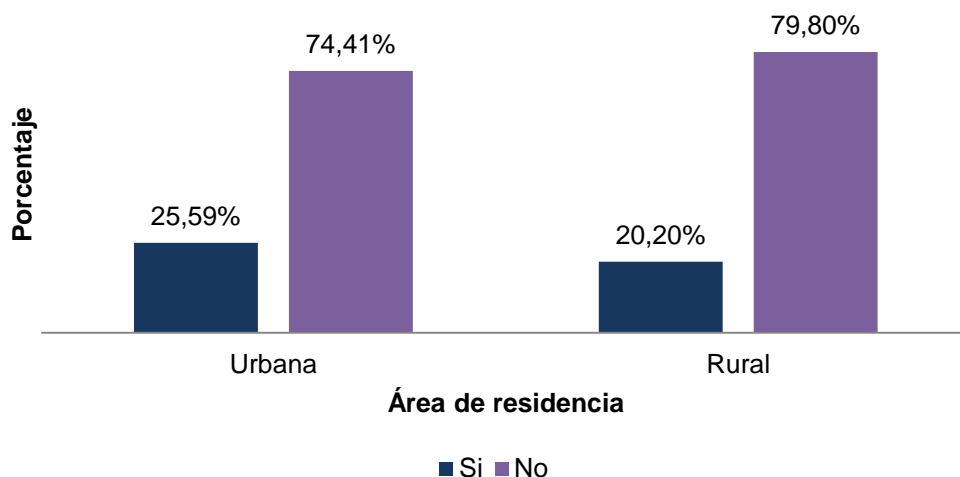
Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012
Elaboración: Nataly Cadena

Adicionalmente, se puede evidenciar que en Ecuador, la edad promedio de la primera relación sexual es de 15,29 años. Como se expuso en la sección anterior, la decisión de iniciar la vida sexual está condicionada por normas sociales, Flórez y Soto (2006) utilizan la tolerancia o aceptación de relaciones prematrimoniales.

En Ecuador, el 25,59% de las adolescentes del área urbana están de acuerdo con las relaciones sexuales prematrimoniales, no obstante el 74,41% no lo está. Por otro lado, el 20,20% de las adolescentes del área rural está de acuerdo con las relaciones sexuales prematrimoniales y el 79,80% no lo está (véase el gráfico 9).

⁵² En comparación con el 67,95% y 53,19% de las adolescentes que no han iniciado su vida sexual en el área urbana y rural, respectivamente.

Gráfico 9: Aceptación de relaciones sexuales prematrimoniales según área de residencia.



Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012
Elaboración: Nataly Cadena

Ecuador se caracteriza por ser un país religioso, según datos del INEC (2012) el 91,95% de las y los ecuatorianos practican una religión, por ende la aceptación de las relaciones sexuales prematrimoniales no es tan elevada. No obstante, al comparar esta variable en las zonas de residencia, se evidencia que la tolerancia a este factor es más alta en el área urbana.

En este sentido, Flórez et al (2004) aseguran que las adolescentes que residen en el área urbana no “sobreevalúan” al matrimonio, es así que la mayoría prefiere cohabitar con su pareja o tener relaciones sexuales con su novio. Al contrario, el área rural se caracteriza por la valorización del matrimonio adolescente, y el rol de la mujer, generalmente, se limita a cuidar del hogar.

Por otra parte, según la OMS (2014) el mayor problema de iniciar la vida sexual en la adolescencia se da cuando no se ha recibido educación sexual previa. Cabe mencionar que la educación sexual es un determinante intermedio. No obstante, la estrecha relación que tiene con los determinantes próximos obliga analizarlo en conjunto con los mismos.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2010) afirma que la educación sexual completa, que necesariamente debe ser impartida en escuelas y colegios, abarca temas de pubertad, cambios físicos y hormonales

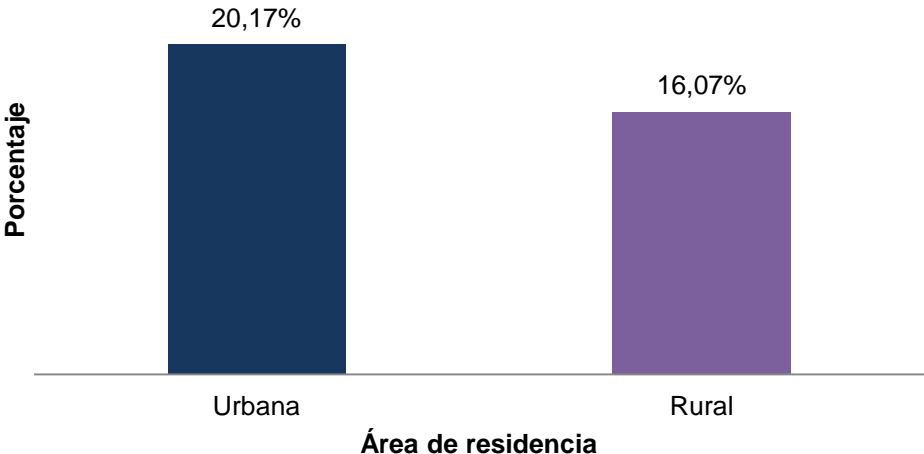
en la adolescencia (en este caso la menstruación), relaciones sexuales, embarazo, parto, planificación familiar, conocimiento sobre anticonceptivos modernos, conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y como evitarlas.

Además, la UNESCO (2010) considera que los docentes deben estar completamente capacitados para hablar de sexualidad con sus alumnos, pues según la Organización la mayoría de países latinoamericanos no disponen de personal capacitado en las instituciones educativas.

En este sentido, el Ecuador no ha dado prioridad a la educación sexual completa en escuelas y colegios, pues según el INEC (2014) apenas el 18% de los maestros están capacitados para hablar sobre educación sexual.

Efectivamente, de las adolescentes que residen en el área urbana, el 20,17% recibió educación sexual completa en sus escuelas o colegios. Mientras que el 16,07% las adolescentes que residen en el área rural, recibió educación sexual completa (véase el gráfico 10).

Gráfico 10. Adolescentes que recibieron educación sexual completa en la escuela o colegio, según área de residencia.



Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012
Elaboración: Nataly Cadena

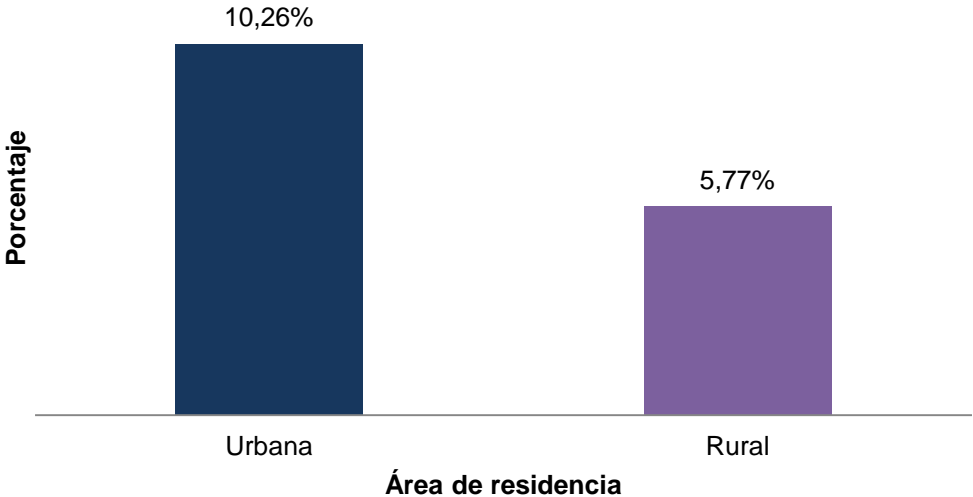
Las cifras expuestas evidencian la falta de educación sexual en el país y el poco personal capacitado para instruir a los y las niñas y adolescentes. Para la CEPAL (2010), uno de los problemas más graves que tiene América Latina y el Caribe es la escasa inversión, por parte de los gobiernos, en programas de educación sexual. En el capítulo uno, se expuso sobre algunos de los programas implementados en Ecuador con el fin de incrementar el conocimiento en educación sexual y reproductiva en los y las adolescentes.

No obstante, según el Plan Familia Ecuador los temas que se abordan están enfocados en fomentar los valores familiares. Como se mencionó en la sección anterior, la educación sexual no radica precisamente en valores familiares sino en conocimiento e información de cuestiones fisiológicas que se presentan en la adolescencia y como disminuir el riesgo de embarazos o infecciones.

Justamente, el conocimiento, información y uso adecuado de métodos anticonceptivos modernos es uno de los determinantes próximos más importantes al momento de empezar la vida sexual y disminuir la probabilidad de embarazo no deseado. No obstante, la OMS (2015) asegura que el conocimiento no implica solo saber el nombre del anticonceptivo, sino el uso adecuado del mismo, pues las adolescentes que inician su vida sexual sin protección corren el 80% de riesgo de tener un embarazo no deseado (OMS, 2015).

En Ecuador, el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes es diferente. Del 32,05% de las adolescentes que iniciaron su vida sexual en el área urbana el 10,26% utilizó algún método anticonceptivo moderno⁵³ en su primera relación sexual. Mientras que, del 46,81% de las adolescentes que iniciaron su vida sexual en el área rural apenas el 5,77% utilizó métodos anticonceptivos modernos en su primera relación sexual (véase el gráfico 11).

Gráfico 11. Adolescentes que utilizaron métodos anticonceptivos modernos en su primera relación sexual, según área de residencia.



Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012
Elaboración: Nataly Cadena

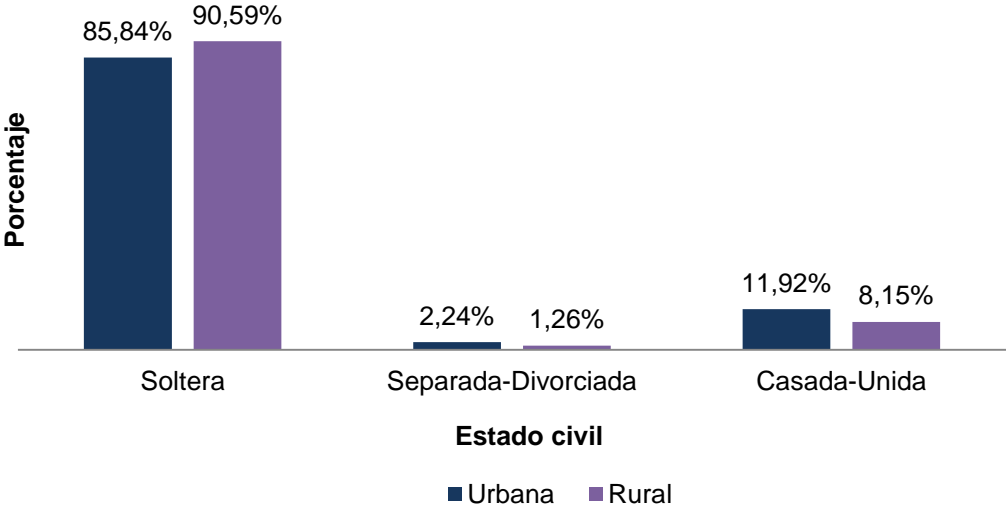
⁵³ Los métodos anticonceptivos modernos que utilizaron las adolescentes en el momento de la primera relación sexual son: pastillas anticonceptivas, condón, inyección anticonceptiva y píldora de emergencia. Con el fin de obtener información completa sobre el uso de los mismos en la primera relación sexual, se construyó una variable que reúna la información del uso y de los métodos.

La literatura argumenta que el aumento de la actividad sexual en edades más precoces aumenta el riesgo de embarazo no deseados en un 60% (Blum, 2004). Blum (2004) señala que existe una fuerte relación entre el incremento de la actividad sexual y el uso de métodos anticonceptivos, lo que ha provocado un cuestionamiento moral sobre la emisión de los mismos.

Además, las cifras evidencian que es ineludible la planificación familiar y educación sexual donde se enseña también el uso adecuado de los anticonceptivos modernos y se tiene una idea más clara de las relaciones sexuales y embarazos no deseados.

En lo que se refiere al determinante próximo del estado civil de las adolescentes al momento de su primer embarazo, se evidencia que en Ecuador el 85,84% de las adolescentes residentes en el área urbana se encontraban solteras, el 2,24% separada o divorciada y el 11,92% casada o unida. Por el contrario, de las adolescentes residentes del área rural el 90,59% se encontraba soltera, el 1,26% separada y el 8,15% casada o unida (véase el gráfico 12).

Gráfico 12. Estado civil de las adolescentes al momento del primer embarazo, según área de residencia.

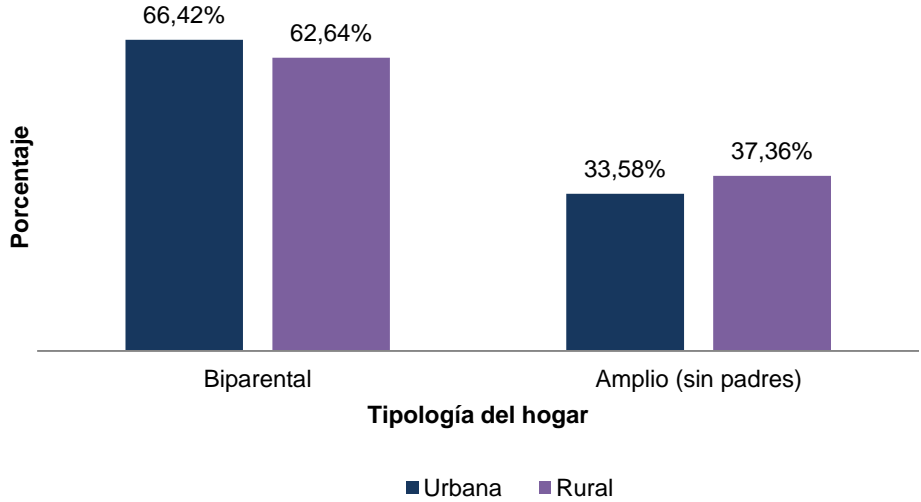


Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012
 Elaboración: Nataly Cadena

La mayoría de adolescentes tuvo su primer embarazo mientras estaba soltera, algunos estudios demuestran que las adolescentes que contraen matrimonio sufren de inestabilidad conyugal y por ende la mayoría de las adolescentes permanecen solteras (CEPAL, 2003).

Las adolescentes que estaban solteras en su primer embarazo, no necesariamente, vivían con sus padres, por lo tanto la literatura ofrece un determinante intermedio que mide el efecto del tipo de hogar de donde proviene la adolescente. De acuerdo a lo mencionado, en Ecuador de las adolescentes que residen en el área urbana antes del primer embarazo, el 66,62% vivía con sus padres y el 33,85% vivía en un hogar amplio, es decir con parientes, amigos o cónyuge. De la misma manera, en el área rural el 62,64% de las adolescentes vivía con sus padres; mientras que, el 37,36% pertenecía a un hogar amplio (véase el gráfico 13).

Gráfico 13. Tipología de hogar de las adolescentes antes del primer embarazo, según área de residencia.



Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012
Elaboración: Nataly Cadena

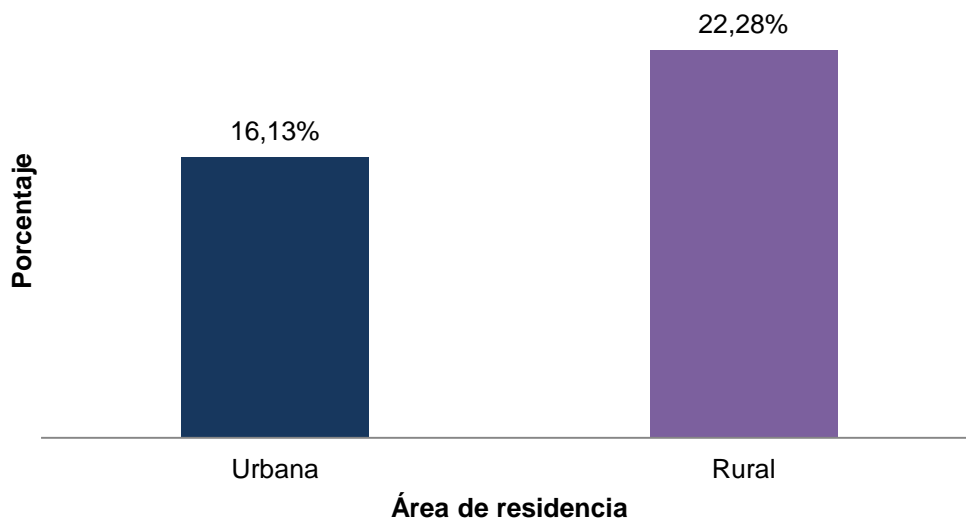
Las distintas formas de organización familiar demuestran las diferencias entre culturas en cuanto a la concepción de la familia, lo cual influye directamente sobre el comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes. Lamentablemente, las adolescentes que viven sin sus padres, muchas veces producto de la migración, no tienen una guía clara sobre sus decisiones, y generalmente viven en la pobreza (Flórez et al, 2004).

En este sentido, debido a que el tiempo ha sido relativamente corto en el que las adolescentes hayan sido expuestas a migración externa, la mayoría de las adolescentes al momento del primer embarazo es nativa en el área urbana (el 83,47%) y rural (77,72%).

Sin embargo, es necesario considerar a las adolescentes que han sido migrantes internas, antes de su primer embarazo. En este sentido, se destaca que el 16,13% pertenece a la

migración interna (urbana-urbana) de ciudades pequeñas a ciudades principales como Quito y Guayaquil; y, el 22,28% pertenece a la migración interna (rural-urbana) del campo a la ciudad (véase el gráfico 14).

Gráfico 14. Adolescentes migrantes internas antes del primer embarazo, según área de residencia.



Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012
Elaboración: Nataly Cadena

El porcentaje más alto de migración interna proviene de la migración rural-urbana, es decir adolescentes de niveles socioeconómicos bajos y que provienen del campo (áreas rurales). No obstante, también se observa que existe una dinámica de los desplazamientos intrametropolitanos, es decir migraciones urbana-urbana (Flórez et al, 2004).

Ahora bien, la tipología del hogar, la migración interna, el desconocimiento sobre educación sexual y desigualdades, son parte de los determinantes intermedios que miden y evidencian las diferencias en contextos sociales, culturales y económicos. Por ejemplo, La OMS y OPS aseguran que al momento de proponer políticas para la reducción de embarazos adolescentes en el mundo, se debe tomar en cuenta las necesidades de las etnias y culturas, pues son diferentes.

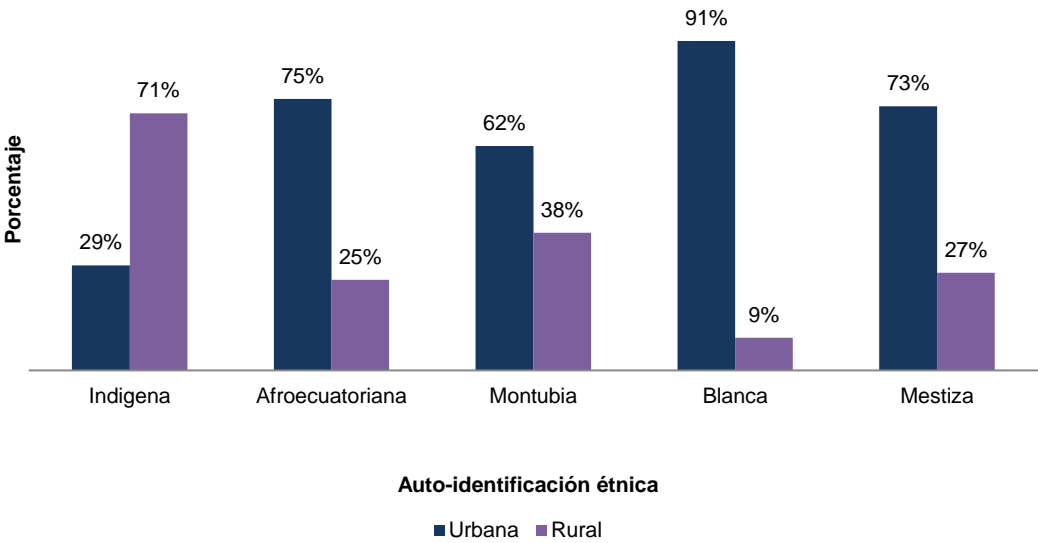
Ciertamente, la etnia es un determinante intermedio importante a la hora de analizar la fecundidad adolescente. En este caso, las principales etnias en el Ecuador son indígenas, montubias, afro-ecuatorianas, mestizas y blancas.

Se evidencia que, la población adolescente de indígenas que han estado embarazadas, el 29% reside en el área urbana. Mientras que la mayor parte, es decir el 71% pertenecen al área rural. Esto demuestra que la mayoría de la población indígena, en general, reside en zonas rurales con niveles socioeconómicos bajos.

De manera contraria, se observa que para las otras etnias, la mayoría de la población adolescente reside en áreas urbanas. Por ejemplo, para las afro-ecuatorianas, se evidencia que el 75% de las adolescentes que han estado embarazadas, pertenecen al área urbana; y, el 25% residen en el área rural. Asimismo, las adolescentes montubias que han estado embarazadas, el 62% pertenece al área urbana y el 38% al área rural.

De igual manera, la mayoría de la población (91%) de las adolescentes blancas que han estado embarazadas pertenecen al área urbana; y, apenas el 9% reside en el área rural. Finalmente, el 73% de las adolescentes mestizas que han estado embarazadas pertenecen al área urbana y el 23% al área rural (véase el gráfico 15).

Gráfico 15. Incidencia del embarazo adolescente en las auto-identificaciones étnicas del Ecuador, según área de residencia.

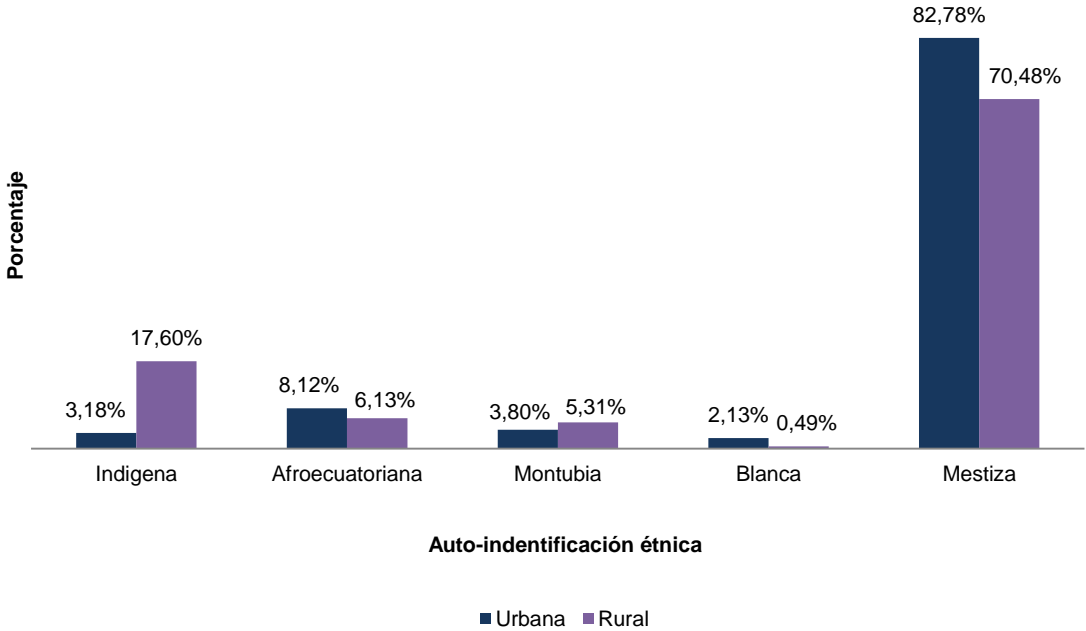


Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012
Elaboración: Nataly Cadena

Ahora bien, al analizar la distribución del embarazo adolescente, únicamente, en la población urbana se obtiene que, el 3,18% de las adolescentes que alguna vez han estado embarazadas son indígenas, el 3,80% son montubias, el 8,12% son afro-ecuatorianas, el 2,13% son blancas y el 82,78% son mestizas.

Por el contrario, la distribución del embarazo adolescente, únicamente, en la población rural evidencia que, el 17,60% de las adolescentes que alguna vez han estado embarazadas son indígenas, el 6,13% son afro-ecuatorianas, el 5,31% son montubias, el 0,49% son blancas y el 70,48% son mestizas. Esto demuestra que la mayoría de la población ecuatoriana es mestiza (véase el gráfico 16).

Gráfico 16. Auto-identificación étnica de las adolescentes durante su primer embarazo, según área de residencia.



Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012
Elaboración: Nataly Cadena

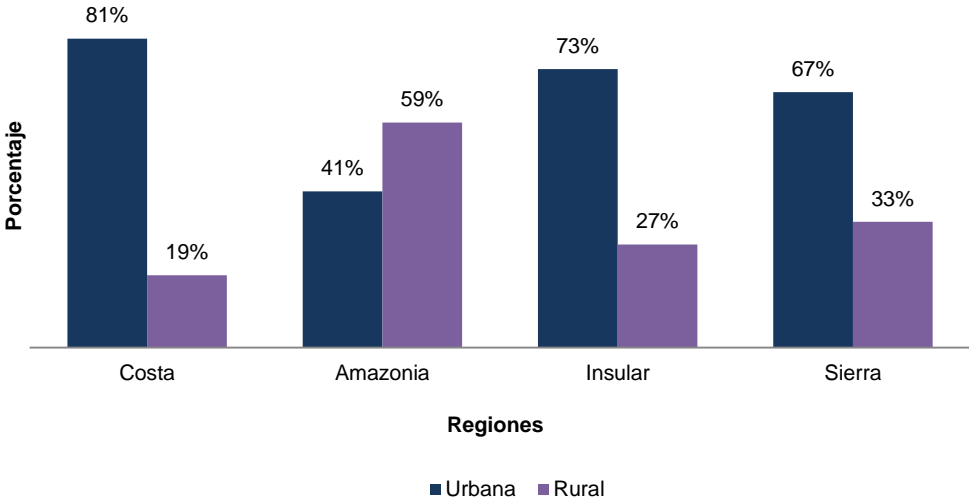
La etnia toma relevancia al momento de abordar temas de salud sexual y reproductiva, y programas educativos, los mismos que son escasos. Además, las poblaciones que pertenecen a etnias como indígena o afro-ecuatoriana son víctimas de discriminación. Por ende, la prevención o planificación familiar muchas veces no está al alcance de las adolescentes. Otro factor importante es la cosmovisión errónea sobre la conducta sexual que tienen estas poblaciones, lo que provoca que las adolescentes sean más vulnerables (UNFPA, 2011).

Continuando con el análisis descriptivo de contextos sociales y culturales, se menciona a un determinante intermedio que abarca temas culturales y sociales, este factor es la región de residencia.

En este sentido, de las cuatro regiones del Ecuador, se observa que la mayoría de la población adolescente que ha estado embarazada reside en el área urbana de las regiones Costa (81%), Insular (73%) y Sierra (67%). En comparación con la Amazonia, donde el 41% de las adolescentes residen en el área urbana.

En este sentido, se evidencia que la Amazonia es la región que más población rural de adolescentes tiene. Pues, el 59% de las adolescentes que han estado embarazadas, residen en el área rural. Mientras que, el 19% en la Costa, el 27% en Galápagos y el 33% en la Sierra (véase gráfico 17).

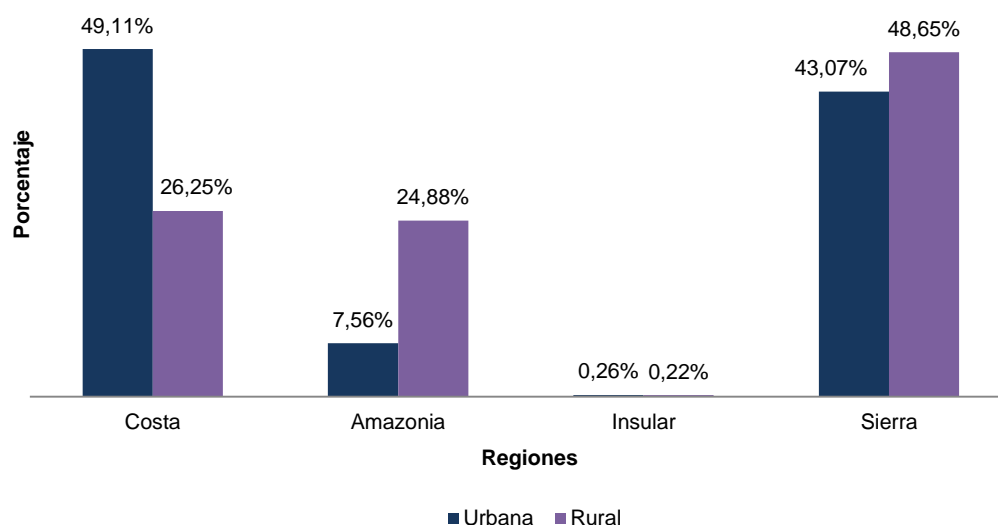
Gráfico 17. Incidencia del embarazo adolescente en las regiones del Ecuador, según área de residencia.



Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012
Elaboración: Nataly Cadena

Por el contrario, al analizar la población urbana en el Ecuador, se puede evidenciar que de las adolescentes que han estado embarazadas, el 49,11% pertenece a la Costa, el 7,56% a la Amazonia, el 0,26% a insular; y, el 43,07% a la Sierra. Mientras que en la población rural, las adolescentes que han estado embarazadas, el 26,25% pertenece a la Costa, el 24,88% a la Amazonia, el 0,22% a Galápagos y el 48,65% a la Sierra (véase el gráfico 17).

Gráfico 18. Región y área de residencia de las adolescentes durante su primer embarazo.



Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012
Elaboración: Nataly Cadena

Se observa, que la mayor parte de la población ecuatoriana reside en zonas urbanas y rurales de las regiones Sierra y Costa. Como era de esperarse, el porcentaje de embarazos en la Costa es mayor. Sin embargo, el porcentaje de embarazo adolescente en la Sierra rural es mayor comparado con la Costa rural. En la sección anterior, se expuso que la ENSANUT (2012) recoge información de las regiones con el fin de definir a los contextos urbanos en Ecuador y sus diferencias con los contextos rurales.

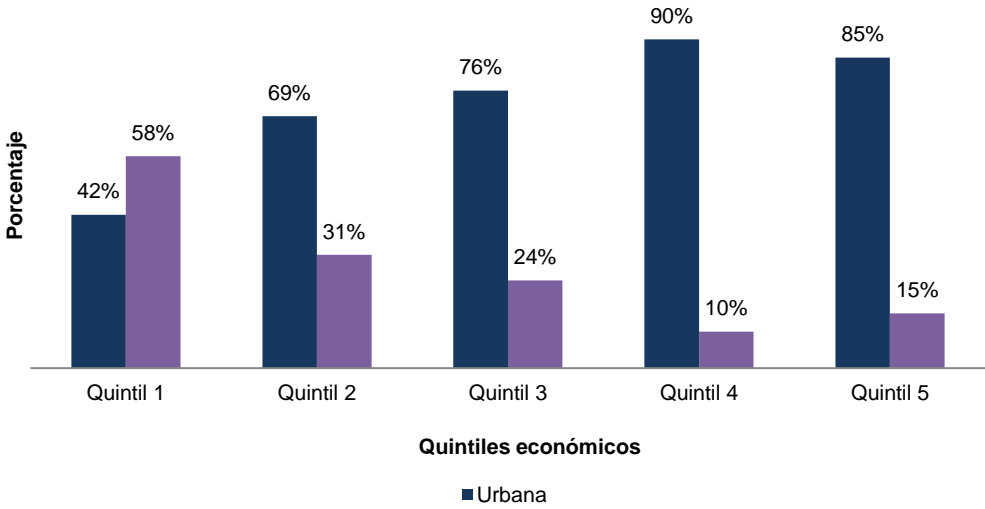
Por otra parte, con el fin de analizar el contexto socioeconómico de las adolescentes, se utiliza el determinante próximo de “nivel económico”, medido a través de los quintiles económicos.

En Ecuador, según el INEC (2010) la mayoría de la población ecuatoriana que reside en áreas urbanas pertenece a niveles económicos medios, es decir quintiles 3 y 4. Mientras que, la mayoría de la población que reside en áreas rurales pertenece a quintiles bajos 1 y 2.

Con esto en mente, se evidencia que el mayor porcentaje (58%) de las adolescentes que han estado embarazadas que pertenece al quintil 1, reside en el área rural. Mientras que, el 42% en el área urbana. Por el contrario, el 69% de las adolescentes que han estado embarazadas que pertenece al quintil 2, reside en el área urbana y el 31% en el área rural.

Asimismo, el 76% de las adolescentes que han estado embarazadas que pertenece al quintil 3, reside en el área urbana y el 24% en el área rural. Además, el 90% de las adolescentes que han estado embarazadas que pertenece al quintil 4, reside en el área urbana y el 10% en el área rural. Finalmente, el 85% de las adolescentes que han estado embarazadas que pertenece al quintil 5, reside en el área urbana y el 15% en el área rural (véase el gráfico 19).

Gráfico 19. Incidencia del embarazo adolescente en los quintiles económicos, según área de residencia.



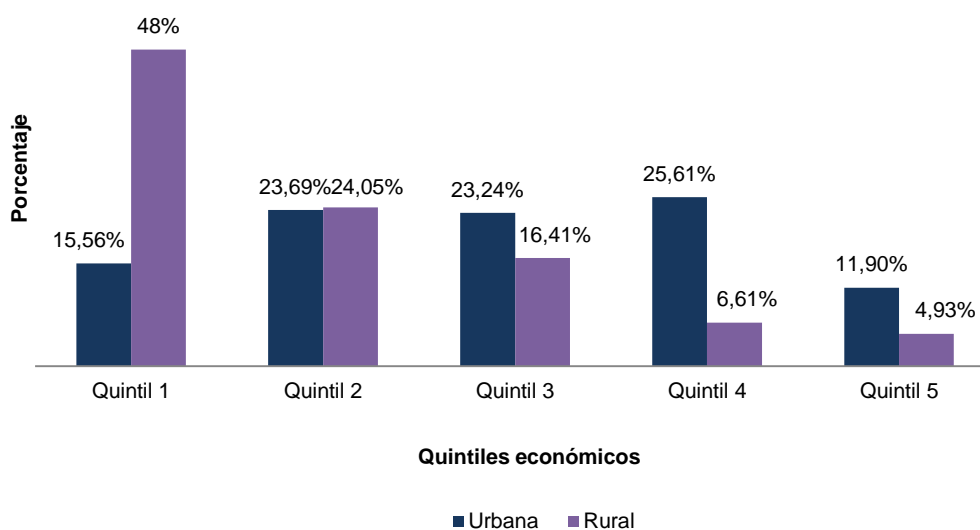
Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012
Elaboración: Nataly Cadena

Lo expuesto demuestra que en el área rural la mayoría de la población adolescente está concentrada en los quintiles más bajos (1 y 2) en comparación con el área urbana donde la mayoría de la población adolescente, se concentra en quintiles medio altos (3, 4 y 5).

Ahora bien, al analizar a las adolescentes que han estado embarazadas en la población urbana ese evidencia que, el 15,56% pertenecen al quintil 1, el 23,69% pertenece al quintil 2, el 23,24% pertenece al quintil 3, el 25,61% pertenece al quintil 4 y el 11,90% pertenece al quintil 5.

Por el contrario, al analizar a las adolescentes que han estado embarazadas en la población rural ese evidencia que, el 48% pertenecen al quintil 1, el 24,05% pertenece al quintil 2, el 16,41% pertenece al quintil 3, el 6,61% pertenece al quintil 4 y el 4,93% pertenece al quintil 5 (véase el gráfico 20).

Gráfico 20. Quintil económico de las adolescentes durante su primer embarazo, según área de residencia.



Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012

Elaboración: Nataly Cadena

Después del análisis porcentual del quintil económico, se evidencia que el determinante intermedio “nivel socioeconómico”, es un factor de riesgo importante en el embarazo adolescente, debido a que la fecundidad adolescente es ocho veces más elevada en el quintil más bajo. En efecto, en los países que tienen mayores inequidades por quintil de riqueza las adolescentes corren el riesgo de embarazarse y tener un número de hijos mayor en comparación con países desarrollados (Montero et al, 2008).

Por último, uno de los determinantes intermedios más relevantes en la literatura del embarazo adolescente es la educación. Pues esta variable no solo indica el nivel académico de las adolescentes, sino que recoge el efecto positivo que genera la educación en la toma de decisiones de las adolescentes, debido a que incrementa los planes y proyectos de vida (Salazar, 2003).

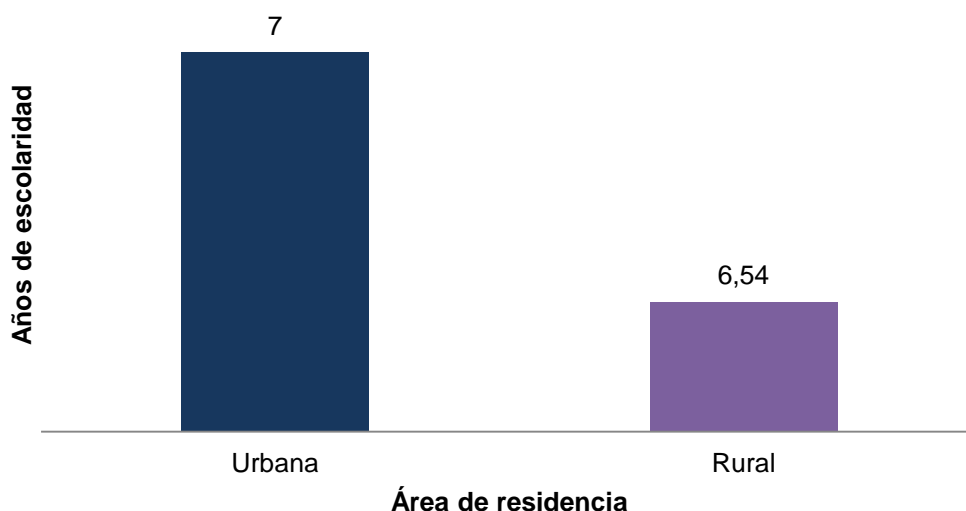
En este sentido, la educación tiene la capacidad de disminuir el nivel de embarazo porque las adolescentes deciden postergar el inicio de la vida sexual, utilizar anticonceptivos e invertir su tiempo en la acumulación de su propio capital humano. Es decir, este determinante puede incidir de manera directa en la fecundidad, o indirectamente a través del determinante próximo “inicio de vida sexual” (Salazar, 2003).

Para la presente disertación se utilizan los años de escolaridad de la adolescente al momento del primer embarazo. Con el fin de comparar el embarazo adolescente según área de residencia, se obtuvo un promedio de los años de escolaridad, cabe mencionar que en

un rango de edad de 12 a 19 años el valor máximo de escolaridad son 13 años, es decir la culminación del colegio.

En este sentido, se observa que en el Ecuador el promedio de los años de escolaridad de las adolescentes que han estado embarazadas y residen en el área urbana es de 7 años, mientras que, el promedio de las adolescentes que residen en el área rural es de 6,54 años, véase el gráfico 21.

Gráfico 21. Promedio de los años de escolaridad de las adolescentes durante su primer embarazo, según área de residencia.



Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012
Elaboración: Nataly Cadena

En el área rural, los años de escolaridad son ligeramente menores en comparación con el área urbana. No obstante, es de gran preocupación que las adolescentes que han estado embarazadas ni siquiera han llegado a culminar la educación básica, es decir décimo año.

Según el Ministerio de Educación, el mínimo de años de escolaridad que debe tener una persona son 10 años que corresponden a la Educación Básica. En este caso, los 7 años de escolaridad de las adolescentes equivalen a la culminación de la primaria e inicio de la secundaria.

En definitiva, el análisis descriptivo de los determinantes de la fecundidad adolescente, demuestra que este fenómeno tiene un comportamiento diferente en las áreas urbanas y rurales del Ecuador. Pues las adolescentes más vulnerables se encuentran en los niveles socioeconómicos más bajos. No obstante, se debe recalcar que el concepto de urbanización

otorgado en Frank Notestein (1945) en la teoría de la Transición Demográfica, se refiere a países que han logrado incrementar el acceso a servicios de salud, educación, y donde las brechas en oportunidades son mínimas de la fecundidad varía en los distintos contextos en los que la adolescente se desenvuelve.

En el Ecuador se evidencia que a pesar de que las adolescentes residan en el área urbana, las diferencias sociales y económicas todavía están presentes, y según el análisis descriptivo expuesto, las brechas no solo radican en áreas de residencia sino también dentro de la misma área. Bajo este contexto, el próximo capítulo identifica este problema y estima cuales de los determinantes, tanto próximos como intermedios influyen en la fecundidad adolescente en el país.

CAPITULO III. Estimación de los determinantes próximos e intermedios que inciden en la fecundidad adolescente en las áreas urbanas y rurales del Ecuador

En este capítulo se expone la metodología utilizada para estimar los determinantes de la fecundidad adolescente y los resultados de la misma. Con el fin de conocer cuáles de los determinantes expuestos durante el desarrollo de esta disertación, tienen mayor relevancia en las áreas urbanas y rurales del Ecuador.

Metodología

Una vez realizado el análisis descriptivo de los determinantes de la fecundidad adolescente, se puede evidenciar que la misma está en función de cada factor, en términos formales:

$Y_2(\text{fecundidad adolescente})$

$$\begin{aligned} &= \beta_0 + \beta_1 \text{edad} + \beta_2 \text{edad}^2 + \beta_3 \text{edad de la primera relación sexual} \\ &+ \beta_4 \text{uso anticonceptivos modernos en la primera relación sexual} \\ &+ \beta_5 \text{inicio de vida sexual} + \beta_6 \text{educación sexual recibida en escuela o colegio} \\ &+ \beta_7 \text{años de escolaridad al momento del primer embarazo} \\ &+ \beta_8 \text{estado civil en el primer embarazo}^{54} + \beta_9 \text{autoidentificación étnica}^{55} \\ &+ \beta_{10} \text{regiones de residencia}^{56} + \beta_{11} \text{migrante} \\ &+ \beta_{12} \text{tipología del hogar antes del primer embarazo} \\ &+ \beta_{13} \text{quintiles económicos} + u_i \end{aligned}$$

En este sentido, la metodología estadística-econométrica que se utilizó para identificar los determinantes que inciden en la fecundidad adolescente en el área urbana y rural, descansa en la estimación de un modelo *Probit con selección de la muestra* (Heckprobit), debido al sesgo de selección que surge con la variable “*inicio de la vida sexual*”. Esta metodología genera estimadores consistentes para modelos con una variable dependiente binaria y sesgo de selección. Este modelo estima a los parámetros por máxima verosimilitud, es decir, siguiendo la técnica de ajuste *Heckprobit*, estimado en una sola etapa donde se exponen los resultados de las ecuaciones de interés y de selección. Es decir, se estiman dos modelos Probit (Base manual de referencia Stata12, 2011).

⁵⁴ Variables dummy de “soltera” y “separada”. La categoría base es “casada-unida”.

⁵⁵ Variables dummy de “afro-ecuatoriana”, “montubia”, “blanca” y “mestiza”. La categoría base es “indígena”.

⁵⁶ Variables dummy de “Costa”, “Insular” y “Amazonia”. La categoría base es “Sierra”.

Ahora bien, Van de Ven y Van Pragg (1981) proveen una introducción y explicación sobre este modelo:

$$y_j^* = x_j\beta_1 + u_{1j} \quad (\text{ecuación de interés})$$

$$y_i^* = x_i\beta_2 + u_{2i} \quad (\text{ecuación de selección})$$

Donde

y_j^* es la fecundidad adolescente

y_i^* es el inicio de la vida sexual

u_1 y u_2 son los términos de error

Se asume que:

$$u_1 \sim N(0,1)$$

$$u_2 \sim N(0,1)$$

$$\text{corr}(u_1, u_2) = \rho$$

Donde ρ es la correlación de los parámetros

Ahora, en este caso y_i^* es observada si $y_j^*=1$. La variable y_i^* (inicio de vida sexual), puede tomar valor de 0 y 1. El modelo puede darnos tres opciones de probabilidades utilizadas, especialmente al momento de analizar los efectos marginales:

$$y_j^* = 0 \quad y_i^* = \text{no observada} \quad \Pr(y_j^* = 0) = \Phi(-x'_{1j}\beta_1)$$

$$y_j^* = 1 \quad y_i^* = 0 \quad \Pr(y_j^* = 1, y_i^* = 0) = \Phi_2(-x'_{1j}\beta_1, x'_{2i}\beta_2, \rho)$$

$$y_j^* = 1 \quad y_i^* = 1^{57} \quad \Pr(y_j^* = 1, y_i^* = 1) = \Phi_2(-x'_{1j}\beta_1, x'_{2i}\beta_2, \rho)$$

⁵⁷ Para la presente disertación se utiliza la probabilidad tres, donde tanto la fecundidad adolescente como el inicio de las relaciones sexuales son observadas, pues solo pueden embarazarse las mujeres que han iniciado su vida sexual.

De esta manera se evidencia el logaritmo de máxima verosimilitud:

$$\begin{aligned} \ln L = & \sum_{\substack{j \in S \\ y_j \neq 0}} w_j \ln \left\{ \Phi_2(x_j \beta + \text{offset}_j^\beta, z_j \gamma + \text{offset}_j^\gamma, \rho) \right\} \\ & + \sum_{\substack{j \in S \\ y_j = 0}} w_j \ln \left\{ \Phi_2(-x_j \beta + \text{offset}_j^\beta, z_j \gamma + \text{offset}_j^\gamma, -\rho) \right\} \\ & + \sum_{j \notin S} w_j \ln \left\{ 1 - \Phi(z_j \gamma + \text{offset}_j^\gamma) \right\} \end{aligned}$$

Donde S es el conjunto de observaciones para las cuales y_j (fecundidad adolescente) es observada, $\Phi_2(\cdot)$ es la función de distribución normal bivariada acumulativa (con media $[0,0]'$), $\Phi(\cdot)$ es la normal acumulativa estándar, y w_j es un peso óptimo para la observación j .

En la estimación de máxima verosimilitud, ρ no se estima de forma directa, sino:

$$\text{atanh } \rho = \frac{1}{2} \ln \left(\frac{1 + \rho}{1 - \rho} \right)$$

Es así, que de la forma de la probabilidad, es claro que si $\rho = 0$, el logaritmo de verosimilitud para el modelo probit con selección de la muestra es igual a la suma del modelo probit para el resultado y , y el modelo de selección. Las técnicas estándar del Probit se aplican para calcular los resultados sesgados en la primera ecuación de rendimiento. El Heckprobit proporciona estimaciones consistentes y asintóticamente eficientes para todos los parámetros en estos modelos, considerando que las variables independientes son exógenas.

Para que el modelo este bien definido, la ecuación de selección debe tener al menos una variable que no esté incluida en la ecuación Probit, en este caso la "aceptación de relaciones prematrimoniales" y "nivel de instrucción". De lo contrario, el modelo estará definido solo por forma funcional, y los coeficientes no tendrán una interpretación estructural.

Resultados del modelo Heckprobit

En los párrafos siguientes, se exponen los resultados del modelo Probit con corrección de Heckman (Heckprobit), con el fin de observar el efecto vinculado de los determinantes en la fecundidad adolescente en dos ámbitos urbano y rural, pues los factores que incrementan la probabilidad de embarazo difieren en su dimensión

Para garantizar que el análisis de los resultados sea consistente, se contrasta la realidad del país y las consideraciones de la literatura con los resultados obtenidos del modelo. Ahora bien, los resultados se exponen en dos bloques con tres columnas. El bloque uno, contiene información de las estimaciones de los determinantes próximos. El bloque dos contiene las estimaciones de los determinantes intermedios que incrementan o disminuyen los niveles de la fecundidad adolescente.

En lo que se refiere a las columnas, la primera muestra los coeficientes de las estimaciones por máxima verosimilitud. La columna dos, presenta el *p-value* de las estimaciones con el fin de verificar su nivel de significancia. La columna tres presenta los efectos marginales promedios para interpretar los estimadores obtenidos⁵⁸.

Por último, el análisis de los resultados se realiza de dos maneras. En primer lugar se comentan los resultados del modelo, es decir a través de los signos de las estimaciones. En segundo lugar, se analizan únicamente los estimadores significativos.

Resultados del modelo Heckprobit para el área urbana

El análisis para las estimaciones de la primera iteración de registro correspondiente al modelo Probit (fecundidad adolescente) para el área urbana del Ecuador se presentan en la Tabla 2⁵⁹.

⁵⁸ Es importante mencionar que los efectos marginales se utilizan con el fin de interpretar los parámetros y no como una estimación aparte. Por lo tanto no se comentan los errores estándares de estas estimaciones a pesar de estar visibles en las tablas (Llerena, Buizza y Cabrera 2014)

⁵⁹ Los resultados completos de las dos iteraciones; y, análisis de la iteración de la ecuación de sesgo se encuentran en el Anexo 3.

Tabla 2. Resultado del modelo Heckprobit para el área urbana.

HECKPROBIT URBANA			
PRIMERA ITERACIÓN DE REGISTRO CORRESPONDIENTE AL MODELO PROBIT			
Variables	Coefficiente	p- value	Efecto Marginal
<i>y= Fecundidad adolescente</i>			
DETERMINANTES PRÓXIMOS			
Edad	1,862133 (1,54953)	0,229	0,1279069 (0,1031358)
Edad 2	-0,0395527 (0,0456215)	0,386	-0,0027168 (0,0030664)
Edad de la primera relación sexual	-0,4766897 (0,11048)	0,000***	-0,0327431 (0,0074733)
Uso de métodos anticonceptivos modernos en la primera relación sexual (ref: No uso)	-0,1529659 (0,2343798)	0,514	-0,010507 (0,0163409)
Soltera (ref: Casada o Unida)	-1,272918 (0,3031474)	0,000***	-0,0874347 (0,0199778)
Separada o Divorciada (ref: Casada o Unida)	0,843309 (0,5576108)	0,131	0,0579255 (0,0393395)
DETERMINANTES INTERMEDIOS			
Educación sexual parcial recibida en escuela o colegio (ref: No recibió)	0,0558328 (0,2270558)	0,806	-0,0038351 (0,0156775)
Años de escolaridad al momento del primer embarazo	-0,0282319 (0,058249)	0,628	-0,0019392 (0,0040422)
Afroecuatoriana (ref:Indígena)	-0,1510487 (0,5408406)	0,780	-0,0103753 (0,0372025)
Montubia (ref:Indígena)	0,7792338 (0,7451088)	0,296	-0,0535243 (0,0507849)
Mestiza (ref:Indígena)	-0,0030493 (0,4531125)	0,995	0,0002095 (0,0311254)
Blanca (ref:Indígena)	-0,1649248 (0,9021464)	0,855	-0,0113284 (0,0618394)
Migrante Interna (ref: No inmigrante)	0,486292 (0,2274943)	0,033**	0,0334026 (0,016057)
Costa (ref:Sierra)	-0,2796449 (0,2674768)	0,296	-0,0192084 (0,0181513)
Amazonia (ref:Sierra)	-0,2038679 (0,3037244)	0,502	-0,0140034 (0,0206811)
Insular (ref:Sierra)	-1,482434 (0,4839407)	0,002**	-0,101826 (0,0335928)

Tipología del hogar al momento del primer embarazo (ref: Hogar amplio)	1,810331 (0,2971862)	0,000***	0,1793177 (0,0328493)
Quintiles bajos-medios (ref: Quintiles altos)	0,5983498 (0,2502614)	0,017**	0,0410997 (0,018214)
Cons	-12,30901 (12,57061)	0,328	

*** p-value<0,001; ** p-value<0,05; * p-value<0,1

Nota: Los errores estándar están entre paréntesis.

Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012

Elaboración: Nataly Cadena

Los resultados muestran que los signos de las variables son los esperados en base a las investigaciones de Flórez et al (2004), Galindo (2012) y Llerena, Buizza y Cabrera (2014) donde se evidencia que la edad, estar separada, recibir educación sexual parcial, ser montubia, ser migrante interna, la tipología del hogar y los quintiles bajos, incrementan la probabilidad de tener un embarazo en la adolescencia en el área urbana. En este sentido, la mayoría de los factores que incrementan la probabilidad de embarazo en la adolescencia son determinantes intermedios, a excepción de “estar separada” que corresponde a un determinante próximo.

Por el contrario, los determinantes próximos como: la edad de la primera relación sexual, el uso de anticonceptivos y estar soltera, disminuyen la probabilidad de embarazo adolescente. Igualmente, se destaca que en los determinantes intermedios como: los años de escolaridad, ser blanca, mestiza o afro-ecuatoriana (con respecto a indígenas), y pertenecer a cualquier región urbana del Ecuador (con referencia la región Sierra) las probabilidades de embarazo adolescente son menores.

En lo que se refiere al análisis de los factores estadísticamente significativos para el primer modelo Probit del área urbana, se observa que el determinante próximo de edad de la primera relación sexual tiene una correlación negativa con la fecundidad adolescente. Esto resulta coherente con los estudios realizados por Salazar (2003) y Flórez et al (2004), donde se observa que las mujeres que inician su primera relación sexual después de los dieciocho años, lo hacen de manera más responsable y con mejores conocimientos sobre salud sexual.

En este sentido, a medida que incrementa la edad de la primera relación sexual, la probabilidad de embarazo adolescente, en términos marginales, se reduce en 3,27 puntos porcentuales. Resulta interesante mencionar que para la psicología, la edad adecuada para iniciar la vida sexual debe ser a partir de los 25 años. Pues, Papalia (2012) considera que la mayoría de los hombres y mujeres de esta edad están equilibrados (psicológica y

físicamente) para llevar una vida sexual responsable y sana, algo que no sucede en la adolescencia.

Adicionalmente, el determinante próximo de estado civil o nupcialidad resulta significativo, se observa que permanecer soltera durante la adolescencia, en términos marginales representa 8,74 puntos porcentuales menos de probabilidad de tener un embarazo en la adolescencia, en referencia a las adolescentes casadas o unidas. Efectivamente, McDevitt et al (1996) y Salazar (2003) consideran que las adolescentes expuestas a embarazos son las que están casadas o unidas, debido a que mantienen una vida sexual dos veces mayor que las mujeres solteras.

Posteriormente, se analizaron los determinantes intermedios de los cuales, se observa que la migración interna tiene una correlación positiva con la fecundidad adolescente. Es decir, las adolescentes que han sido parte de los desplazamientos intra-metropolitanos (migración urbana-urbana); o, en otras palabras no son nativas de ciudades principales, en términos marginales representa 3,34 puntos porcentuales adicionales de tener un embarazo en la adolescencia.

En efecto, estudios realizados por Flórez et al (2004) demuestran que las adolescentes migrantes, por ejemplo de ciudades pequeñas a ciudades principales, se encuentran expuestas a un ambiente distinto. Pues, los conocimientos sexuales y reproductivos son relativamente menores en comparación con las ciudades grandes.

Contrario a lo esperado, el determinante intermedio de tipología del hogar “biparental” resulta incrementar la probabilidad del embarazo en 17,93 puntos porcentuales, en referencia a hogares amplios o sin padres. En estudios como el de Flórez et al (2004), evidencian que estos resultados están asociados al rol de la familia, es decir, la variable tipología del hogar, recoge el efecto de la falta de supervisión, experiencias previas de fecundidad adolescente, agresión familiar y poca escolaridad de los padres, lo que contribuye al embarazo adolescente.

Adicionalmente, la investigación de Alarcón, Coello, Cabrera y Monier (2009) argumenta que en el análisis de la tipología del hogar pueden intervenir factores no observables. Por ejemplo, al hablar del núcleo familiar biparental no significa, únicamente, la presencia del padre o de la madre en el hogar, sino que influyen factores como, el tipo de relación con los padres, información recibida de los padres sobre los aspectos de la sexualidad y la reproducción⁶⁰

⁶⁰ En este caso, la ENSANUT (2012) no provee información detallada sobre las características individuales de los padres de las adolescentes. Sin embargo, esta variable demuestra la importancia de las características del hogar de las adolescentes.

Por otro lado, en acápite anteriores se evidenció que vivir en las zonas urbanas de las regiones (Costa, Sierra, Amazonia o Insular) disminuye la probabilidad de embarazo adolescente. En este caso, la región Insular resulta estadísticamente significativa y se evidencia una disminución de 10,18 puntos porcentuales del embarazo adolescente, en referencia a la Sierra.

Por último, los resultados de los quintiles económicos son consistentes con el estudio de Llerena, Buizza y Cabrera (2014) donde los quintiles económicos bajos, con referencia a los quintiles medio-altos, tienen una correlación positiva con la fecundidad adolescente, pues evidencia que los quintiles bajos registran un aumento de 4,11 puntos porcentuales en la probabilidad de embarazo adolescente.

En este sentido, la literatura del embarazo adolescente y la transición demográfica, muestran que la mayoría de las adolescentes que residen en países subdesarrollados, pertenecen a los quintiles bajos y medios, incluso si viven en zonas urbanas. Es decir, el crecimiento y desarrollo socioeconómico, en comparación con países desarrollados, no es óptimo y tampoco alcanzó a toda la población.

Ciertamente, la literatura de la fecundidad adolescente evidencia que residir en el área urbana está relacionado con tener mayor acceso a tecnología, servicios y conocimientos de educación sexual, lo cual puede influir en la probabilidad de embarazo. No obstante, la UNICEF (2012) asegura que vivir en el área urbana de países subdesarrollados no significa, necesariamente, que no existan desigualdades económicas y sociales.

En efecto, se registran diferencias significativas pues *“las desigualdades que se registran en las zonas urbanas es preocupante. Las diferencias entre los pobladores de estratos económicos altos y bajos de los pueblos y ciudades suelen igualar y a veces superar las de las regiones rurales”* (UNICEF, 2012:6). Por ende, a pesar de que se trate de áreas urbanas los quintiles económicos demuestran que aún existen desigualdades que puede afectar a la probabilidad de embarazo adolescente.

Finalmente, es importante mencionar que a pesar de que el determinante próximo de uso de anticonceptivos modernos no resultó significativo, no quiere decir que no sean importantes o que las políticas dirigidas a la reducción del embarazo no deban considerarlos. Pues, autores como Llerena, Buizza y Cabrera (2014); y, González- Rozada (2010), consideran que cuando se utilizan variables que contengan información sobre el conocimiento de anticonceptivos modernos, en este caso la educación sexual, esta variable recoge el efecto de uso y el simple hecho de haber recibido o no educación sexual completa, influye significativamente.

Resultados del modelo Heckprobit para el área rural

Las estimaciones de la primera iteración de registro correspondiente al modelo Probit (fecundidad adolescente) para el ámbito rural del Ecuador, se presentan en la tabla 3⁶¹.

Tabla 3. Resultados del modelo Heckprobit para el área rural

HECKPROBIT RURAL			
PRIMERA ITERACIÓN DE REGISTRO CORRESPONDIENTE AL MODELO PROBIT			
Variables	Coefficiente	p- value	Efecto Marginal
<i>y= Fecundidad adolescente</i>			
DETERMINANTES PRÓXIMOS			
Edad	1,850474 (1,495582)	0,217	0,158558 (0,1293737)
Edad 2	-0,0444227 (0,0441064)	0,314	-0,0038064 (0,0038174)
Edad de la primera relación sexual	-0,1564698 (0,1228109)	0,203	-0,0134071 (0,0099365)
Uso de métodos anticonceptivos modernos en la primera relación sexual (ref: No uso)	-0,8168115 (0,2441205)	0,001***	-0,0699885 (0,0204779)
Soltera (ref: Casada o Unida)	-1,45197 (0,2547291)	0,000***	-0,1244121 (0,020692)
Separada o Divorciada (ref: Casada o Unida)	0,6127824 (0,6190714)	0,323	0,0525063 (0,0537422)
DETERMINANTES INTERMEDIOS			
Educación sexual parcial recibida en escuela o colegio (ref: No recibió)	0,4928894 (0,2079724)	0,018**	0,0422333 (0,0186692)
Años de escolaridad al momento del primer embarazo	-0,1493688 (0,053341)	0,005**	-0,0127987 (0,0046165)
Afroecuatoriana (ref:Indígena)	1,031072 (0,4993089)	0,039**	0,0883475 (0,0412599)
Montubia (ref:Indígena)	0,7598978 (0,5631634)	0,178	0,0651119 (0,0474583)
Mestiza (ref:Indígena)	0,5682263 (0,3027677)	0,061*	0,0486885 (0,0244325)
Blanca (ref:Indígena)	-0,5189597 (0,6579061)	0,431	-0,0444671 (0,0569777)
Migrante interna (ref: Nativa o ciudad principal)	0,1823335 (0,2698817)	0,500	0,0156233 (0,0231932)

⁶¹ Los resultados completos, y análisis, de la iteración de la ecuación de sesgo se encuentran en el Anexo 4.

Costa (ref:Sierra)	0,467428 (0,3218051)	0,885	0,0040052 (0,0276604)
Amazonia (ref:Sierra)	0,3294656 (0,2521414)	0,192	0,0282303 (0,0221646)
Insular (ref:Sierra)	6,284779 (0,3895119)	0,000***	0,5385117 (0,617902)
Tipología del hogar al momento del primer embarazo (ref: Hogar amplio)	0,7887154 (0,2134739)	0,000***	0,0850583 (0,0284359)
Quintiles bajos-medios (ref:Quintiles altos)	0,994911 (0,2572528)	0,699	0,0085249 (0,0218947)
Cons	-14,5409 (12,59748)	0,249	

*** p-value<0,001; ** p-value<0,05; * p-value<0,1

Nota: Los errores estándar están entre paréntesis.

Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012

Elaboración: Nataly Cadena

Al igual que los resultados del modelo Heckprobit para el área urbana, de manera general, se observa que los signos de las variables son los esperados en base a las investigaciones de Flórez et al (2004), Galindo (2012) y Llerena, Buizza y Cabrera (2014) donde se evidencia que la edad, estar separada, recibir educación sexual parcial, ser afroecuatoriana, ser montubia, ser mestiza, ser migrante interna (rural-urbano), la tipología del hogar, pertenecer a las áreas rurales de la Costa, Amazonia, Insular y Sierra; y, los quintiles bajos, incrementan la probabilidad de tener un embarazo en la adolescencia en el área rural.

En este sentido, la mayoría de los factores que incrementan la probabilidad de embarazo en la adolescencia son determinantes intermedios, a excepción de “estar separada” que corresponde a un determinante próximo.

Por el contrario, los determinantes próximos como: la edad de la primera relación sexual, el uso de anticonceptivos y estar soltera, disminuyen la probabilidad de embarazo adolescente. Asimismo, los determinantes intermedios como: los años de escolaridad y ser blanca⁶² disminuyen las probabilidades de embarazo adolescente.

En lo que se refiere al análisis de los factores significativos para el primer modelo Probit del área rural, se observa que el determinante próximo de uso de anticonceptivos en la primera relación sexual resulta significativo, tal como lo sugieren las investigaciones de Flórez et al (2004); y, Llerena, Buizza y Cabrera (2014). En este sentido, el uso de anticonceptivos en términos marginales disminuye la probabilidad de embarazo adolescente en 7 puntos porcentuales. A diferencia del área rural, en el área urbana el uso de anticonceptivos en la

⁶² En la sección del análisis descriptivo se observó que la mayoría de la población adolescente pertenecientes a la etnia “blanca” residen en las zonas urbanas.

primera relación no resulta ser significativo. Es decir, en el área urbana esta variable no influencia en la probabilidad de embarazo adolescente, a diferencia de lo encontrado en el área rural.

Lo expuesto, concuerda con lo evidenciado en secciones anteriores, donde en el área rural el porcentaje de uso de anticonceptivos modernos es relativamente bajo, lo que a su vez está relacionado con el poco conocimiento de educación sexual y reproductiva que tienen las adolescentes (Salazar,2003). Esto, contribuye a que en el área rural esta variable sí resulte significativa.

En este sentido, se observa que la educación sexual parcial abarca temas de relaciones sexuales, pubertad, menstruación y aparato reproductor femenino, es decir no se abordan temas sobre uso adecuado de métodos anticonceptivos modernos, por lo que es de suma importancia otorgar a estas áreas educación sexual completa con el fin de reducir la vulnerabilidad a un embarazo precoz.

Por lo tanto, se evidencia que en el área rural la educación sexual parcial (donde no se incluyan temas de anticonceptivos), aumenta la probabilidad de embarazo adolescente en 4,22 puntos porcentuales. Esto resulta coherente con lo encontrado por Flórez et al (2004), donde el conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos no resulta suficiente a la hora de prevenir un embarazo, puesto que lo esencial es el uso adecuado de los mismos. Contrariamente, en el área urbana este determinante no resulta significativo. Esta diferencia radica en que el acceso a métodos anticonceptivos e información sobre prevención de embarazo (por ejemplo en internet o medios de comunicación) es mucho mejor en el área urbana que en el área rural. Pues, en las zonas rurales la mayoría de las veces los establecimientos de salud encargados de otorgar información sobre el uso de anticonceptivos y tecnologías se encuentran lejos del alcance de las adolescentes (Salazar, 2003).

Por otro lado, se analizó el determinante de estado civil o nupcialidad. Se observa que permanecer soltera durante la adolescencia disminuye la probabilidad de embarazo en 12,44 puntos porcentuales en comparación a las adolescentes casadas o unidas. De manera contraria, se expuso que en el área urbana permanecer soltera disminuye la probabilidad de embarazo adolescente en 8,49 puntos porcentuales. Esta diferencia es esperada, según la literatura en el área rural existe sobrevalorización del matrimonio y las uniones consensuales. Además, según la UNICEF (2012), las adolescentes rurales que contraen matrimonio consideran que los hijos e hijas son los pilares de la nupcialidad por lo tanto son más propensas a embarazarse. A su vez, Fujimori (2000) argumenta que las adolescentes en el área rural son propensas a estereotipos. Por ejemplo, consideran que el rol de la mujer en la sociedad es ser madre y cuidar del hogar, mientras que en el área urbana las adolescentes tienen una idea más amplia y acertada sobre el rol de la mujer en la sociedad y la importancia de invertir en ellas mismas y aplazar el matrimonio.

En cuanto a los determinantes intermedios, se observa que la escolaridad al momento del primer embarazo, resulta significativa y demuestra que un año más de escolaridad en términos marginales disminuye la probabilidad de embarazo adolescente en 1,28 puntos porcentuales. Al contrario en el área urbana esta variable no resulta significativa. Esto, no quiere decir que la escolaridad no sea importante en las áreas urbanas, sin embargo los estudios de Flórez et al (2004), Llerena, Buizza y Cabrera (2014) y Gonzáles-Rosada (2010) demuestran que las adolescentes residentes de áreas rurales son más propensas a tener menos años de escolaridad en comparación con las adolescentes urbanas. Además, en el capítulo dos se evidenció que las adolescentes en el área urbana tenían, al menos, un año más de escolaridad al momento del embarazo.

En este sentido, las diferencias en los años de escolaridad modifican el comportamiento reproductivo y productivo de las adolescentes. Además, se observa que el incremento en los años de escolaridad de las adolescentes en el área rural, es decir completar los 10 años de escolaridad se convierte un factor de suma importancia para reducir los niveles de embarazo adolescente, tal como lo menciona Singh (1998).

Adicionalmente, en lo que se refiere a determinante intermedio de la etnia, se observa que en general pertenecer a cualquier etnia (excepto “blanca”) que resida en el área rural incrementa la probabilidad de embarazo adolescente en referencia a las indígenas. No obstante, se observa que ser mestiza y afro-ecuatoriana en términos marginales, aumenta la probabilidad de embarazo adolescente en 6,51 y 4,87 puntos porcentuales, respectivamente. Los datos expuestos, son coherentes con lo encontrado en investigaciones de Llerena, Buizza y Cabrera (2014) y Gonzáles-Rozada (2011) donde se observa que la probabilidad de embarazo adolescente en áreas rurales está concentrada en las etnias afro-ecuatorianas, montubias y mestizas.

Adicionalmente, se observa que residir en las áreas rurales de cualquier región del Ecuador, incrementa la probabilidad de embarazo adolescente. No obstante, se evidencia que residir en las áreas rurales de la región Insular en términos marginales, aumenta la probabilidad de embarazo adolescente en 53,85 puntos porcentuales en comparación con la Sierra rural. Esto concuerda con los resultados encontrados en la investigación de Gonzáles-Rosada (2010), donde se evidencia que si las adolescentes viven en la zona rural de la región Insular, la probabilidad de embarazo es seis veces más grande que si vive en la zona urbana.

A su vez, lo mencionado concuerda con datos del INEC (2010), donde se evidencia que en los últimos años, en las áreas urbanas de la región Insular las redes de comunicación, el sistema escolar y de salud se han fortalecido favorablemente. No obstante, en las áreas rurales de la región Insular, a pesar de no ser muy pobladas, los sistemas de comunicación son casi nulos; inclusive los niveles de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva no son iguales a los del continente (Villacís y Carrión, 2012).

Finalmente, en el análisis del determinante intermedio de la tipología de hogar en términos marginales, aumenta la probabilidad de embarazo adolescente en 8,50 puntos porcentuales, en comparación con el área urbana donde la probabilidad de embarazo adolescente incrementa en 17,93 puntos porcentuales. En este sentido, Alarcón et al. (2009) consideran que los determinantes que tienen mayor incidencia en el embarazo adolescente en el área rural están relacionados a factores socioeconómicos y globales.

En base a lo expuesto, la literatura sugiere que el determinante del hogar afecta a los dos contextos (urbano-rural), no obstante las adolescentes en el área urbana se ven más afectadas por determinantes familiares que globales y económicos. Además, los factores mencionados competen a los gobiernos, como por ejemplo invertir en educación, educación sexual, y mejorar las condiciones económicas y la calidad de vida de estas zonas. Al contrario, las zonas urbanas se ven más afectadas por características socioeconómicas de los hogares en donde residen. No obstante, la tipología del hogar, a pesar de tener magnitudes distintas, incrementa la probabilidad de embarazo.

Conclusiones

La presente disertación basó su análisis en las teorías clásicas, neoclásicas y de los determinantes de la fecundidad, donde se considera que los niveles elevados de fecundidad adolescente son provocados por un bajo crecimiento económico, cultural y social de una población. Además, consideró la idea de que los países subdesarrollados, generalmente, aplican pocas medidas con el fin de reducir este fenómeno.

En este sentido, utilizando la Encuesta de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), este estudio buscó evidenciar el comportamiento de la fecundidad adolescente en dos contextos distintos: urbano y rural del Ecuador, a través de los determinantes próximos e intermedios.

Los resultados de los modelos evidenciaron que los determinantes que incrementan o disminuyen la probabilidad de la fecundidad adolescente en Ecuador según área de residencia, son diferentes en magnitudes y significancia. Esto, se evidencia en las principales conclusiones de la disertación que se presentan a continuación.

En primer lugar, los resultados de los determinantes próximos en el modelo Heckprobit para el ámbito urbano evidenciaron que la edad, tiene una relación lineal con la fecundidad adolescente, es decir a medida que incrementa la edad de la adolescente la probabilidad de embarazarse incrementa. Efectivamente, estudios realizados por autores como Flórez et al (2004), González- Rozada (2010); y, Llerena, Buizza y Cabrera (2004), encuentran que las edades más propensas para embarazarse están entre los 15 y 17 años, por lo tanto mientras se incrementa un año de edad (como referencia los 12 años), la probabilidad de embarazo aumenta, pues los patrones de fertilidad y conducta sexual irresponsable se generan en ese rango de edad.

En cuanto al determinante próximo del uso de anticonceptivos modernos en la primera relación sexual, a pesar de que no evidencia coeficientes significativos. Esto, no quiere decir que no sean importantes o que las políticas dirigidas a la reducción del embarazo no deban considerarlos.

Como se mencionó, autores como Llerena, Buizza y Cabrera (2014); y, González- Rozada (2010), consideran que cuando se utilizan variables que contengan información sobre el conocimiento de anticonceptivos modernos, en este caso la educación sexual, esta variable recoge el efecto de uso y el simple hecho de haber recibido o no educación sexual completa influye significativamente⁶³.

⁶³ Se sugiere que para investigaciones posteriores se analice la relación del conocimiento de anticonceptivos modernos y el uso de los mismos.

No obstante, el uso de anticonceptivos, sí resulto ser significativo en el área rural. Lo que evidencia que las adolescentes rurales no solo tienen menores conocimientos sobre anticonceptivos sino que tienen menos acceso a los mismos. Actualmente, los programas implementados por el Gobierno (Plan Familia), tiene como uno de sus objetivos la difusión de los anticonceptivos en base a los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes.

En este sentido, según la literatura, la difusión de anticonceptivos sin una previa educación sexual completa, genera un comportamiento sexual irresponsable por parte de las adolescentes. Por lo tanto, no se trata de otorgar anticonceptivos sino de enseñar el uso responsable y adecuado de los mismos. Es así que el uso adecuado de los anticonceptivos modernos en la primera relación sexual en términos marginales, representa 7 puntos porcentuales menos de probabilidad de embarazo adolescente.

En lo que se refiere, a la edad de inicio de la primera relación sexual, se evidenció a medida que incrementa la edad de la primera relación sexual, en el área urbana y rural, en términos marginales, representa 3,27 puntos porcentuales menos de probabilidad de embarazo adolescente, respectivamente. Como se mencionó, Papalia (2012) sugiere que la primera relación sexual debe comenzar a partir de los 25 años. No obstante, es una decisión personal por lo tanto las adolescentes que decidan tener relaciones sexuales lo hagan con responsabilidad y conocimiento.

Ahora bien, el determinante próximo “inicio de las relaciones sexuales” está condicionado por factores similares a los del embarazo, se evidenció que las adolescentes pertenecientes al área rural tienen mayores probabilidades de iniciar su vida sexual y muchas de las veces lo hacen sin utilizar ningún método anticonceptivo.

Es importante mencionar que uno de los determinantes del inicio de las relaciones sexuales es la aceptación de las mismas, en este sentido se observó que las adolescentes del área urbana aceptan de mejor manera a las relaciones sexuales prematrimoniales, por lo tanto el patrón de actividad sexual prematrimonial es más elevado en zonas urbanas (Flórez et al, 2004).

En base a lo expuesto, se evidencia que la actividad sexual es una decisión personal, no obstante, es de suma importancia la guía que tengan las adolescentes con el fin de que las decisiones que tomen sean racionales. Siguiendo lo que menciona Becker (1981), invertir en el propio capital humano y tener mayores ingresos permite a las mujeres tener mejores elecciones y planes de vida futuros.

Adicionalmente, el determinante del estado civil demostró que la adolescencia es una etapa donde un matrimonio o unión consensual no puede tener una larga duración y mucho menos estabilidad, como lo mencionaba Salazar (2003). Ahora bien, en el análisis descriptivo se

evidenció que los embarazos tanto en el área urbana como el área rural, pertenecían a adolescentes solteras. La literatura argumenta que, permanecer soltera no implica, necesariamente, no tener relaciones sexuales y no estar expuesta a un embarazo.

Por otra parte, en los resultados de los determinantes intermedios, demostraron que abarcan y operan diferentes aspectos: nacionales, escolares, familiares e individuales. Por lo que, la literatura sugiere que al momento de estudiar este fenómeno, se debe considerar que es una consecuencia de un problema mayor, es decir, la fecundidad adolescente es consecuencia de factores estructurales que no dependen únicamente de las decisiones personales de las adolescentes.

De acuerdo al análisis de esta investigación, los grupos de mayor riesgo a embarazo adolescente están representados por adolescentes que viven en zonas urbanas o rurales con niveles socioeconómicos bajos, con niveles de instrucción primarios, que solo han recibido educación sexual parcial en la escuela o colegio, pertenecientes a etnias como afro-ecuatorianas, montubias, y mestizas (que es el mayor porcentaje de la población); y, que residen en regiones como la Costa o Amazonia rurales.

En este sentido, los resultados de los factores socioeconómicos demuestran que están fuertemente relacionados con factores contextuales como el tipo de hogar donde vive la adolescente. Por ejemplo, se observó que a pesar de que la mayoría de adolescentes, tanto en el área urbana como rural vive con sus padres, las características no observables como la comunicación con ellos, el nivel de escolaridad, qué tan estrictos o permisivos son influyen significativamente en el comportamiento sexual de las adolescentes lo que las hace más vulnerables a un embarazo precoz.

Los factores socioeconómicos también se relacionan con los factores socioculturales, pues se observó que las etnias afro-ecuatorianas y montubias en las áreas urbanas y rurales, son más propensas a presentar un embarazo adolescente. Según la UNICEF (2013), las políticas de inclusión están destinadas, mayoritariamente, a mejorar la calidad de vida de los y las indígenas. Mientras que, las políticas de inclusión y desarrollo hacia la población afro-ecuatoriana y montubia son menores.

Por otra parte, el determinante de los años de escolaridad demostró la importancia de invertir en escuelas y colegios para que estén al alcance de todas las adolescentes ecuatorianas, pues en términos marginales, representa 7,64 puntos porcentuales menos de probabilidad de embarazo.

Se observó además, que ser migrante interna (rural-urbana) en referencia a las adolescentes nativas de las ciudades principales, en términos marginales, representa 1,56 puntos porcentuales más de probabilidad de embarazo. Por el contrario, en el área urbana la migración interna representa 3,46 puntos porcentuales más de probabilidad de embarazo.

En efecto, según el INEC (2014) la mayoría de la población está concentrada en zonas urbanas, por lo tanto los desplazamientos intrametropolitanos son más elevados que los desplazamientos del campo a la ciudad.

De todas maneras, la migración interna recoge el efecto de las desigualdades educativas, acceso a información de sexualidad y reproducción: y, niveles socioeconómicos que tienen las adolescentes migrantes en comparación con adolescentes que nacieron en ciudades grandes con mejores oportunidades.

En lo que se refiere al nivel socioeconómico, demostró que incluso en las áreas urbanas es muy poca la población que pertenece al quintil más alto (quintil 5). Pues, la mayoría de la población adolescente está concentrada en los quintiles medios que todavía incrementan la probabilidad del embarazo adolescente y la probabilidad de iniciar la vida sexual. Por el contrario, en el área rural la mayor población de adolescentes está concentrada en los quintiles bajos.

En base a lo expuesto, se puede concluir que el desarrollo y crecimiento económico deben surgir, paralelamente, con la transición demográfica. Púes, únicamente los países con estas características son capaces de ser parte del proceso de la Segunda Transición Demográfica, donde se evidencia un mejoramiento en la educación, salud, información sobre salud sexual y reproductiva y el uso adecuado de anticonceptivos, lo que permite reducir los niveles de la fecundidad adolescente. Lo que evidencia la constante interacción entre los determinantes próximos e intermedios. Ciertamente, si mejoran los factores socioeconómicos, culturales y sociales, los determinantes próximos como la edad de la primera relación sexual y uso de anticonceptivos modernos reducirán la probabilidad de embarazo (Salazar, 2003).

Además, se puede mencionar que, aún existen diferencias marcadas en el comportamiento de la fecundidad, pues cuando la transición demográfica es provocada por un crecimiento económico, otros factores que eran conocidos como riesgosos mejoran. Por ejemplo, se posterga la edad del matrimonio (en Ecuador esto sucedió recién en el 2015), el uso de anticonceptivos, no significa únicamente colocar dispensadores de condones en los colegios, pues no es una medida acertada. En primer lugar el condón no es el único método anticonceptivo moderno que deben conocer los y las adolescentes.

Por otro lado, si bien es cierto las condiciones económicas y sociales del Ecuador, han mejorado paulatinamente, todavía se observan déficits en el acceso a educación de las mujeres, principalmente, las residentes del área rural. En este sentido, se puede argumentar que dentro de las consideraciones de Becker, en el Tratado de la familia, se encuentra el hecho de que las mujeres con niveles socioeconómicos bajos son propensas a ser parte del modelo neoliberal excluyente donde el rol principal es ser “cuidadoras del hogar”.

En efecto, a pesar de que estamos en el siglo XXI todavía existen estereotipos marcados, en la mayoría de familias, por ende no todas las adolescentes se preocupan por culminar sus estudios, lo que radica en malas decisiones. Por lo tanto, como se había mencionado, la intervención del Estado es de gran importancia en la educación de la mujer, lo que genera metas, proyectos, remuneraciones altas y permitirá otorgar una mejor calidad de vida a sus hijos e hijas.

Finalmente, se puede argumentar que el proceso de la transición demográfica está altamente relacionado con los determinantes que incrementan o disminuyen los niveles del embarazo, actualmente el Ecuador se encuentra en un proceso, favorable, de reducción de mortalidad y fecundidad general. Por lo tanto, el proceso de transición demográfica actual debe ir a la par con el crecimiento económico de toda la población.

Recomendaciones

En primer lugar, los y las adolescentes deben ser prioridad de los Estados, pues son el futuro del país, de ellos depende como la sociedad futura que se forje. Por ejemplo, Chile en las últimas décadas logró mejorar la calidad de vida de toda la población. Actualmente, es uno de los países latinoamericanos con el 90% de la población que reside en áreas urbanas. Por lo tanto, la urbanización en Ecuador debe ser un reto, con el fin de que toda la población se beneficie de este cambio y pueda mejorar la calidad de vida. Por lo tanto, las futuras adolescentes tendrán mejores condiciones sociales, económicas y culturales.

En efecto, los países que lograron un desarrollo económico y social, pueden atravesar el proceso de la segunda Transición Demográfica, el cual, necesariamente, debería ser una prioridad de los Estados porque compromete no solo un desarrollo económico, social y demográfico sino que, de cierta forma, mejora las condiciones sexuales de las adolescentes a través de una óptima calidad de vida e información. La importancia de que los procesos de transición demográfica estén al alcance de todos los grupos es necesario. Pues Schkolnik y Chackiel (2004), consideran que en los grupos “rezagados” como mujeres sin instrucción, el descenso del número de hijos fue posible, no precisamente por un desarrollo económico o social, sino por otros factores involucrados como el descenso de la mortalidad.

En este sentido, como se evidenció, las adolescentes nativas de una ciudad grande son menos propensas a experimentar un embarazo en comparación con las adolescentes que son migrantes internas. Por ende, las políticas de los gobiernos autónomos descentralizados en las provincias más pequeñas, deberían mejorar las condiciones de vida de la población adolescente. Si bien es cierto, los gobiernos autónomos en Ecuador han dado prioridad a la generación de fuentes de trabajo, sin embargo las condiciones de vida de los y las adolescentes no han sido su prioridad.

Por lo tanto, los servicios de educación, educación sexual y salud deben ser parte de los programas de los gobiernos autónomos descentralizados, así como reducir las desigualdades socioeconómicas que pueden presentarse. De esta manera, no solo el flujo de migrantes internos reduciría, sino que los niveles de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva se igualarían al de las ciudades más grandes. Adicionalmente, se deben generar oportunidades, metas, planes, y proyectos de vida en las adolescentes, donde se eliminen los estereotipos y roles de género retrógradas, mayoritariamente en las áreas rurales, como lo mencionó Fujimori (2000). Con el fin de que los patrones sociales y culturales cambien y promuevan a una sociedad más equitativa.

El hablar de generar metas y proyectos de vida, implica la importancia de que el Estado garantice el acceso y permanencia de las adolescentes en el sistema escolar (Llerena, 2014); no con el fin de cumplir la escolaridad mínima de (10 años) sino de que las

adolescentes tomen conciencia de la importancia de invertir en su propio capital y tener altas aspiraciones económicas y profesionales. Por otro lado, debido a que los contextos culturales y sociales en Ecuador son diferentes, es indispensable una política integral, pluricultural donde el desarrollo influya positivamente a toda la población adolescente, incluidas las minorías que durante años han sido excluidas.

En este sentido, la literatura sugiere que se implementen políticas públicas destinadas a garantizar el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes, considerando la igualdad de género, la etnia y el bienestar de los mismos. Por lo tanto, las estrategias que se apliquen deben fomentar las decisiones responsables por parte de los y las adolescentes, pues si se busca que ejerzan su derecho a la sexualidad es indispensable que lo hagan con conocimiento y responsabilidad.

La literatura promueve que los Estados garanticen el acceso gratuito de los anticonceptivos modernos en los servicios de salud. Los que, a su vez, deben estar al alcance de toda la población. No obstante, antes de la entrega gratuita de los mismos, los y las adolescentes deben haber recibido educación sexual (abordando todos los temas), con el fin de que no solo se conozca el nombre de los anticonceptivos, sino que sepan cómo usarlos. Además es importante generar una cultura de responsabilidad, pues se debe entender que el uso de anticonceptivos no se lo hace con el fin de tener una actividad sexual intensa con varias parejas (eso no es parte de la transición demográfica que se busca alcanzar).

En este sentido, la capacitación y formación de los docentes en el ámbito de la educación sexual y reproductiva representa un reto para el Ecuador, al igual que la formación de los padres por lo tanto la inversión que se destine a los programas de sexualidad en el país debe incluir la capacitación de docentes y padres de familia. Por lo tanto, es importante que el Ministerio de Educación diseñe políticas de educación sexual completas, que se implementen a nivel nacional en todas las instituciones educativas (Llerena, 2014). Ahora, los programas deben estar dirigidos hacia los y las adolescentes, los padres y familia con el fin de que la sociedad en su conjunto incremente su nivel de conocimiento hacia temas sexuales.

Por otro lado, varios autores de la literatura de la fecundidad adolescente, consideran que es importante que los Estados se preocupen en el tema de la contaminación visual a la que están expuestas las adolescentes. Por ejemplo, los medios de comunicación y programas televisivos están llenos de componentes altamente sexuales. Papalia (2012), argumenta que la mayoría de auspicios publicitarios, programas, novelas, entre otros, idealizan y exageran la realidad de la práctica sexual. Por ende, el Estado debe regular o eliminar la programación que incremente la curiosidad sexual y los estereotipos más no la responsabilidad y conocimiento.

Finalmente, una vez expuestas las recomendaciones de política pública, cabe mencionar que el tema de la fecundidad adolescente es bastante amplio por lo que se recomienda que

estudios posteriores puedan profundizar el tema de los determinantes próximos como la relación entre conocimiento y uso de anticonceptivos, con el fin de mejorar la educación sexual en Ecuador.

Referencias Bibliográficas

- Abad Fajardo, Olga Catalina (2015) **Embarazo en adolescentes en nuestra sociedad** (Tesis de Trabajo Social) Cuenca: Universidad de Cuenca. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23127> [Consulta: 17 de julio de 2015]
- Acevedo, Loreta. (2007). **Embarazo en Adolescentes**. UNICEF, República Dominicana. http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10191.htm [Consulta: 20 de enero de 2015]
- Alarcón Argota, Rodolfo; Coello Larrea, Jeorgelina, Cabera García, Julio y Monier Despeine, Guadalupe (2009) **Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia**. Cuba: Scielo. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100007 [Consulta: 17 de abril de 2015]
- Antezana, Julián (2000) **Educación en población para jóvenes rurales en América latina**. FAO <http://www.fao.org/docrep/x5633s/x5633s0i.htm> [Consulta: 27 de abril de 2015]
- Anzorena, Claudia Cecilia (2009) **El ¿retorno? del Tratado sobre la Familia de Gary Becker. Algunas reflexiones en torno a los criterios de eficiencia que legitiman los planes compensatorios de fines de la década de 1990**. Argentina: Kairos. <http://www.revistakairos.org/k24-archivos/anzorena.pdf> [Consulta: 14 de marzo de 2016]
- Arango, Joaquín (1980) **La teoría de la transición demográfica y la experiencia histórica**. España: REIS. <http://www.miguelangelmartinez.net/IMG/pdf/arangotransiciondemografica.pdf> [Consulta: 17 de octubre de 2015]
- Arce Mesa, Andrés Felipe; Rodríguez, Deisy Liliana y Garavito, Sonia Fernanda (2012) **Determinantes de la fecundidad en el Departamento de Antioquia**. Bogotá: Criterio Libre . <http://www.unilibre.edu.co/CriterioLibre/images/revistas/17/art01.pdf> [Consulta: 10 de febrero de 2015]
- Atencio La Rosa, Luis (Septiembre 2014) **Embarazo adolescente**. Guayaquil: Pre Congreso FLASOG. [Conferencia]
- Avendaño Flores, Isabel (2006) **Malthus y la anticoncepción de hoy: poder, periferia y género**. Costa Rica: Rev. Reflexiones. <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/11469/10815> [Consulta: 14 de diciembre de 2015]
- Azevedo, Joao Pedro; Favara, Marta; Haddock, Sarah E; López-Calva, Luis F; Miiller, Miriam y Perova, Elizaveta (2011) **Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe: Sobre las Decisiones de Fecundidad Adolescente, la Pobreza y los Logros Económicos**. Washington: Banco Mundial http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/12/06/000356161_20131206145519/Rendered/PDF/831670WP0SPANI0Box0382076B00PUBLIC0.pdf [Consulta: 15 de enero de 2015]
- Azevedo, Joao Pedro; Favara, Marta; Haddock, Sarah E; Lopez-Calva, Luis F; Miiller, Miriam y Perova, Elizaveta (2012) **Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe: Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos**. Washington: Banco Mundial. <http://www.redetis.iipe.unesco.org/wp-content/uploads/2014/01/embarazo-adoles-y-oport-en-ALyC-BID.pdf> [Consulta: 15 de enero de 2015]
- Baum, Samuel; Dopkowski, Kathlee; Duncan, William y Gardiner, Peter (1974) **"World Fertility Survey Inventory: Major Fertility and Related Surveys (1960-1973). Latin America"**, World Fertility Survey Occasional Papers N°15. DOI: 76378066/r84 [Consulta: 17 de abril de 2015]

- Barrera Guitierrez, Rafael (2011) EL VACÍO INSTITUCIONAL EN EL MODELO DE ELECCIÓN RACIONAL APLICADO A LA FECUNDIDAD. Colombia: Revista de Economía Institucional, vol. 13, n.º 25, segundo semestre. <http://www.economiainstitutional.com/pdf/No25/rbarrera25.pdf> [Consulta: 14 de diciembre de 2015]
- Bay, Guiomar; Del Popolo, Fabiana; Ferrando, Delicia (2003) **Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos**. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) División de población, DOI: LCL.1953-P. [Consulta: 5 de enero de 2015]
- Becker, Gary (1987) **Tratado sobre la familia**. Madrid: Alianza editorial. <https://www.libreriaproteo.com/libro/ver/id/67840/titulo/TRATADO-SOBRE-LA-FAMILIA.html> [Consulta: 15 de diciembre de 2014]
- Becker, Gary (1992) **The economic way of looking at life**. Nobel Lecture. http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/economic-sciences/laureates/1992/becker-lecture.pdf [Consulta: 28 de marzo de 2015]
- Bernardi, Fabrizio y Requena, Miguel (2003) **La caída de la fecundidad y el déficit de natalidad en España**. [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/02%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/02%20(2).pdf) [Consulta: 14 de enero de 2016]
- Cáceres, Andrea; Elías, Silvana y Fernandez, Rosario (2005). **Fertilidad, Capital Humano y Crecimiento Económico: un análisis empírico**. Bahía Blanca: Universidad Nacional del Sur. http://www.aep.org.ar/anales/works/works2005/caceres_elias_fernandez.pdf [Consulta: 2 de noviembre de 2015]
- Camacho Hubner, Alma Virginia (2000) **Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: Revisión bibliográfica, 1988-1998**. Washington: OPS. <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil-salud-sexual-adolescentes-LAC--bilbiografia--1988-1998.pdf> [Consulta: 17 de abril de 2015]
- Chulde Tirira, Gabriela Paola y Sarzosa Cacuango, Jessica Nataly (2013) **Cosmovisión cultural de la salud sexual y reproductiva y su repercusión en adolescentes de etnia indígena de la Comunidad La calera Cantón Cotacachi período 2010-2011** (Tesis Ciencias de la Salud). Ibarra: Universidad Técnica del Norte (UTN). <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/1241> [Consulta: 2 de marzo de 2015]
- Carr, Dara (2000) **¿Es la educación el mejor anticonceptivo?** Washington DC : POPULATION REFERENCE BUREAU http://www.prb.org/pdf/lsEducat-Contracept_Sp.pdf [Consulta: 2 de marzo de 2015]
- CELADE (1996). **Deficit habitacional y datos censales sociodemográficos: una metodología**. Santiago de Chile: CEPAL. [Consulta: 2 de marzo de 2015]
- CELADE (2000): **Adolescencia y Juventud en América Latina y el Caribe: Problemas, oportunidades y desafíos en el comienzo de un nuevo siglo**. Serie Población y Desarrollo No. 9. Santiago de Chile. <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/5/45125/jrodriguez.pdf> [Consulta: 2 de marzo de 2015]
- CELADE (2009): **Proyección de Población**. CEPAL <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/7123> [Consulta: 2 de marzo de 2015]
- CELADE (s.f) **Migración interna**. <http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/celade/noticias/paginas/6/26696/P26696.xml&xsl=/celade/tpl/p18f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl> [Consulta: 2 de marzo de 2015]
- CEPAL (2000) **La Transición Demográfica en América Latina**. Chile: CEPAL. http://www.cepal.org/celade/sitdem/de_sitdemtransdemdoc00e.html [Consulta: 2 de marzo de 2015]
- CEPAL/ CELADE (2005) **Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe**. Chile: Poblacion y desarrollo.

- http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7197/S0412973_es.pdf?sequence=1 [Consulta: 2 de marzo de 2015]
- Censo de Población y Vivienda(2001) – INEC Elaboración: SIIS.
http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/documentofinal1.pdf [Consulta: 3 de octubre de 2015]
- Cesare, Mariachiara di y Rodríguez Vignoli, Jorge (2006), **Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia**. Mexico: Papeles de Población.
<http://www.redalyc.org/pdf/112/11204806.pdf> [Consulta: 22 de febrero de 2015]
- Contreras, Carmen (s.f) ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/03esn/12ESN_sexual/REDESS.pdf [Consulta: 2 de marzo de 2015]
- De Jesús Reyes, David y González Almontes Esmeralda (2014) **Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente**. México: Scielo. <http://www.scielo.br/pdf/sess/n17/1984-6487-sess-17-0098.pdf> [Consulta: 14 de septiembre de 2015]
- Delanuay, Daniel; León, V, Juan. B y Portais, Michel (1990) **Transición demográfica en el Ecuador**. C.E.D.I.G http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/doc34-07/34503.pdf [Consulta: 8 de enero de 2016]
- Díaz-Tendero-Bollain, Aída (2011) **Estudios de Población y enfoques de Gerontología Social en México**. Toluca: Papeles de población. <http://www.redalyc.org/pdf/112/11221584004.pdf> [Consulta: 5 de marzo de 2015]
- Del Pino Artacho, Julio A (2005) **Integración de modelos en la explicación de la fecundidad**. España: Cuadernos Geográficos.
[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Integraci%C3%B3n%20de%20modelos%20en%20la%20explicaci%C3%B3n%20de%20la%20fecundidad%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Integraci%C3%B3n%20de%20modelos%20en%20la%20explicaci%C3%B3n%20de%20la%20fecundidad%20(1).pdf) [Consulta: 2 de marzo de 2015]
- FAO (2002) Anexo N°1. <http://www.fao.org/docrep/x5633s/x5633s0c.htm> [Consulta: 2 de marzo de 2015]
- FLACSO (s.f) Demografía. <http://www.eurosur.org/FLACSO/mujeres/ecuador/demo.htm> [Consulta: 2 de marzo de 2015]
- Flórez, Carmen Elisa; Vargas, Elvia; Henao, Juanita; González Constanza; Soto Victoria y Kassem Diana (2004) **Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida**. Colombia: CEDE.
https://economia.uniandes.edu.co/assets/archivos/Documentos_CEDE/d2004-31.pdf [Consulta: 8 de enero de 2015]
- Flórez, Carmen Eliza (2005) **Fecundidad adolescente: diferenciales sociales y geográficos (2005) Colombia: revista IB**. http://www.dane.gov.co/revista_ib/html_r8/articulo1.html [Consulta: 9 de marzo de 2015]
- Flórez, Carmen Eliza y Soto, Victoria Eugenia (2006). **Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe**. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE- División de Población.
http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/5/27255/florez_soto.pdf [Consulta: 2 de marzo de 2015]
- Fujimori, Keiko Sofía (2000) **Situación de la Mujer Adolescente Rural en el Perú y en los Departamentos del Trapecio Andino**. Perú: Despacho de la primera Dama del Perú.
<https://books.google.com.ec/books?id=7OANAQAIAAJ&pg=PP2&lpg=PP2&dq=Fujimori+2000+adolescentes+rurales&source=bl&ots=RkgokLJDeP&sig=XsWJDvGdb2LSa6bKgwK7SQkqRck&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj-bHfg7fNAhXDIB4KHYIHCDUQ6AEIIDAB#v=onepage&q=Fujimori%202000%20adolescentes%20rurales&f=false> [Consulta: 2 de marzo de 2015]

- Galindo Pardo, Camila (2012) **Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas**. Colombia: Universidad de los Andes.
https://economia.uniandes.edu.co/images/archivos/pdfs/Articulos_Revista_Desarrollo_y_Sociedad/Articulo69_5.pdf [Consulta: 9 de marzo de 2016]
- García y Garma, Irma Olaya (1989) **La fecundidad en las áreas rurales y urbanas de México**. México: Colegio de México.
http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/M7TYA3C8U7F15ACNP7DT7C1IVTD_C62.pdf [Consulta: 9 de marzo de 2016]
- González Galbán, Humberto (2000) **Aspectos teóricos para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente**. Frontera Norte. https://www.colef.mx/fronteranorte/articulos/FN23/3-f23_Estudio_sociodemografico_embarazo_adolescente.pdf [Consulta: 9 de marzo de 2016]
- González, Ana Cristina y Ribero, Rocío (2005) **Determinantes de la Calidad de los Niños en Términos de Salud y Educación en Colombia**. Colombia: CEDE.
https://economia.uniandes.edu.co/components/com_booklibrary/ebooks/D2005-09.pdf [Consulta: 9 de marzo de 2016]
- González-Rozada, Martín (2010) **Determinantes y potenciales consecuencias del embarazo adolescente en Ecuador**. Argentina: Universidad Torcuato [Consulta: 10 de marzo de 2015]
- Gómez de León, José y Hernández, Daniel (1998) **Pobreza y uso de métodos anticonceptivos en el México rural**. México: Progresia.
<http://www.cicred.org/Eng/Seminars/Details/Seminars/PAUVRETE/ACTES/Gomezhernandezesp.PDF> [Consulta: 9 de marzo de 2016]
- Guzmán, José Miguel (2000) **Diagnóstico sobre la salud reproductiva de jóvenes y adolescentes en América Latina y el Caribe**. México: EAT [Consulta: 15 de julio de 2015]
- Hammel, E. (1990). *A theory of culture for demography*. Population and Development Review 16, (3) [Consulta: 15 de julio de 2015]
- INEC (2010) Embarazo adolescente. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/embarazos_adolescentes1.pdf [Consulta: 15 de julio de 2015]
- INEC (2011) Anuario de defunciones y nacimientos. http://www.inec.gob.ec/estadisticas_sociales/nac_def_2011/anuario.pdf [Consulta: 15 de julio de 2015]
- INEC (2011) **Más de 122 mil madres en el país son adolescentes**. http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=495:mas-de-122-mil-madres-en-el-pais-son-adolescentes&catid=68:boletines&Itemid=51&lang=es [Consulta: 15 de julio de 2015]
- INEC (2013) Anuario de defunciones y nacimientos. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf [Consulta: 15 de julio de 2015]
- INEC (2013) Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/metodologia.pdf [Consulta: 15 de julio de 2015]
- INEC (2014) Anuario de defunciones y nacimientos. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf [Consulta: 15 de julio de 2015]
- Issler, Juan R (2001) **Embarazo en la adolescencia**. Argentina: Revista de Postgrado Cátedra VIa. No. 107. http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html [Consulta: 2 de marzo de 2015]

- Jaramillo, Samuel (2008) **Reflexiones sobre la “informalidad” fundiaria como peculiaridad de los mercados de suelo en las ciudades de América Latina**. Bogotá: CEDE-Universidad de Los Andes. <http://www.redalyc.org/pdf/357/35711626002.pdf> [Consulta: 15 de julio de 2015]
- Jácome, Patricio (Septiembre 2014) **Embarazo adolescente**. Guayaquil: Pre Congreso FLASOG. [Conferencia]
- Krauskopf, Roger(1997) **Juventud en Centroamérica.Una propuesta de acción Consejo de la Integración Social Centroamericana**. Panamá <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cyg/juventud/krauskopf.pdf> [Consulta: 15 de julio de 2015]
- Lesthaeger, Ron (1980) **On the social control of human reproduction**. *Population and Development Review*, 6 (4). [Consulta: 22 de febrero de 2015]
- Lesthaeghe, Ron (1983) **A century of Demographic and Cultural change in Western Europe: An Exploration of Underlying Dimensions**. *Population and Development Review* Vol. 9, No. 3. DOI: 10.2307/1973316 [Consulta: 3 de marzo de 2015]
- Llerena Pinto, Freddy; Buizza, Cristiano y Cabrera, Priscila (2014) **¿Por qué aumenta el embarazo en adolescentes?** Ecuador: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, [Consulta: 10 de marzo de 2015]
- Llovet, J.J. (1989), **Relación entre fecundidad e ingresos: revisión de algunas interpretaciones, Estudios Demográficos y Urbanos** Vol. 4, No. 1 (10) [Consulta: 8 de julio de 2015]
- López López, Mónica; Del Valle, Jorge. F, y Bravo Arteaga, Amaia (2010) **Estudio de pensamiento de la juventud rural y urbana sobre la realidad del mundo rural**. Nuevo León: Reader. http://www.rug.nl/research/portal/files/16038603/Estudio_Juventud_Rural.pdf [Consulta: 8 de julio de 2015]
- López, Citlalli (2012) **Jóvenes rurales, con más riesgo de MM que las urbana**. Oaxaca: Cimacnoticias. <http://cimacnoticias.com.mx/node/61674> [Consulta: 8 de julio de 2015]
- Machinea, Luis (2007) **Los desafíos de la población en Chile**. Chile: CEPAL. <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/prensa/noticias/columnas/5/29145/P29145.xml&xsl=/prensa/tpl/p8f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt> [Consulta: 25 de julio de 2015]
- Masjuan, Eduard (1996) **Los orígenes del neomalthusianismo ibérico**. Argentina: Icaria Editorial <http://www.jstor.org/stable/20742892> [Consulta: 5 de abril de 2016]
- Medina V., Margarita R; Do Carmo Fonseca, Maria (2005) **Trayectoria de paradigmas que explican la fecundidad** Colombia: Desarrollo y Sociedad. <http://www.redalyc.org/pdf/1691/169114664002.pdf> [Consulta: 5 de abril de 2016]
- Mendoza, Walter y Subiría Gracia (2013) **El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas**. Perú: UNFPA. <http://www.unfpa.org.pe/Articulos/Articulos/MENDOZA-SUBIRIA-Embarazo-Adolescente-Peru.pdf> [Consulta: 5 de abril de 2016]
- Ministerio de Educación Nacional (2004) **Perfil del sector educativo departamento de Antioquia; Municipios certificados de Medellín, Bello, Itagüí, Turbo y Envigado**. [Consulta: 5 de abril de 2016]
- Molina Cartes, Ramiro (2011) **El embarazo en adolescentes menores de 15 años de América Latina y el Caribe**. Perú: FLASOG. <http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/FLASOG%20EI%20embarazo%20adolescente%20en%20menores%20de%2015%20a%C3%B1os%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe.pdf> [Consulta: 5 de abril de 2016]

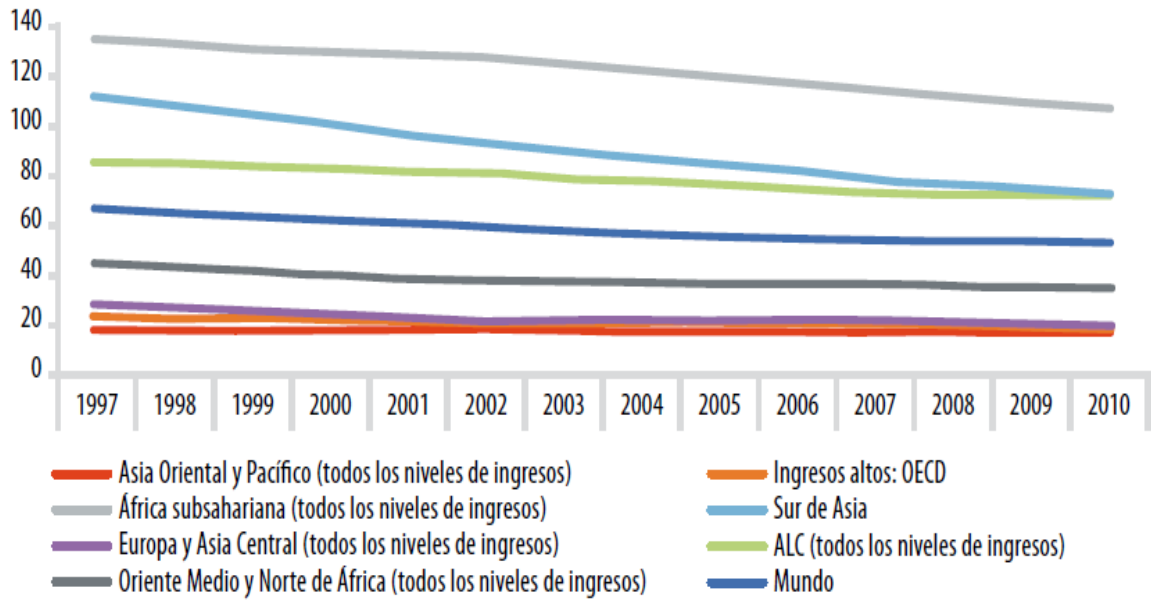
- Montoro Gurich, Carolina (1998) **La nupcialidad en Navarra: Análisis socio-demográfico (1975-1991)**. España: Ediciones Rialp.
https://books.google.com.ec/books?id=JfRRtiCinsYC&pg=PA273&lpg=PA273&dq=montoro+1998++nupcialidad&source=bl&ots=f5Y1jr7XHv&sig=BXRrOR02PmEYTEgDdb7_tEiEIQ&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwigh7Xc_bbnAhVLqB4KHrRACSQQ6AEIHzAB#v=onepage&q=montoro%201998%20%20nupcialidad&f=false [Consulta: 5 de abril de 2016]
- MSP (2012) ENSANUT_ECU TOMO I. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf[Consulta: 3 de julio de 2014]
- Murphy, Michael (1993) **The Contraceptive Pill and Women's Employment as Factor in Fertility Change in Britain 1963-1980: A Challenge to the Conventional View**. A Journal of Demography, vol. 47, num. 2, julio de 1993. Naciones Unidas, Adolescent Reproductive Behaviour. Evidence from Developed Countries. JSTOR. https://www.jstor.org/stable/2174728?seq=1#page_scan_tab_contents [Consulta: 5 de abril de 2016]
- Notestein, Frank (1945) **Population: The Long View**. Chicago: University of Chicago Press. [Consulta: 10 de enero de 2015]
- OMS, UNICEF y FNUAP (1998) Niñez y adolescencia II informe sobre derechos humanos.
[https://books.google.com.ec/books?id=1vZVuCzy-H0C&pg=PA40&lpg=PA40&dq=OMS,+UNICEF+y+FNUAP.+\(1998\)+adolescencia&source=bl&ots=ScfOEg0ikA&sig=HL5eAkaOzHE6a5Zew8JU2Y6hD_g&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwji_pOK6bXNAhWC2R4KHdsCASAQ6AEIGjAA#v=onepage&q=OMS%2C%20UNICEF%20y%20FNUAP.%20\(1998\)%20adolescencia&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=1vZVuCzy-H0C&pg=PA40&lpg=PA40&dq=OMS,+UNICEF+y+FNUAP.+(1998)+adolescencia&source=bl&ots=ScfOEg0ikA&sig=HL5eAkaOzHE6a5Zew8JU2Y6hD_g&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwji_pOK6bXNAhWC2R4KHdsCASAQ6AEIGjAA#v=onepage&q=OMS%2C%20UNICEF%20y%20FNUAP.%20(1998)%20adolescencia&f=false) [Consulta: 9 de abril de 2016]
- OMS (2005) **VIH Adolescentes y Jóvenes**. OMS. [Consulta: 5 de abril de 2016]
- OMS (2014) **El embarazo en la adolescencia**. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/> [Consulta: 9 de abril de 2016]
- OMS (2015) **Planificación Familiar**. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>[Consulta: 9 de abril de 2016]
- Ortiz Martínez, Jorge del Carmen (2006) **Fecundidad y Pobreza en el Perú: 1996, 2000 y 2004**. Perú: INEI.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0688/Libro.pdf[Consulta: 9 de abril de 2016]
- Pánchez López, Claudio Andrés (2011) **Situación demográfica del Ecuador y su incidencia en el desarrollo económico y social: 1990 – 2009** (Disertación de Economía). Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/3613/T-PUCE-3223.pdf?sequence=1> [Consulta: 9 de abril de 2016]
- Papalia, Diane (2012) **Desarrollo Humano**. México: Mc Graw Hill. [Consulta: 8 de abril de 2015]
- Pinto, Nélida (Septiembre 2014) **Embarazo adolescente**. Guayaquil: Pre Congreso, FLASOG. [Conferencia]
- "Perspectivas demográficas" (s.f). España: Universidad de Granada. <http://www.ugr.es/~fabad/perspectivas.pdf> [Consulta: 28 de abril de 2015]
- Poves Luelmo, Andrés (2014) **GARY BECKER Y EL ESTUDIO DE LA FECUNDIDAD**. Apuntes de demografía <https://apuntesdedemografia.com/2014/04/28/gary-becker-y-el-estudio-de-la-fecundidad/> [Consulta: 4 de marzo de 2015]
- Prada, E. (2001). **Mortalidad materna en Colombia**. FNUAP. [Consulta: 9 de abril de 2015]

- Ramirez, José y Morelos, José (2002) **El concepto de población en los modelos de crecimiento económico**. Fondo de cultura económica en el trimestre económico. Vol.69. https://www.jstor.org/stable/20857087?seq=1#page_scan_tab_contents [Consulta: 14 de abril de 2015]
- Ramos, Manuel y Fauroux, Emmanuel (1979) **Diagnóstico socioeconómico del medio rural ecuatoriano. Conclusiones generales al nivel nacional**. Quito: M.A.G http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers11-02/010050884.pdf [Consulta: 12 de febrero de 2016]
- Ricalde, Ana María (Septiembre 2014) **Embarazo adolescente**. Guayaquil: Pre congreso FLASOG. [Conferencia]
- Rico Velasco, Jesús (2015) **Thomas Robert Malthus y Charles Robert Darwin: Aportes científicos y filosóficos a la demografía y las ciencias naturales**. Colombia: Universidad Libre. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INV/malthus-darwin-jesus-rico.pdf> [Consulta: 22 de abril de 2016]
- Rodríguez Sumaza, Carmen (1997) **La interpretación easterliniana de la fecundidad. Consenso y polémica en torno a la obra del autor**. España: Universidad de Valladolid. <http://www.raco.cat/index.php/papers/article/viewFile/25438/61210> [Consulta: 2 de enero de 2015]
- Rodríguez, Jorge (2003), **Fecundidad alta en América Latina y el Caribe: Un riesgo en transición**. Santiago de Chile, CELADE. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7184/S0310707_es.pdf;jsessionid=9A476264103260417087DD61A922283F?sequence=1 [Consulta: 14 de abril de 2015]
- Salazar Arango, Andrés (2003) **Teoría de los determinantes de la Fecundidad**. Colombia: Trabajos de grado del CIDER. http://www2.um.edu.uy/acid/Family_Economics/Teoria%20determinantes%20fecundidad.pdf [Consulta: 28 de agosto de 2015]
- Schkolnik, Susana y Chackiel, Juan (2004) **Los sectores rezagados en la transición de la fecundidad en América Latina**. CEPAL. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/10961/083013031_es.pdf?sequence=1 [Consulta: 14 de mayo de 2016]
- Silva Arias, Adriana Carolina; Gonzalez Roman, Patricia y Torres Rodriguez, Marisol (2008) **Consideraciones teóricas y empíricas acerca de la fecundidad adolescente**. Colombia: Universidad Nueva Granada. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfce/v16n2/v16n2a04.pdf> [Consulta: 3 de febrero de 2015]
- Silva Arias, Adriana Carolina y Gonzalez Roman, Patricia (2007) **Una revisión a la composición y transición demográfica en Colombia**. Bogotá: Universidad Nueva Granada. <http://www.redalyc.org/pdf/909/90915205.pdf> [Consulta: 12 de marzo de 2015]
- Singh, Susheela (1998) **Adolescent childbearing in developing countries: a global review**. *Studies in Family Planning*, Volumen 29, 117-136. [Consulta: 12 de enero de 2016]
- StataCorp (2011) **Stata: Release 12. Statistical Software**. College Station, TX: StataCorp LP. [Consulta: 2015-2016]
- Torres Rodriguez, Marisol y González Román Patricia (2009) **Antecedentes teóricos y empíricos del uso de métodos de planificación familiar. Colombia: Redalyc**. <http://www.redalyc.org/html/909/90913042009/> [Consulta: 12 de abril de 2015]
- Tristán, Flora (2002) **Exigencias al gobierno peruano: seis acciones urgentes para reducir la mortalidad materna y el aborto inseguro**. Perú: Mujeres en Red. <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article182> [Consulta: 9 de marzo de 2016]
- UNICEF (2012) Desigualdades urbanas. <http://www.unicef.org/spanish/sowc2012/pdfs/SOWC-2012-DESIGUALDADES-URBANAS.pdf> [Consulta: 18 de abril de 2015]

- UNICEF (2014) “**Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región.** [http://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_\(2\).pdf](http://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf) [Consulta: 9 de octubre de 2015]
- Villacís, Byron y Carrillo, Daniela (2011) **Estadística Demográfica en el Ecuador: Diagnóstico y Propuesta.** Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/documentofinal1.pdf [Consulta: 14 de julio de 2015]
- Villasmil, Mary Carmen (1998) **Fecundidad en familias en situación de pobreza: hipótesis para su estudio.** Mexico: Papeles de Población <http://www.redalyc.org/pdf/112/11201808.pdf> [Consulta: 28 de febrero 2015]
- Welti Chanes, Carlos (2005) **Inicio de la vida sexual y reproductiva.** Toluca: Papeles de población. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11204507> [Consulta: 19 de mayo de 2015]
- Wooldrige. Jeffrey (2003) **Introducción a la Econometría un enfoque moderno.** Segunda Edición, España: Magallanes. [Consulta: 2015-2016]
- Zavala de Cosío, María Eugenia (1992) **La transición demográfica en América Latina y en Europa.** Notas de Población, vol. 20, núm. 56, pp. 11-32. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12947/NP56-01_es.pdf?sequence=1 [Consulta: 9 de marzo 2015]

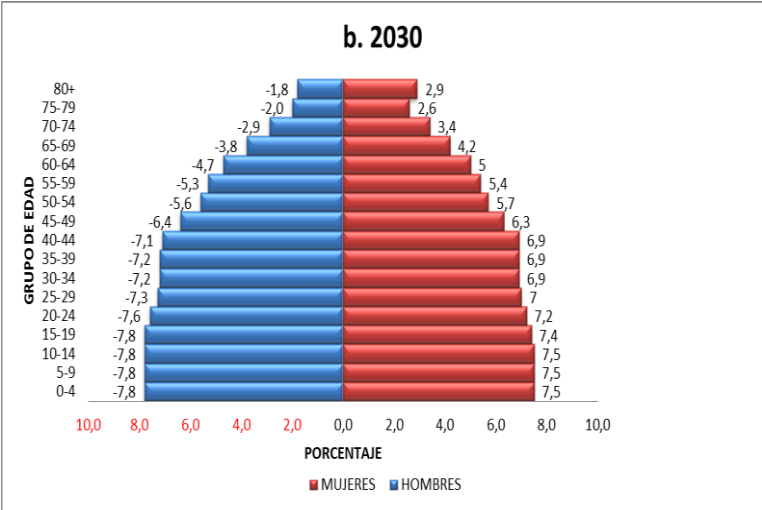
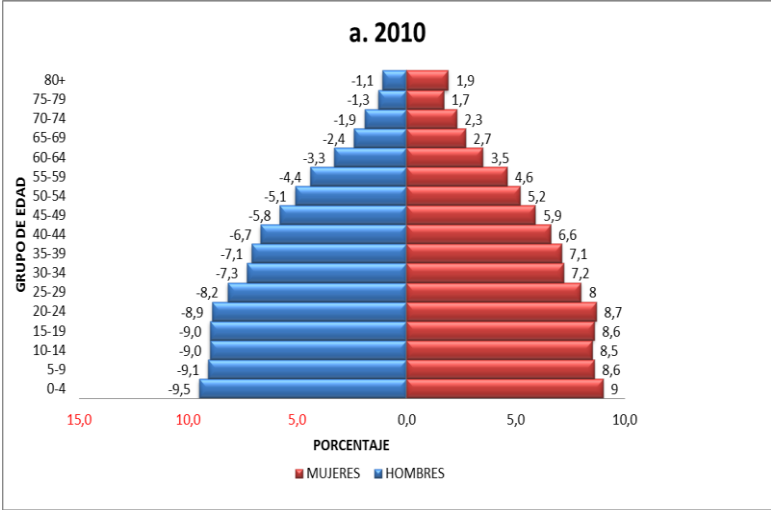
ANEXOS

Anexo 1. Tasa de fecundidad adolescente por regiones del mundo (1997-2010).



Fuente y elaboración: Banco Mundial, Azevedo, J.P., et al (2011:11)

Anexo 2. Pirámide poblacional en América del Sur. Años 2010-2030.



Fuente y elaboración: database UNFPA (2010)

Anexo 3. Resultados del modelo heckprobit para el área urbana.

HECKPROBIT URBANA			
PRIMERA ITERACIÓN DE REGISTRO CORRESPONDIENTE AL MODELO PROBIT			
Variables	Coefficiente	p- value	Efecto Marginal
<i>y= Fecundidad adolescente</i>			
DETERMINANTES PRÓXIMOS			
Edad	1,862133 (1,54953)	0,229	0,1279069 (0,1031358)
Edad 2	-0,0395527 (0,0456215)	0,386	-0,0027168 (0,0030664)
Edad de la primera relación sexual	-0,4766897 (0,11048)	0,000***	-0,0327431 (0,0074733)
Uso de métodos anticonceptivos modernos en la primera relación sexual (ref: No uso)	-0,1529659 (0,2343798)	0,514	-0,010507 (0,0163409)
Soltera (ref: Casada o Unida)	-1,272918 (0,3031474)	0,000***	-0,0874347 (0,0199778)
Separada o Divorciada (ref: Casada o Unida)	0,843309 (0,5576108)	0,131	0,0579255 (0,0393395)
DETERMINANTES INTERMEDIOS			
Educación sexual parcial recibida en escuela o colegio (ref: No recibió)	0,0558328 (0,2270558)	0,806	-0,0038351 (0,0156775)
Años de escolaridad al momento del primer embarazo	-0,0282319 (0,058249)	0,628	-0,0019392 (0,0040422)
Afroecuatoriana (ref:Indígena)	-0,1510487 (0,5408406)	0,780	-0,0103753 (0,0372025)
Montubia (ref:Indígena)	0,7792338 (0,7451088)	0,296	-0,0535243 (0,0507849)
Mestiza (ref:Indígena)	-0,0030493 (0,4531125)	0,995	0,0002095 (0,0311254)
Blanca (ref:Indígena)	-0,1649248 (0,9021464)	0,855	-0,0113284 (0,0618394)
Inmigrante (ref: No inmigrante)	0,486292 (0,2274943)	0,033**	0,0334026 (0,016057)
Costa (ref:Sierra)	-0,2796449 (0,2674768)	0,296	-0,0192084 (0,0181513)
Amazonia (ref:Sierra)	-0,2038679 (0,3037244)	0,502	-0,0140034 (0,0206811)
Insular (ref:Sierra)	-1,482434 (0,4839407)	0,002**	-0,101826 (0,0335928)

Tipología del hogar al momento del primer embarazo (ref: Hogar amplio)	1,810331 (0,2971862)	0,000***	0,1793177 (0,0328493)
Quintiles bajos-medios (ref: Quintiles altos)	0,5983498 (0,2502614)	0,017**	0,0410997 (0,018214)
Cons	-12,30901 (12,57061)	0,328	
SEGUNDA ITERACIÓN DE REGISTRO CORRESPONDIENTE AL MODELO DE SELECCIÓN PROBIT			
<i>Inicio vida sexual</i>			
Educación sexual completa recibida en escuela o colegio (ref: No recibió)	-0,2791472 (0,1485673)	0,061*	-0,0675923 (0,0355311)
Aceptación de relaciones prematrimoniales (ref: No acepta)	1,036599 (0,120596)	0,000***	0,2510007 (0,0306451)
Quintil bajo (ref: Quintil alto)	0,716583 (0,1653777)	0,000***	0,1735124 (0,428063)
Quintil medio (ref: Quintil alto)	0,5009825 (0,1695997)	0,003**	0,1213072 (0,0434554)
Tipología del hogar (ref: Hogar amplio)	0,2270145 (0,115599)	0,050**	0,1793177 (0,0328493)
Educación Primaria (ref: Bachillerato y Educación superior)	1,716675 (0,4295236)	0,000***	0,4156733 (0,1028393)
Educación Básica (ref: Bachillerato y Educación superior)	-0,3155224 (0,1193935)	0,008**	-0,0764001 (0,282092)
Costa (ref:Sierra)	0,2025361 (0,1190273)	0,089*	0,0490418 (0,289184)
Amazonia (ref:Sierra)	-0,1771665 (0,139393)	0,204	-0,0428988 (0,0341063)
Insular (ref:Sierra)	-0,278737 (0,2257096)	0,217	-0,067493 (0,0551074)
Cons	-1,24633 (0,1910733)	-	-
Rho	0,1893419 (0,344608)	-	-

*** p-value<0,001; ** p-value<0,05; * p-value<0,1
 *rho= es significativamente diferente de cero. Al ser positiva significa que los términos de error del modelo están correlacionados, lo que valida el uso del heckprobit.

Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012
 Elaboración: Nataly Cadena

En los resultados del modelo Heckprobit para el área urbana se analizaron los resultados de la primera iteración del modelo. No obstante, en los siguientes párrafos se analiza la segunda iteración del modelo o la ecuación de sesgo de selección que toma como variable dependiente al Inicio de la vida sexual.

De manera general, se observa que los signos de las variables son los esperados en base al estudio de Galindo (2012), donde se evidencia que la educación sexual completa recibida en la escuela o el colegio disminuye la probabilidad de inicio de vida sexual.

Además, tener educación básica o 10 años de escolaridad y pertenecer a las áreas urbanas de regiones como la Amazonía e Insular, reduce las probabilidades de iniciar la vida sexual en relación con la región Costa. Los resultados expuestos son similares a la investigación encontrada por Flórez et al (2004) en cuanto el comportamiento sexual de las adolescentes.

Asimismo, se evidencia que la aceptación de relaciones sexuales prematrimoniales, el tipo de hogar, pertenecer a quintiles bajos y medios, tener únicamente instrucción primaria, y pertenecer a la Costa, incrementa la probabilidad de inicio de la vida sexual durante la adolescencia.

En lo que se refiere al análisis de los factores estadísticamente significativos, se observa que el determinante de recibir educación sexual completa en la escuela o el colegio tiene una correlación negativa con el inicio de la vida sexual, pues disminuye la probabilidad de iniciar la vida sexual durante la adolescencia en 6,76 puntos porcentuales. Efectivamente, el estudio de Ávila (2013), demuestra que la educación sexual que reciben las adolescentes en las instituciones educativas tiene efectos positivos en la toma de decisiones en lo que se refiere a su vida sexual.

Resulta importante mencionar que en la Teoría de los Determinantes de la fecundidad adolescente, se expuso que algunos factores intermedios inciden el embarazo adolescente a través de los determinantes próximos, es así que a pesar de que el determinante de educación sexual no resultó estadísticamente significativo en la primera iteración del modelo Heckprobit, este determinante incide indirectamente. Por ejemplo, Galindo (2012) encontró en su investigación que las adolescentes que reciben educación sexual y retrasan el inicio de la vida sexual, indudablemente, son menos propensas a correr el riesgo de tener un embarazo adolescente.

Posteriormente, se analizó el determinante sugerido en la investigación de Galindo (2012), que mide las normas sociales en un país o la aceptación de relaciones prematrimoniales. En este caso, el resultado de este determinante es consistente con el resultado del estudio de Galindo (2012) pues incrementa la probabilidad de inicio de la vida sexual durante la adolescencia en 25,10 puntos porcentuales.

Por otro lado, el determinante intermedio de la tipología del hogar, se observa que de manera similar a la fecundidad adolescente, incrementa la probabilidad de iniciar la vida sexual durante la adolescencia en 17,93 puntos porcentuales.

Asimismo, se observa que tener educación primaria se correlaciona positivamente con el inicio de la vida sexual. Esto es consistente con el estudio de Singh (1998) donde se observa que las adolescentes que solo alcanzaron un nivel educativo primario o menos, son más propensas a iniciar su vida sexual durante la adolescencia; y, generalmente lo hacen sin la responsabilidad y conocimientos requeridos. En este sentido, se observa que tener educación primaria incrementa la probabilidad de inicio sexual durante la adolescencia en 41,56 puntos porcentuales, en comparación con el bachillerato o educación superior.

Ahora bien, se observa que culminar la educación básica o tener 10 años de escolaridad disminuye la probabilidad de iniciar la vida sexual en 7,64 puntos porcentuales, en comparación con el bachillerato o educación superior.

En cuanto a la región de residencia, se observa que residir en la Costa incrementa la probabilidad de inicio de vida sexual durante la adolescencia en 4,90 puntos porcentuales. Esto resulta coherente con el estudio de Gonzáles-Rozada (2011), pues la región Costa es caracterizada por tener una actividad sexual mayor en comparación con las otras regiones del Ecuador.

Finalmente, en lo que se refiere al nivel socioeconómico, los resultados son coherentes con lo expuesto en el estudio de Galindo (2012) donde se evidencia que tanto los quintiles bajos, (correspondientes a 1 y 2) y los quintiles medios (correspondientes a 3 y 4) incrementan la probabilidad de iniciar la vida sexual durante la adolescente, en referencia al quintil más alto, pero en diferentes magnitudes.

Por ejemplo, los quintiles más bajos incrementan la probabilidad de inicio de vida sexual durante la adolescencia en 17,35 puntos porcentuales. Mientras que, los quintiles medios incrementan la probabilidad de inicio de vida sexual durante la adolescencia en 12,13 puntos porcentuales. En base a las desigualdades económicas que existen en el área urbana, es evidente que pertenecer a los quintiles más bajos incrementa, en mayores proporciones, la probabilidad de embarazo, tal como sugiere la literatura de la fecundidad adolescente.

Anexo 4. Resultados del modelo Heckprobit para el área rural.

HECKPROBIT RURAL			
PRIMERA ITERACIÓN DE REGISTRO CORRESPONDIENTE AL MODELO PROBIT			
Variables	Coficiente	p- value	Efecto Marginal
<i>y= Fecundidad adolescente</i>			
DETERMINANTES PRÓXIMOS			
Edad	1,850474 (1,495582)	0,217	0,158558 (0,1293737)
Edad 2	-0,0444227 (0,0441064)	0,314	-0,0038064 (0,0038174)
Edad de la primera relación sexual	-0,1564698 (0,1228109)	0,203	-0,0134071 (0,0099365)
Uso de métodos anticonceptivos modernos en la primera relación sexual (ref: No uso)	-0,8168115 (0,2441205)	0,001***	-0,0699885 (0,0204779)
Soltera (ref: Casada o Unida)	-1,45197 (0,2547291)	0,000***	-0,1244121 (0,020692)
Separada o Divorciada (ref: Casada o Unida)	0,6127824 (0,6190714)	0,323	0,0525063 (0,0537422)
DETERMINANTES INTERMEDIOS			
Educación sexual parcial recibida en escuela o colegio (ref: No recibió)	0,4928894 (0,2079724)	0,018**	0,0422333 (0,0186692)
Años de escolaridad al momento del primer embarazo	-0,1493688 (0,053341)	0,005**	-0,0127987 (0,0046165)
Afroecuatoriana (ref:Indígena)	1,031072 (0,4993089)	0,039**	0,0883475 (0,0412599)
Montubia (ref:Indígena)	0,7598978 (0,5631634)	0,178	0,0651119 (0,0474583)
Mestiza (ref:Indígena)	0,5682263 (0,3027677)	0,061*	0,0486885 (0,0244325)
Blanca (ref:Indígena)	-0,5189597 (0,6579061)	0,431	-0,0444671 (0,0569777)
Migrante interna (ref: Nativa o ciudad principal)	0,1823335 (0,2698817)	0,500	0,0156233 (0,0231932)
Costa (ref:Sierra)	0,467428 (0,3218051)	0,885	0,0040052 (0,0276604)
Amazonia (ref:Sierra)	0,3294656 (0,2521414)	0,192	0,0282303 (0,0221646)
Insular (ref:Sierra)	6,284779 (0,3895119)	0,000***	0,5385117 (0,617902)
Tipología del hogar al momento del primer embarazo (ref: Hogar amplio)	0,7887154 (0,2134739)	0,000***	0,0850583 (0,0284359)

Quintiles bajos (ref: Quintiles medio-altos)	0,994911 (0,2572528)	0,699	0,0085249 (0,0218947)
Cons	-14,5409 (12,59748)	0,249	
SEGUNDA ITERACIÓN DE REGISTRO CORRESPONDIENTE AL MODELO DE SELECCIÓN PROBIT			
<i>Inicio vida sexual</i>			
Educación sexual completa recibida en escuela o colegio (ref: No recibió)	-0,0196242 (0,16728)	0,907	-0,0037375 (0,031862)
Aceptación de relaciones prematrimoniales (ref: No acepta)	0,8014383 (0,1316479)	0,000***	0,1526365 (0,0264293)
Tipología del hogar (ref: Hogar amplio)	0,0917661 (0,108411)	0,398	0,0850583 (0,0284359)
Educación Primaria (ref: Bachillerato y Educación superior)	1,308784 (0,265213)	0,000***	0,2492621 (0,0507436)
Educación Básica (ref: Bachillerato y Educación superior)	-0,5285368 (0,1388585)	0,000***	-0,1006615 (0,0268369)
Costa (ref: Sierra)	0,0521707 (0,1430251)	0,715	0,0099361 (0,0273074)
Amazonia (ref: Sierra)	0,3074564 (0,1134541)	0,007*	0,0585561 (0,220867)
Insular (ref: Sierra)	0,1619106 (0,3512244)	0,645	0,0308364 (0,0669153)
Quintil bajo (ref: Quintil alto)	0,1353599 (0,1197488)	0,259	0,0257797 (0,0231789)
Quintil medio (ref: Quintil alto)	0,3549184 (0,148445)	0,017**	0,0675953 (0,0277804)
Cons	-0,8667449 (0,1701275)	0,000	-
Rho	0,0831162 (0,214218)	-	-

*** p-value<0,001; ** p-value<0,05; * p-value<0,1

*rho= es significativamente diferente de cero. Al ser positiva significa que los términos de error del modelo están correlacionados, lo que valida el uso del heckprobit.

Fuente: Encuesta de Salud y Nutrición- ENSANUT ,2012

Elaboración: Nataly Cadena

En los resultados del modelo Heckprobit para el área rural se analizaron los resultados de la primera iteración del modelo. No obstante, en los siguientes párrafos se analiza la segunda iteración del modelo o la ecuación de sesgo de selección que toma como variable dependiente al Inicio de la vida sexual.

De manera general, se observa que los signos de las variables son los esperados en base al estudio de Galindo (2012), donde se evidencia que la educación sexual completa recibida en la escuela o el colegio, y haber completado la educación básica, disminuye la probabilidad de inicio de vida sexual.

Por otro lado, pertenecer a las áreas rurales de las regiones (Costa, Amazonía e Insular), la aceptación de las relaciones sexuales prematrimoniales y los quintiles bajos y medios incrementan la probabilidad de inicio de vida sexual. Cabe mencionar que en el análisis descriptivo se evidenció que en el área rural la mayoría de la población está concentrada en los quintiles más bajos, y menos de la mitad pertenece a quintiles medio-altos

En lo que se refiere al análisis de los factores estadísticamente significativos, se observa que el determinante que recoge el efecto de las normas sociales de un país o la aceptación de relaciones prematrimoniales incrementa la probabilidad de iniciar la vida sexual durante la adolescencia en 15,26 puntos porcentuales. Contrariamente, en el área urbana representa 25,10 puntos porcentuales más de probabilidad de inicio de la vida sexual.

Los resultados expuestos son coherentes con los de la literatura. Pues, la diferencia principal radica en el hecho de que las adolescentes urbanas no sobre valorizan el matrimonio, y tienden aceptar de mejor manera las relaciones sexuales durante el noviazgo sin ningún tipo de compromiso (Flórez et al, 2004).

Adicionalmente, el determinante intermedio de la educación primaria incrementa la probabilidad de inicio de vida sexual durante la adolescencia en 24,93 puntos porcentuales. Mientras que, en el área urbana tener solo instrucción primaria incrementa la probabilidad de iniciar la vida sexual durante la adolescencia en 41,57 puntos porcentuales. Se debe añadir que el inicio de vida sexual está relacionado con el acápite anterior, las adolescentes rurales (si bien es cierto tienen menos años de escolaridad) sin embargo la principal motivación para iniciar la vida sexual es el matrimonio (Salazar, 2003).

Por otro lado, haber completado la educación básica disminuye la probabilidad de iniciar la vida sexual durante la adolescencia en 10,06 puntos porcentuales, en comparación con el área urbana donde disminuye la probabilidad en 7,64 puntos porcentuales.

Posteriormente, se observa que residir en la Amazonia rural incrementa la probabilidad de inicio de vida sexual durante la adolescencia en 5,86 puntos porcentuales, en referencia a la Sierra. Mientras que, residir en la misma región pero en el área urbana disminuye la probabilidad en 4,29 puntos porcentuales.

Finalmente, en lo que se refiere al nivel socioeconómico, se evidencia que pertenecer a los quintiles medios (3 y 4) incrementa la probabilidad de iniciar la vida sexual durante la

adolescencia en 6,76 puntos porcentuales. Al contrario, en el área urbana incrementa la probabilidad en 12,13 puntos porcentuales. Esto se evidencia también en los estudios de Llerena, Buizza y Cabrera (2014) y González-Rozada (2011) donde se observa que la mayoría de población del área rural está concentrada en los quintiles 1 y 2 mientras que la población en el área urbana en los quintiles 3 y 4.