DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN LA SUBREGIÓN ANDINA 2016

Consultoría realizada por:

María Dolores Castro Mantilla y Silvia Salinas Mulder
APORTES DE JORGE RODRÍGUEZ, GEORGINA BISTOCK Y VIRGINIA CAMACHO, CON LA COLABORACIÓN DE CLAUDIA FERNÁNDEZ OVANDO
ENERO, 2017

Tabla de contenido

I. INTRODUCCIÓN 5

II. EL CONTEXTO INTERNACIONAL 7

III. SER ADOLESCENTE EN AMÉRICA LATINA HOY 13

a. TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS REGIONALES Y SUBREGIONALES 13

b. DESIGUALDADES Y VULNERACIÓN DE DERECHOS DE LAS Y LOS ADOLESCENTES 16

IV. SITUACIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA 22

a. FECUNDIDAD ADOLESCENTE 22

b. EMBARAZO EN MENORES DE 15 AÑOS 27

V. DETERMINANTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES 31

a. VARIABLES INTERMEDIAS O DETERMINANTES PRÓXIMOS 31

b. OTROS DETERMINANTES 42

c. DESMITIFICANDO LA "DESEABILIDAD" 50

VI. AVANCES NORMATIVOS Y DE POLÍTICAS PÚBLICAS 55

a. POLÍTICAS Y NORMATIVAS ESPECÍFICAS POR PAÍS 59

b. PRINCIPALES DESAFÍOS EN POLÍTICAS Y PROGRAMAS 67

VII. IMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES 69

a. MORTALIDAD MATERNA 69

b. ABORTO 71

c. SUICIDIO 72

VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE POLÍTICA 75

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 80

ANEXO 86

ABREVIACIONES Y SIGLAS

AE	Anticoncepción de emergencia
ALC	América Latina y el Caribe
CEDAW	*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women* Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
CIPEA	Comité Intersectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes
DIU	Dispositivo Intrauterino
DSDR	Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
EESS	Establecimientos de Salud
EIS	Educación Integral para la Sexualidad
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENIPLA	Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes
HBSC	*Health Behaviour In School-Aged Children*
HCP	Historia Clínica Perinatal
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IPPF	*International Planned Parenthood Federation*
JUNAEB	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas
MGF	Mutilación Genital Femenina
MINSAL	Ministerio de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
ODM	Objetivos del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS-CONHU	Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue
PANA	Plan Nacional de Atención a las y los Adolescentes
PLANEA	Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SAJ	Servicios Amigables para Jóvenes
SENAME	Servicio Nacional de Menores
SSAAJ	Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes
SSSR	Salud Sexual y Salud Reproductiva
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
TGF	Tasa Global de Fecundidad
UNFPA	*United Nations Population Fund* Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	*United Nation's Children's Fund* Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WHO	World Health Organization
HRP	Human Reproduction Programme

I. INTRODUCCIÓN

En noviembre del año 2009, el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) presentaron el Diagnóstico sobre la *Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Subregión Andina*[1], documento que "identificaba a través de información cuantitativa y cualitativa, la situación del embarazo adolescente en el marco del acceso universal a educación y servicios de salud sexual y reproductiva, sus implicaciones sociales y económicas y los principales desafíos que enfrenta la región" (Lora, Castro y Salinas, 2009).

El Diagnóstico surge luego del "Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes" (PLANEA), que se aprueba el 2007. Desde este Plan el embarazo adolescente se considera a su vez una causa y efecto de las desigualdades presentes en la región. En ese marco, el objetivo central del Plan se enfoca en fortalecer la capacidad institucional y el intercambio de buenas prácticas en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. Un año después se aprueba la Declaración Ministerial "Prevenir con Educación", que contempla dentro de sus objetivos la ampliación de la cobertura de educación sexual integral en las escuelas públicas de la región; la sociedad civil implementó una plataforma para evaluar su cumplimiento[2]. Sus resultados sugieren avances generales y formales en varios países, pero no existe medición del progreso real en materia de incremento de conocimientos sobre sexualidad de las y los adolescentes, empoderamiento para la toma de decisiones en la materia, y prevención de conductas de riesgo gracias a este mayor conocimiento y empoderamiento (Rodríguez, 2016a). Posteriormente, la Declaración de la XV Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud (Septiembre 2016) que eleva la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de los adolescentes y jóvenes, con el fin de contribuir a mejorar su calidad de vida, y a que fortalezcan el intercambio de experiencias exitosas y lecciones aprendidas en los países iberoamericanos en torno a estas temáticas, ratifica los objetivos y líneas de acción de PLANEA.

Transcurridos siete años desde el Diagnóstico y con miras a formular un nuevo Plan para la reducción EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN LA SUBREGIÓN ANDINA se ha considerado importante proceder con una actualización del Diagnóstico, a fin de identificar los cambios y permanencias respecto a la situación del embarazo en la adolescencia en la Subregión, tendencias actuales, avances en los países respecto a las recomendaciones planteadas, así como nuevos temas y retos hacia el futuro en pos de una atención más pertinente y efectiva de esta problemática, que reproduce desigualdades estructurales y vulnera los derechos de las adolescentes.

Este documento brinda información para trazar el nuevo Plan, que guíe el accionar coordinado y desde un enfoque intersectorial entre los Estados, la Sociedad Civil, las Agencias de Cooperación y la población en general, para garantizar a las y los adolescentes de la Subregión Andina el acceso universal a la salud sexual y reproductiva. Todo ello en un marco de ejercicio de derechos, amparados en los compromisos internacionales suscritos tanto a nivel global como regional, así como las normas y políticas vigentes en cada uno de los países.

Al igual que en el primer diagnóstico, se destaca que no todos los países de la región – y por ende de la Subregión- producen y disponen de información oficial, comparable y de calidad, que permita hacer un seguimiento continuo esta problemática, así como comparar y analizar tendencias para entender los factores subyacentes. Con todas estas limitaciones, este trabajo utiliza los últimos

[1] http://www.orasconhu.org/documentos/Libro%20diagnostico%20del%20%20Embarazo%20Adolescentes%202009.pdf

[2] http://www.prevenirconeducacion.org/index.php/declaracion-ministerial

datos disponibles. En general son datos recientes, pero en algunos países y para algunos temas específicos no se dispone de información actualizada, o la información simplemente no existe. Esto sin duda constituye una primer alerta sobre la necesidad de incrementar las capacidades institucionales en varios de los países para la producción de información oficial, recolectada de manera periódica, que permita conocer y monitorear la situación de las y los adolescentes en general, y específicamente lo que se vincula al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, la maternidad temprana, y sus trayectorias de vida, tomando en cuenta los diversos contextos socio culturales. Esta información es también esencial para poder determinar el impacto de las acciones públicas destinadas a mejorar la situación, oportunidades y calidad de vida de las y los adolescentes. Además de la heterogeneidad en cuanto a la disponibilidad de datos, también se observan distintas realidades respecto a la existencia de estudios de índole cualitativa, que permitan ampliar y profundizar el diagnóstico y, particularmente, brindar marcos explicativos contextuales para una mejor comprensión y abordaje de la problemática.

Dado que la metodología del Diagnóstico se basa en información secundaria, y supone a su vez un importante involucramiento y contribución de los y las personas técnicas o responsables de los programas nacionales de adolescentes, resulta imprescindible mencionar que los alcances y limitaciones de este diagnóstico se relacionan también con la documentación y retroalimentación recibida de cada país. Esto se traduce en algunos desbalances respecto a la cantidad y calidad de la información reflejada por país y su comparabilidad, que empero no afectan el objetivo y validez del diagnóstico como tal.

Cabe destacar que este documento se ha elaborado con la valiosa contribución de Jorge Rodríguez de CEPAL/CELADE, quien en coordinación con UNFPA-LACRO, elaboró el "Resumen Ejecutivo" sobre la situación del embarazo en adolescentes en la Sub-región Andina (noviembre 2016), que además de presentar una actualización de la información del 2009, contribuyó con un análisis sustantivo de la problemática, sus características y tendencias actuales. Posteriormente, Georgina Binstock complementó y expandió los datos y el análisis de Jorge Rodríguez, preparando un segundo documento de trabajo titulado "La maternidad adolescente en la Subregión Andina: una visión actualizada", que también se ha constituido en un documento base para este Diagnóstico.

Este Diagnóstico está organizado en ocho capítulos; luego de los antecedentes e introducción, sigue un capítulo que presenta el contexto internacional. El capítulo III está dedicado a presentar un panorama de lo que es/significa ser adolescente en la región hoy en día. Seguidamente, el capítulo IV ya se enfoca en la fecundidad adolescente, desde una perspectiva inicial regional, para luego enfocarse en los países de la Subregión Andina. En el capítulo V se analizan las determinantes del embarazo en la adolescencia, y en el VI la situación respecto a las normas y políticas públicas relacionadas. El capítulo VII presenta un breve análisis de las implicaciones del embarazo en la adolescencia, para luego pasar a las conclusiones y recomendaciones en el capítulo VIII.

II. EL CONTEXTO INTERNACIONAL

El **Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (PA-CIPD**, El Cairo, 1994; Naciones Unidas, 1995) es el primer instrumento internacional que alude directamente a los y las adolescentes y su salud sexual y reproductiva. Otros instrumentos previos lo hicieron de forma tangencial y en el marco de otros grupos (los niños y niñas en el caso de la Convención Internacional de los Derechos del Niño; las mujeres en el caso de la CEDAW, por ejemplo. En el caso del PA-CIPD, los y las adolescentes se abordan en los capítulos: i) IGUALDAD Y EQUIDAD ENTRE LOS SEXOS Y HABILITACIÓN DE LA MUJER dentro de la sección denominada "La niña"; ii) CRECIMIENTO Y ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN, en el marco de la sección sobre "Los niños y los jóvenes"; y iii) DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SALUD REPRODUCTIVA, sin duda el más resonante del PA-CIPD por sus definiciones y directrices sobre los derechos reproductivos y su ejercicio la salud sexual y reproductiva y su acceso universal. Este capítulo contiene la sección "Los adolescentes", en el cual se reconocen los efectos negativos del embarazo a temprana edad en el desarrollo de las y los adolescentes, se relevan las especificidades de los y las adolescentes, y se establece la necesidad de los países de asegurar a los adolescentes el acceso a servicios, educación e información sobre salud sexual y reproductiva, instando, además, a la eliminación de los obstáculos que lo dificultan y al respeto por la confidencialidad (Naciones Unidas, 1995).

En el año 2000 se aprueba la **Declaración del Milenio**, desde donde derivan los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (Naciones Unidas, 2000). Si bien originalmente estos no incluyeron los temas de salud sexual y reproductiva, luego, en la revisión de 2005 de los ODM, se decidió incluir nuevas metas, entre ellas una, la 5.B, relacionada con el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, entre cuyos indicadores se incluye la fecundidad adolescente porque "El progreso para reducir la cantidad de embarazos de adolescentes se ha estancado, lo cual deja a más madres adolescentes en situación de riesgo"[3].

Más recientemente, en 2015, se adoptó la **Agenda para el Desarrollo Sostenible**, que incluye la meta 3.7 "De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales" dentro del Objetivo 3 "Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades" de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS, Naciones Unidas, 2015) y entre su indicadores está el 3.7.2 "tasa de natalidad adolescente (edades 10-14 años, edad 15-19 años) por cada 1,000 mujeres en ese grupo etario", y otros que apuntan al ejercicio de los derechos reproductivos y el acceso a la salud sexual y reproductiva por parte de adolescentes, como el 3.7.1 en su desagregación por edad "proporción de mujeres en edad reproductiva (15-49 años de edad) que tienen necesidades insatisfechas de planificación familiar con métodos modernos".

El Objetivo 4 de los ODS: "Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos" también tiene que ver con el embarazo en la adolescencia en la medida en que "existe una mayoría de jóvenes que carecen de los conocimientos suficientes acerca de su salud sexual y reproductiva, hecho que los hace vulnerables a las infecciones de transmisión sexual, al embarazo en la adolescencia y a multitud de problemas más". Finalmente, el Objetivo 5 "Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas" también "insta a la erradicación de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, el fin de todas las formas de discriminación de género y la eliminación de las

[3] http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml

prácticas nocivas como el matrimonio infantil y la mutilación genital femenina (MGF). También tiene como objetivo garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y a los derechos reproductivos" (*Ibíd*).

Por otro lado, la **Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, del Niño y del Adolescente 2016-2030,** define por primera vez a las y los adolescentes, junto con las mujeres y los niños, como centro de atención. La Estrategia reconoce que la supervivencia, la salud y el bienestar de las mujeres, niños y adolescentes son esenciales para acabar con la pobreza extrema, fomentar el desarrollo y la resiliencia para el cumplimento de los ODS. Entre los objetivos y metas relacionados con la SSSR de los adolescentes, propone:

***SOBREVIVIR, Poner fin a la mortalidad prevenible**:*

→ Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 defunciones por 100.000 nacidos vivos.

PROSPERAR, Lograr la salud y el bienestar

→ Garantizar el acceso universal a los servicios de atención de salud sexual y reproductiva (incluida la planificación familiar) y al goce de los derechos correspondientes.

TRANSFORMAR, Ampliar los entornos propicios

→ Garantizar que la totalidad de las niñas y los niños completen la educación primaria y secundaria.

→ Eliminar todas las prácticas nocivas, la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas.

En ese marco la Estrategia Mundial reconoce los problemas sanitarios específicos que afectan a jóvenes y adolescentes, así como su rol fundamental, junto con las mujeres y los niños, como impulsores clave del cambio en la era posterior a 2015. Señala que invertir en las políticas y los programas adecuados para detonar el potencial de las y los adolescentes y garantizar sus derechos humanos a la salud, la educación y la plena participación en la sociedad, puede liberar el enorme potencial humano de esta "generación de los ODS" para transformar el mundo. La Estrategia aplica un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital para alcanzar el grado máximo de salud y bienestar —físico, mental y social— que se pueda lograr a todas las edades.

Los objetivos y metas de esta Estrategia están alineados con los ODS planteados para 2030, y su diseño apunta a un "Gran Rendimiento de las Inversiones", al sostener que la financiación cuantiosa y sostenida resultará en enormes beneficios hasta 2030, entre ellos:

- *Eliminación de la mortalidad prevenible de madres, recién nacidos, niños y adolescentes, así como de la mortinatalidad prevenible.*
- *Rendimiento al menos diez veces mayor que la inversión mediante un incremento de la tasa de finalización de la educación, de la participación en la población activa y de las contribuciones sociales.*
- *Dividendos demográficos por un valor de al menos US$ 100.000 millones mediante inversiones en salud y desarrollo en la primera infancia y en la adolescencia.*
- *Una «gran convergencia» en materia de salud brindará al conjunto de las mujeres, los niños y los adolescentes una igualdad de oportunidades de sobrevivir y prosperar.*

A nivel regional, el **Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013),** emanado de la Primera Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo, marca un hito importante en la región

en cuanto a compromisos de los Estados con relación a la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos de las y los adolescentes. El Consenso se enfoca en cuatro ejes: i) *Servicios de salud sexual y salud reproductiva* amigables y oportunos, considerando la calidad de los servicios e inclusión de las perspectivas de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, así como el acceso oportuno y confidencial a información, tecnologías, asesoramiento y servicios; ii) *Educación*, apuntando hacia una educación integral para la sexualidad, así como políticas y programas para las adolescentes embarazadas y las madres jóvenes; iii) *Prevención* integral e intersectorial, destacando la importancia de políticas, programas y estrategias intersectoriales de prevención del embarazo en la adolescencia, incluidas políticas y programas para eliminar el aborto inseguro, así como estrategias intersectoriales para la prevención del embarazo en adolescentes y acciones de protección y asistencia y a la justicia; iv) *Información*, priorizando la confiabilidad de los datos estadísticos y la desagregación de datos por sexo, edad, condición migratoria, raza y etnia, variables culturales y ubicación geográfica en materia de educación, salud, en particular salud sexual y salud reproductiva, empleo y participación de adolescentes y jóvenes.

TEMA	***ACUERDOS***
B. Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes	*7. Garantizar a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, sin ningún tipo de discriminación, las oportunidades para tener una vida libre de pobreza y de violencia, la protección y el ejercicio de derechos humanos, la disponibilidad de opciones, y el acceso a la salud, la educación y la protección social;* *11. Asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad, desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y de la niña y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos;* *12. Implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, y que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad, para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable, eviten los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual;* *13. Poner en práctica o fortalecer políticas y programas para evitar la deserción escolar de las adolescentes embarazadas y las madres jóvenes;* *14. Dar prioridad a prevenir el embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, mediante la educación integral para la sexualidad, y el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad, incluida la anticoncepción oral de emergencia sin receta y los condones femeninos y masculinos;* *15. Diseñar estrategias intersectoriales dirigidas a ayudar a las*

	mujeres a prevenir el embarazo subsiguiente en la adolescencia, incluida la atención prenatal, del parto y posparto, el acceso a métodos anticonceptivos, a las acciones de protección y asistencia y a la justicia;
	17. Garantizar también datos estadísticos confiables, desagregados por sexo, edad, condición migratoria, raza, etnia, variables culturales y ubicación geográfica en materia de educación, salud, en particular salud sexual y salud reproductiva, empleo y participación de adolescentes y jóvenes.
D. Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva	*35. Revisar la legislación, las normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluida la provisión de servicios integrales amigables en el caso de adolescentes y jóvenes, y asegurar el acceso a la información completa sobre todas las opciones de servicios disponibles para todas las personas sin discriminación de ningún tipo, para asegurar que se cumplan en nuestra región los más altos estándares internacionales de protección a los derechos humanos y libertades fundamentales;*
	36. Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGBT, personas mayores y personas con discapacidad, prestando particular atención a personas en condición de vulnerabilidad y personas que viven en zonas rurales y remotas y promoviendo la participación ciudadana en el seguimiento de los compromisos;
	42. Asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos;
	46. Garantizar una dotación suficiente de recursos financieros, humanos y tecnológicos para brindar un acceso universal a la salud sexual y la salud reproductiva de todos y todas, incluidos hombres, mujeres, adolescentes, jóvenes, personas mayores y personas con discapacidad, sin discriminación alguna.
E. Igualdad de género	*59. Incrementar el acceso de los hombres, incluidos niños, adolescentes y jóvenes, a la información, la consejería y los servicios de salud sexual y salud reproductiva y promover la participación igualitaria de los hombres en el trabajo de cuidados, a través de programas que sensibilicen a los hombres respecto a la igualdad de*

	género, fomentando la construcción de nuevas masculinidades;
H. Pueblos indígenas: interculturalidad y derechos	*87. Garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas, incluidos los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como el derecho a sus propias medicinas tradicionales y sus prácticas de salud, sobre todo en lo que se re ere a la reducción de la mortalidad materna e infantil, considerando sus especificidades socioterritoriales y culturales, así como los factores estructurales que dificultan el ejercicio de este derecho;*
	89. Adoptar las medidas necesarias, en conjunto con los pueblos indígenas[4] y amazónicos, para garantizar que mujeres, niños, niñas y adolescentes y jóvenes indígenas gocen de protección y garantías plenas contra todas las formas de violencia y discriminación, y tomar medidas para asegurar la restitución de derechos;
I. Afrodescendientes: derechos y combate al racismo y la discriminación racial	*95. Garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las personas afrodescendientes, en particular la salud sexual y la salud reproductiva de las niñas, adolescentes y mujeres afrodescendientes, tomando en cuenta sus especificidades socioterritoriales y culturales, así como los factores estructurales, como el racismo, que dificultan el ejercicio de sus derechos.*

Por otro lado, el **Consenso de Santo Domingo**, aprobado posteriormente en la XI Conferencia Regional sobre la Mujer realizada en octubre 2013, reconoce la aplicación del enfoque de derechos humanos basado en la igualdad de género, identificando seis campos de acción predominantes: i) Empoderamiento de las mujeres y tecnologías de la información y las comunicaciones; ii) Empoderamiento económico de las mujeres; iii) Salud sexual y salud reproductiva de las mujeres; iv) Eliminación de la violencia contra las mujeres; v) Empoderamiento de las mujeres para la participación política y la toma de decisiones; vi) Mecanismos para el empoderamiento de las mujeres. Entre las medidas propuestas están la adopción de políticas a favor de la reducción de las brechas, incluyendo medias afirmativas y de promoción, protección y garantía para el ejercicio de derechos, entre ellos los sexuales y reproductivos. De forma específica plantea garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres, de todos los grupos poblacionales y a lo largo de todo el ciclo de vida, mediante la implementación de leyes, políticas, normas, reglamentos y programas incorporados a los presupuestos nacionales y subnacionales. Así también, recomienda el fortalecimiento de los sistemas de salud en relación con los servicios de salud sexual y salud reproductiva, que deben comprender información y educación oportuna, precisa y completa y la oferta gratuita de métodos anticonceptivos, así como estar integrados en los servicios de salud y dirigirse en particular a las mujeres de los sectores más pobres y en condiciones de mayor exclusión social, y a los jóvenes y adolescentes de ambos sexos. Por otro lado, plantea asegurar que los recursos financieros para la prevención del VIH/SIDA se destinen específicamente a medidas de prevención, garantizando una atención integral a las personas afectadas. Igualmente,

[4] En este documento pueblos indígenas hacen referencia a comunidades de diferentes territorios que tienen una continuidad histórica, cultural y territorial. De acuerdo con Naciones Unidas: "Son comunidades, pueblos y naciones indígenas, las que teniendo una continuidad histórica con las sociedades anteriores a la invasión y pre-coloniales que se desarrollan en sus territorios, se consideran distintos de otros sectores de las sociedades [...] y tienen la intención de preservar, desarrollar, trasmitir a sus futuras generaciones sus territorios ancestrales y su identidad étnica como base de su existencia continuada como pueblo, de acuerdo con sus propios patrones culturales, sus instituciones sociales y sus sistemas legales" (Fondo Indígena, 2005). Esta definición incluye a los pueblos indígenas andinos o de tierras altas, y a los pueblos indígenas del Amazonas o Chaco. (tierras bajas).

propone implementar programas y políticas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva, amigables, con perspectivas de género, de derechos humanos, con un enfoque intergeneracional e intercultural.

Por otro lado, la reciente **Estrategia de Montevideo,** emanada de la XIII Conferencia Regional sobre la Mujer para la Implementación de La Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030, enfatiza por un lado el derecho de las adolescentes a una vida libre de toda forma de violencia, y por el otro lado aborda los derechos sexuales y derechos reproductivos con relación a: información y educación sexual integral; servicios de aborto seguros y de calidad, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional; anticoncepción; servicios sociales de salud integrados; mortalidad materna; orientación sexual e identidad de género; servicios universales y accesibles; discapacidad y vejez; erradicación del embarazo de niñas, prevención del embarazo y la maternidad adolescente; infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA; emergencias sanitarias; maternidad saludable; desarrollo tecnológico; distintos tipos de familia.

Como enfatiza Jorge Rodríguez (2016a):

"Este contexto de evidentes avances en materia de visibilidad y priorización internacional del embarazo en la adolescencia y su prevención, todavía no se traduce en acciones significativas y exitosas en muchos países de la región, lo que se refleja en las cifras y tendencias que se exponen a continuación, mismas que revelan la necesidad de perseverar y profundizar en los esfuerzos de prevención con un enfoque multidisciplinario y basado en los enfoques de derechos, de igualdad social y de género, de determinantes sociales, y de acceso universal a servicios sensibles a las especificidades de los y las adolescentes."

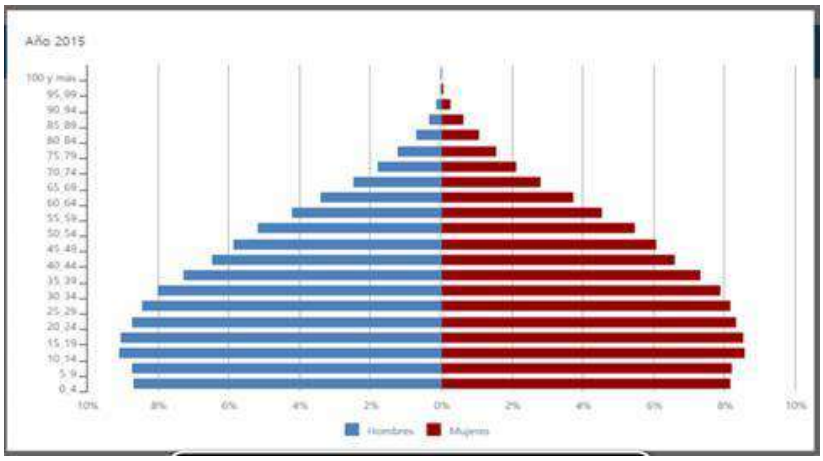
III. SER ADOLESCENTE EN AMÉRICA LATINA HOY

a. TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS REGIONALES Y SUBREGIONALES

Para el año 2011 se estimaba una población mundial de 1.300 millones de adolescentes, la mayor generación adolescente registrada en la historia. En los últimos 200 años, la edad de inicio de la pubertad descendió cerca de tres años. Si bien para la mayoría se da entre los 10 y los 14, actualmente puede ocurrir a los 8 años en las niñas y a los 9 en los niños. Por otro lado, situaciones de pobreza y abandono, con frecuencia fuerzan a los y las adolescentes a adoptar precozmente roles adultos debido a la ausencia de padres y la necesidad de trabajar para subsistir (FLASOG, 2011).

En la región, la población infantil y adolescente representa el 34,5% de la población total de América Latina y el Caribe, de acuerdo a datos de la CEPAL.

Gráfico 1: Pefil Regional Socio-Demográfico



Fuente: CEPAL/CEPALSTAT /Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas [en línea]. *América Latina y el Caribe: Perfil Regional Socio-Demográfico.* Disponible en: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/Perfil_Regional_Social.html?idioma=spanish

La incidencia de la población compuesta por niñas y adolescentes en el total de mujeres en la región llega a 35%, mientras que entre los niños y adolescentes varones, se eleva al 36% del total regional de hombres, lo que es consecuente con el mayor número de niños y adolescentes varones respecto de las niñas y las adolescentes en la región. Así, el índice de feminidad entre los 0 y 19 años se estimaba para 2015 en 94 niñas y adolescentes mujeres por cada 100 niños y adolescentes varones (Céspedes y Robles, 2016). Casi la mitad de los 309 millones de mujeres fértiles en la región son adolescentes y gente joven (Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, 2014).

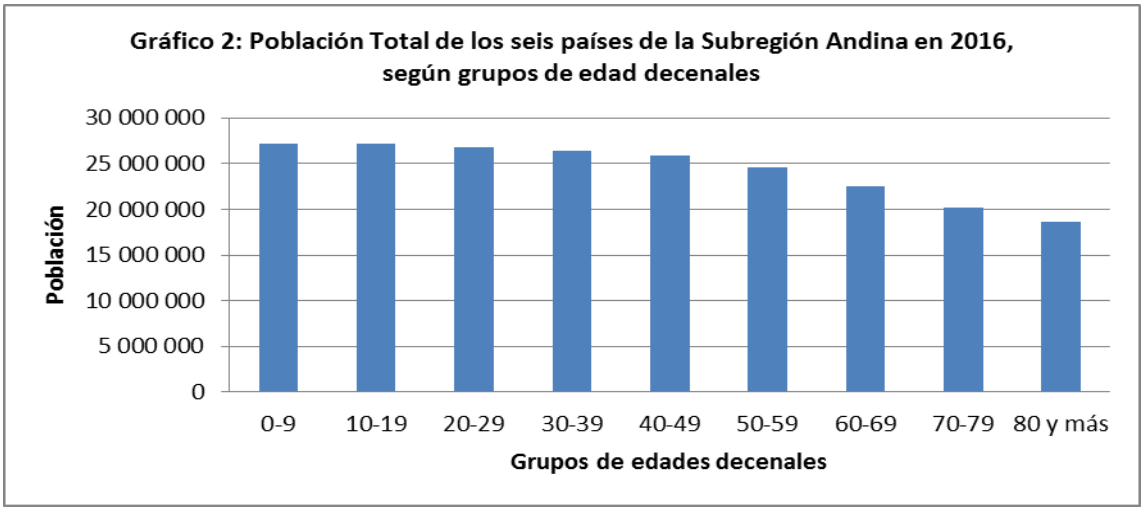
A nivel de países la situación es heterogénea con respecto al peso relativo que tienen las niñas y las adolescentes en el total de mujeres de los países, lo que a su vez da cuenta del momento de la transición demográfica en el que se encuentran estos países. Las niñas y las adolescentes pueden llegar a representar sobre el 40% del total de mujeres en Guatemala, Haití, el Estado Plurinacional de Bolivia, Honduras y el Paraguay; en el otro extremo, esta población es inferior al 30% en los casos del Uruguay, Chile y Cuba (Céspedes y Robles, 2016).

Por otro lado, el Brasil concentra la mayor población de niñas y adolescentes, seguido por México y Colombia. Los tres países acumulan el 60% de niñas y adolescentes con aproximadamente 62 millones. En el caso del Caribe, según las estimaciones de población para el año 2015, Jamaica concentra la mayoría de la población de niñas y adolescentes, cercana a 456 mil mujeres entre 0 y 19 años. En los países observados del Caribe, y al igual que en América Latina, el índice de feminidad en este tramo es menor a 100, es decir, hay más hombres que mujeres en este grupo de edad. Aruba registra el índice de feminidad entre las edad de 0 a 19 años más bajo de los países de América Latina y el Caribe, llegando a 92,7 (Céspedes y Robles, 2016).

La información actualizada por CELADE para la Subregión Andina (Rodríguez, 2016a; Binstock, 2016b), se enfoca en Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, evidencia las características de una "sociedad juvenil", con una población adolescente que alcanza en la actualidad a 27,2 millones, de los cuales 13,3 son mujeres (49%) y 13,9 son varones (51%). Los subgrupos entre 10 y 14 años y 15 a 19 años representan cada uno la mitad de la población adolescente de la región (Binstock, 2016b).

El gráfico 2 ilustra la distribución de la población según la edad y muestra una participación bastante similar de cada grupo etario hasta la franja entre 50 y 59 años, edad a partir de la cual comienza a descender levemente. La población adolescente representa el 12%, proporción significativamente menor a lo que representaba en el año 2008, cuando alcanzaba el 20% (*Ibíd)*, año en el que la población adolescente en la Subregión ascendía a aproximadamente 29 millones (UNFPA/LACRO, 2014). En conjunto, la población ha experimentado un proceso de envejecimiento importante, ya que en el año 2008 el grupo de 70 o más años representaba el 3.6%, mientras en la actualidad alcanza el 17,7% (*Ibíd*). Así, mientras que la proporción de la población adolescente ha descendido en un 8%, la población de 70 años y más ha crecido en un 14,1%. Como enfatiza Binstock (2016b), esto no sólo es resultado de la prolongación de la vida, sino también de los importantes descensos en la tasa global de fecundidad.

Gráfico 2: Población Total de los seis países de la Subregión Andina en 2016, según grupos de edad decenales



Fuente: CELADE - División de Población de la CEPAL. Revisión 2015, http://www.cepal.org/es/estimaciones-proyecciones-poblacion-largo-plazo-1950-2100

Aun con estos profundos cambios en la composición etaria de la población, si nos concentramos en el aporte relativo de población adolescente de cada país al total de la región (tabla 1), éste se ha modificado levemente (Binstock, 2016b).

Tabla 1: Población de 10 a 19 años en países (en millones) de la Subregión Andina según sexo y país de residencia, circa 2016

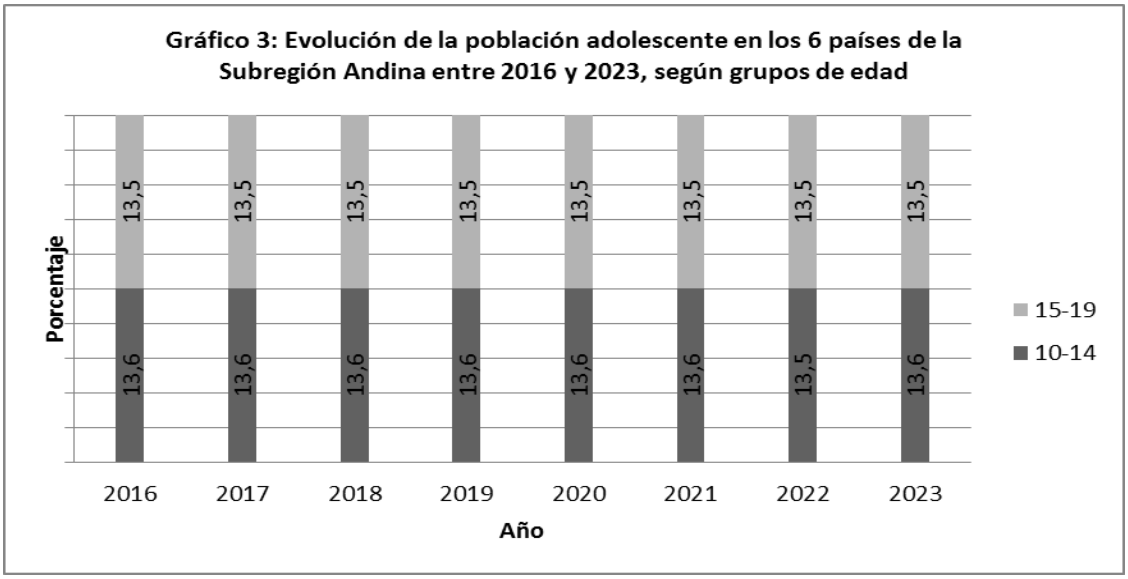
	Mujeres	Varones	Total	Participacion de cada país
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1,1	1,1	2,3	8,3
Colombia	3,9	4,0	7,9	29,1
Chile	1,2	1,3	2,5	9,3
Ecuador	1,5	1,6	3,1	11,4
Perú	2,8	2,9	5,8	21,2
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	2,8	2,9	5,7	20,8
Total subregión andina	13,3	13,9	27,2	100,0

Fuente: Elaboración de Jorge Rodríguez con datos de CELADE
Consultado en: http://www.cepal.org/es/estimaciones-proyecciones-poblacion-largo-plazo-1950-2100

Colombia, Perú y Venezuela concentran la mayor población adolescente de la región (71%) mientras el 29% restante se divide entre Ecuador, Chile y Bolivia. En valores absolutos la población adolescente en la Subregión se redujo de 28,8 millones en 2008 a 27,2 millones en el año 2016, lo que equivale a una disminución del 5.6%. Este descenso global se debe principalmente a los cambios observados en Colombia que, durante dicho período pasó de 9,3 a 7,9 millones de adolescentes entre 10 y 19 años. En el resto de los países se observan modesto aumentos o disminuciones de la población adolescente (Binstock, 2016b).

El informe del *Panorama Social de América Latina 2015* de la CEPAL reporta que en 2023 la región pasaría de ser una "sociedad juvenil" a una "sociedad adulta joven"; en 2045 se daría inicio a la "sociedad adulta" y en 2052 se estaría frente a una "sociedad envejecida", con importantes diferencias entre países (CEPAL, 2015).

Así, en las proyecciones para los países de la Subregión Andina, no se observa variación alguna al 2023 en los porcentajes de población adolescente, diferenciando dos grupos de edad: 10 a 14 años, y 15 a 19. El porcentaje se mantiene en un 13,6% para el primero y 13,5% para el segundo (gráfico 3).



Fuente: CELADE - División de Población de la CEPAL. Revisión 2015, http://www.cepal.org/es/estimaciones-proyecciones-poblacion-largo-plazo-1950-2100

De acuerdo a las estimaciones, en la mayoría de los países de América Latina el llamado bono

demográfico (período en que la población en edad de trabajar crece más rápido que la población dependiente) seguirá vigente durante los próximos 15 años, lo cual abre oportunidades de inversión en áreas como educación y salud. No obstante, la magnitud de este bono proyectado hacia 2030 es inferior a la observada en los últimos 15 años, y varios países están cerca de terminar la etapa positiva de la transición demográfica, para iniciar una fase de incremento de costos producto del envejecimiento de la población (CEPAL, 2015). Entre los países de la Subregión, los datos actualizados muestran que al 2030 sólo Colombia y Chile tendrán un descenso en el porcentaje de población de 10 a 19 años.

Estas tendencias revelan la magnitud de las inversiones requeridas en los distintos países para garantizar el ejercicio de derechos en la infancia. En países con una estructura poblacional más joven, que atraviesan por etapas de transición demográfica incipiente, es decir, con alta natalidad y mortalidad moderada, la proporción de niñas y adolescentes como porcentaje del total de mujeres es mayor. Si bien esto implicará efectuar una mayor inversión de recursos para cubrir a una población proporcionalmente más numerosa, también genera una oportunidad clara, al considerar que se trata de países que no han agotado aún su bono demográfico (CEPAL, cita en Céspedes y Robles, 2016). En América Latina y el Caribe, se estima que solamente en Barbados, las Bahamas, Chile, Costa Rica, Cuba y el Brasil la sociedad juvenil ha concluido para 2015 (*Ibíd*).

Como muestra la información presentada, los países de América Latina y el Caribe exhiben tendencias heterogéneas en su estructura poblacional, las cuales generan contextos diversos para las niñas y las adolescentes en la región y para las políticas que buscan atenderlas. Por una parte, se han identificado polaridades etarias, con países con una estructura muy joven y otros con una población envejecida, similar a la de los países desarrollados. Este contexto demográfico es compartido por niñas, niños y adolescentes en la región y expone los diversos desafíos, así como oportunidades, que los países tienen con respecto de la población por atender (Céspedes y Robles, 2016).

b. DESIGUALDADES Y VULNERACIÓN DE DERECHOS DE LAS Y LOS ADOLESCENTES

América Latina y el Caribe (ALC) es la región con mayores desigualdades en el mundo. En ella la pobreza afecta a adolescentes y jóvenes de una manera desproporcionada: En 2008, se estimaba que 35 millones de adolescentes de la región, de edades comprendidas entre los 13 y los 19 años, vivían por debajo del umbral de la pobreza. Casi 15 millones de adolescentes, de entre 10 y 18 años, vivían con menos de 1USD al día (UNICEF LACRO, 2008).

En términos de desigualdades estructurales, la pobreza en la población adolescentes se manifiesta, según una metodología desarrollada por CEPAL y UNICEF, en las privaciones de la infancia en cinco dimensiones de derechos consagradas en la Convención sobre los Derechos del Niño: educación, nutrición, vivienda, agua, saneamiento e información. Así, se identificó que, alrededor de 2011, 40,5% de los niños, las niñas y las y los adolescentes en América Latina experimentaban al menos una privación significativa en sus derechos, ya sea de manera moderada o extrema (CEPAL, 2013b, cita en Céspedes y Flores, 2016).

SITUACIÓN DE LAS Y LOS ADOLESCENTES EN LAC – CIRCA 2009-2010

Vivienda: Casi tres de cada cinco adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años residían en hogares con algún tipo de deficiencia en sus condiciones habitacionales, 86,3% en el área rural y 57,7% en el área urbana.

Protección: En 11 países, 13,7% de los y las adolescentes de entre 10 y 14 años y el 20% de aquellos entre los 15 y 17 años de edad, no residía en el hogar con ninguno de sus padres biológicos; 12% en áreas urbanas y 13,7% en rurales.

Educación:

⇒ El analfabetismo afectaba a casi uno de cada 50 jóvenes de 15 a 24 años (2,2%), aunque existen fuertes diferencias entre los países.

⇒ Uuno de cada seis adolescentes de 10 a 19 años que no había finalizado sus estudios de nivel medio no asistía a la escuela, mientras que una quinta parte atendía un año de estudios que resultaba dos o más años inferior a lo que les correspondería por su edad. El porcentaje de rezago ascendía a 29,4% para el grupo entre los 15 y 19 años de edad, y la brecha urbana-rural es de más de 11 puntos (16,8% versus 28%).

⇒ En el área rural un 41,3% de adolescentes en edad de asistir a nivel medio no asistía, versus un 21,4% en el ámbito urbano.

⇒ El 14,9% no estudiaba, ni trabajaba ni buscaba trabajo, con una fuerte brecha de género: 23,6% en el caso de las mujeres y 6,2% en el de los hombres.

Trabajo:

⇒ Algo más de la mitad de los y las jóvenes de 15 a 24 años (53,8%) eran económicamente activos.

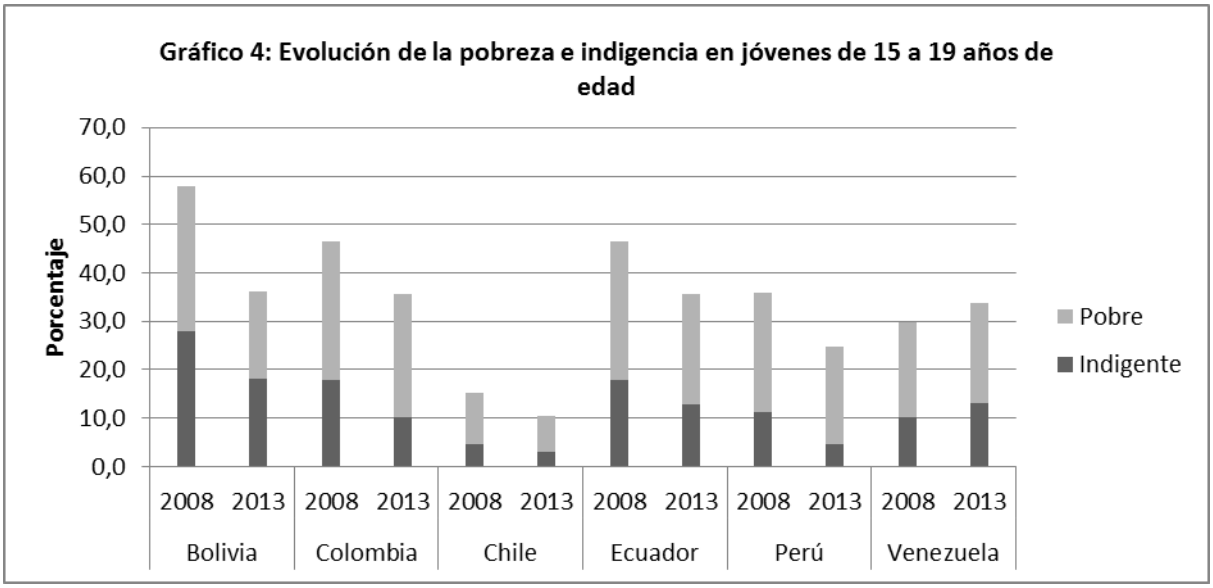
⇒ La desocupación entre jóvenes casi triplicaba a la de los adultos (14,9% frente a 5,2%), y entre los que estaban ocupados la informalidad era significativamente mayor (61,3% frente a 44,2%).

(UNICEF LACRO, 2015)

En cuanto a la Subregión Andina, como demuestra el CELADE, uno de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años en la Subregión Andina son pobres o indigentes. Chile constituye la única excepción ya que la proporción de adolescentes pobres o indigentes es del 10 por ciento (Binstock, 2016b).

Si bien los niveles de pobreza e indigencia son extremadamente altos, han disminuido en el último quinquenio, salvo en el caso de Venezuela que ha tenido un aumento del 30 al 34%. Como muestra el gráfico siguiente, Bolivia es el país donde la pobreza se redujo más ya que en el año 2008 alcanzaba casi al 60 por ciento, con casi 30 por ciento de adolescentes en situación de pobreza y un 30 por ciento adicional en situación de indigencia. En el resto de los países el descenso de la pobreza fue algo menor (entre un 20 y un 30 por ciento) (*Ibíd).*

Gráfico 4: Evolución de la pobreza e indigencia en jóvenes de 15 a 19 años de edad



Fuente: CELADE.

En ese contexto, y como enfatizan Céspedes y Robles (2016), las niñas y las adolescentes en América Latina y el Caribe nacen, viven y se desarrollan en circunstancias particulares por el entrecruzamiento de dos factores que se potencian: el ser mujeres y menores de edad. A estos factores se suman otros que profundizan su vivencia de la desigualdad desde los primeros años, tales como su pertenencia étnica o su área de residencia. La experiencia de ser niña o adolescente se encuentra entonces condicionada por sistemas de discriminación y exclusión vigentes en nuestras sociedades, que deben ser develados de modo de adoptar políticas públicas pertinentes y efectivas, que conduzcan a asegurarles sus derechos de infancia y a vivir en condiciones de igualdad con los hombres de su mismo grupo etario, para poder transitar hacia la adultez de manera integral, creativa y participativa, tal como lo proponen la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y la Plataforma de Acción de Beijing (1995).

Las identidades y vivencias de las niñas y las adolescentes en la región no son, por ende, homogéneas y difieren significativamente según las barreras específicas que deban enfrentar por factores como el área donde residen y la pertenencia a pueblos indígenas y afrodescendientes. De acuerdo a los datos disponibles, alrededor de 2010, la proporción de niñas y adolescentes mujeres que pertenecían a pueblos indígenas como porcentaje del total de niñas y adolescentes oscilaba entre cerca del 1% en Brasil y 37% en el Estado Plurinacional de Bolivia, quienes habitaban mayoritariamente en áreas rurales, a diferencia de la tendencia global de la población adolescente en la región (Céspedes y Robles, 2016). Incluso en Bolivia se calculaba que 68,3% de las adolescentes y 66,5% de los adolescentes vivía en áreas urbanas, lo que plantea además como tema pendiente la necesidad visibilizar y abordar el tema de las y los adolescentes indígenas urbanos. En el caso de Colombia, el porcentaje de adolescentes en áreas urbanas se incrementa a un 73,7% para las mujeres y 72,5% para los hombres, mientras que los datos para Perú son de 77,1% y 75,8% correspondientemente (WHO -HRP, 2016). En el caso de Ecuador, del total aproximado de 6 millones de niños, niñas y adolescentes para el 2015, seis de cada diez viven en ciudades y cuatro de cada diez en el campo. Los datos del Censo de 2010 mostraron, por otro lado, que el 8,3% de la niñez y adolescencia ecuatoriana era indígena, el 7,5% afroecuatoriana, el 6,7% montubia, 71% es mestiza y el 5,8 blanca[5]. En el caso de Chile, solo un 7% de la población joven pertenece a un pueblo indígena, identificándose en su mayoría con el pueblo Mapuche (81,4%), quienes al igual que en el resto de los países se concentran en niveles socioeconómicos más bajos, lo que indica una mayor vulnerabilidad social (Dides y Fernández, 2016).

En América Latina, las niñas y las adolescentes están presentes en 55% de los hogares, lo cual indica que la atención a sus problemáticas es un asunto que afecta a la mayoría de la población. Sin embargo, más de un tercio de los hogares donde viven niñas y adolescentes mujeres se encuentran en situación de pobreza, incidencia que se eleva considerablemente en zonas rurales (Céspedes y Robles, 2016), así como en población indígena, y en unas regiones más que en otras. Esta situación amerita la activación de medidas prioritarias para abordar el vínculo entre pobreza, vulneración de derechos y embarazo adolescente, que profundiza la reproducción intergeneracional de la pobreza y la desigualdad, incluida la desigualdad de género (Céspedes y Robles, 2016).

La situación de las niñas y las adolescentes con respecto a su acceso a la educación no muestra, en los promedios, diferencias sustantivas con respecto a sus pares varones. En el caso de la educación secundaria, las adolescentes alcanzan una tasa de matrícula neta cinco puntos porcentuales mayor a la de los adolescentes. Sin embargo esta mayor cobertura relativa se desequilibra al considerar otras variables de exclusión: la situación de pobreza de los hogares, la residencia en áreas rurales y

[5] https://www.unicef.org/ecuador/children_28772.htm

marginales urbanas y la pertenencia a pueblos indígenas. En América Latina, una de cada cuatro adolescentes mujeres que viven en áreas rurales y en situación de pobreza no asiste a la escuela y en promedio, asisten menos que los adolescentes en la misma situación. Las diferencias en la asistencia escolar entre niñas y adolescentes mujeres que pertenecen a pueblos indígenas y no lo hacen son considerables. Asimismo, se observa una alta heterogeneidad en la posibilidad que tienen niñas y adolescentes de ejercer plenamente su derecho a la educación en distintos países. A ello se suma la desigualdad que se aprecia en los resultados educativos en las distintas asignaturas que muestran mujeres y varones iniciando un circuito de estratificación en las áreas del conocimiento que posteriormente se replica en el ámbito laboral. Finalmente, en el abandono de los estudios inciden una serie de factores que afectan, en mayor grado, a las niñas y a las adolescentes en mayor situación de vulnerabilidad, quienes viven en situación de pobreza o han sido madre a temprana edad (*Ibíd)*.

La importancia de la permanencia en el sistema educativo y del rol que juega en las oportunidades laborales se evidencia en el tipo de inserción laboral que tienen los jóvenes. Por un lado, los jóvenes como grupo suelen tener mayores dificultades para la inserción laboral, que se refleja en sus mayores tasas de desocupación, y de inserciones laborales precarias. Así, en cada uno de los países de la Subregión Andina se observan dos patrones: las tasas de desempleo de los jóvenes entre 14 y 24 años al menos triplica a la de la población adulta mayor de 25 años. Asimismo, las mujeres, particularmente las jóvenes, tienen tasas de desempleo significativamente mayores a la de sus pares varones. Esto refuerza la idea de la vulnerabilidad en la que se encuentran los jóvenes en materia laboral, y dicha vulnerabilidad se magnifica aún más entre la población femenina (Binstock, 2016b).

Más allá de estas regularidades que se advierten entre los países examinados, existen importantes diferencias en torno a la magnitud de la desocupación. De acuerdo a los datos de OIT, la tasa de desocupación de los jóvenes entre 15 y 24 años fluctúa entre un mínimo del 6 por ciento en Bolivia a un máximo de 22 por ciento en Colombia (*Ibíd*).[6]

La tabla 9 muestra para los jóvenes entre 20 y 29 años, quienes en su mayoría han terminado o están terminando su educación (principalmente aquellos que han accedido a estudios terciarios o universitarios) el porcentaje que está inserto en sectores de baja productividad. Los resultados muestran una clara asociación en cada uno de los países andinos entre el nivel de instrucción y la probabilidad de estar inserto laboralmente en un sector de baja productividad. La magnitud de las diferencias es muy importante y evidencia que es principalmente el acceso a la educación terciaria y superior lo que facilita el acceso a determinados sectores productivos de la economía (*Ibíd*).

Otro dato que es llamativo es que, con excepción de Chile, la mayoría de las y los jóvenes con educación primaria o secundaria lo hace en sectores de baja productividad. Este es particularmente el caso de Perú donde es prácticamente la totalidad de los jóvenes mientras que en el resto de los países entre la mitad y dos de cada tres jóvenes se encuentra en una situación comparable (*Ibíd*).

[6] En Perú es del 10%, en Ecuador 11%, en Chile y Venezuela 18%. Fuente: OIT en base a encuestas de hogares de los respectivos países (consultado en cepalstat el 29 de diciembre de 2016).

Tabla 5: Porcentaje de jóvenes que trabaja en sector de baja productividad según nivel educativo. Países Subregión Andina, circa 2013

Países	20 a 24 años			25 a 29 años		
	Primaria	Secundaria	Terciaria	Primaria	Secundaria	Terciaria
Bolivia (Est. Plur. Nac. de)	66.0	53.2	34.1	70.0	51.5	21.0
Chile	26.1	17.0	9.4	28.1	20.2	7.6
Colombia	81.9	62.7	33.3	79.6	58.3	23.5
Ecuador	86.4	73.0	41.1	84.5	67.4	31.3
Perú	97.7	90.3	64.7	98.5	91.3	44.5
Venezuela (Rep. Bol. de)	69.1	49.8	33.2	68.2	49.7	24.6

Fuente: CEPAL, Sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. Información extraída de cepalstat (consultada 28 de diciembre 2016).

Uno de los obstáculos a los que particularmente las mujeres jóvenes suelen estar expuestas, es a la discriminación laboral. En muchos casos los empleadores no quieren incorporar a mujeres jóvenes por aprensión a que formen una familia y tengan hijos, dado que prima una cultura que asigna a las mujeres la mayor responsabilidad de las tareas domésticas y de cuidado familiar. Consecuentemente, las mujeres enfrentan mayores restricciones en sus oportunidades laborales por la mera presunción por parte de los empleadores que son ellas quienes, ante cualquier problema familiar o eventualidad son las principales responsables de atenderlo, lo que puede traducirse en mayores ausencias o menor compromiso con el trabajo (Binstock, 2016b). La última onda de la encuesta de demografía y salud realizada en Colombia en 2105, indagó sobre este aspecto, particularmente sobre la exigencia de certificaciones arbitrarias (tales como una prueba de embarazo), y sobre si la mujer fue despedida durante el embarazo. Los resultados preliminares basados en el informe ejecutivo indican que 27.5 por ciento de las mujeres entre 20 y 24 años y 37.3 por ciento de las mujeres entre 25 y 29 años indicaron que se les solicitó un test de embarazo. Asimismo, el estudio indica que a medida que aumenta el nivel educativo de las mujeres, se incrementa la frecuencia con que les piden prueba de embarazo, alcanzando a casi la mitad de las mujeres con alta educación (ENDS, 2015, citado en Binstock, 2016b).

Por otro lado, las niñas y las adolescentes enfrentan diversos factores de riesgo para su salud. Una de cada cinco mujeres adolescentes en países de América Latina y el Caribe está con sobrepeso y una de cada tres consume alcohol, ambos factores vinculados al padecimiento de enfermedades crónicas y no transmisibles en etapas posteriores de su ciclo de vida y que pueden conllevar obstáculos para su pleno desarrollo y calidad de vida. Con

En Colombia es fundamental tomar en cuenta el contexto político y social que afecta la vida de los /as adolescentes y jóvenes. Colombia tiene uno de los conflictos armados más antiguos en el mundo, fruto de las desigualdades y la pobreza, entre otras causas. Esta situación, aunada a la cultura del narcotráfico, ha generado que históricamente en la construcción de las relaciones sociales se naturalice la violencia y la indiferencia como mecanismo para afrontar los conflictos de la vida diaria.

En este contexto de conflicto armado, niñas y niños sufren múltiples hechos victimizantes: desplazamiento, reclutamiento, violencia y explotación sexual, incorporación a los comercios ilícitos, entre otros, que ponen en riesgo su vida e interrumpen sus procesos de educación y desarrollo. Por estos hechos tienen afectaciones psicosociales, sufren hambre y desprotección, y no cuentan con opciones de recreación ni participación, a lo cual se suman situaciones que afectan a sus familias: desintegración, debilitamiento de los lazos afectivos, deterioro de sus capacidades de cuidado, protección y provisión (Fundación Plan, 2015).

respecto a su salud mental, alerta el considerar que aproximadamente una de cada cuatro adolescentes entre 13 y 15 años ha considerado seriamente la posibilidad de cometer suicidio en países de la región (Binstock, 2016)

En el tema de salud, el VIH/Sida suele ser un problema de morbilidad adolescente y suele estar relacionado con algunos comportamientos de riesgo como el consumo de sustancias y compartir jeringas, así como falta de cuidado durante las relaciones sexuales para la prevención de infecciones de transmisión sexual. De acuerdo a los datos de Naciones Unidas disponibles en la web, la prevalencia del VIH/Sida en América Latina entre los jóvenes de 15 a 24 años es del 0,2 por cada 100000 (o 2 por cada 10000) con niveles similares entre mujeres y varones, y también estables durante los últimos años. Comparada con la situación mundial se encuentra por debajo del promedio entre quienes las mujeres duplican la prevalencia (0,4) y entre los varones alcanza al 0,3 (por cada 100000 jóvenes) (Binstock, 2016b)

Cuando se focaliza en los países de la Subregión Andina, se observa un descenso principalmente en el caso de las mujeres. En efecto, en el caso de las jóvenes en todos los países ha disminuido mientras que en los varones el descenso sólo se registra en Ecuador, Perú y Venezuela (*Ibíd*).

Tabla 6: Prevalencia del VIH/SIDA entre jóvenes de 15 a 24 años (tasa por cada 100000 jóvenes) según sexo, 2008 y 2015.

Países Subregión Andina	Mujeres		Varones	
	2008	2015	2008	2015
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,2	0,1	0,2	0,2
Colombia	0,2	< 0,1	0,2	0,2
Chile	0,3	0,2	0,3	0,3
Ecuador	0,2	< 0,1	0,2	0,1
Perú	0,2	< 0,1	0,2	0,1
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	0,3	0,2	0,3	0,2
América Latina y el Caribe	0,2	0,2	0,2	0,2
Mundo	0,4	0,4	0,3	0,3

Fuente: Elaboración de Jorge Rodríguez en base a los datos obtenidos en Naciones Unidas, AIDS Info en: http://aidsinfo.unaids.org/

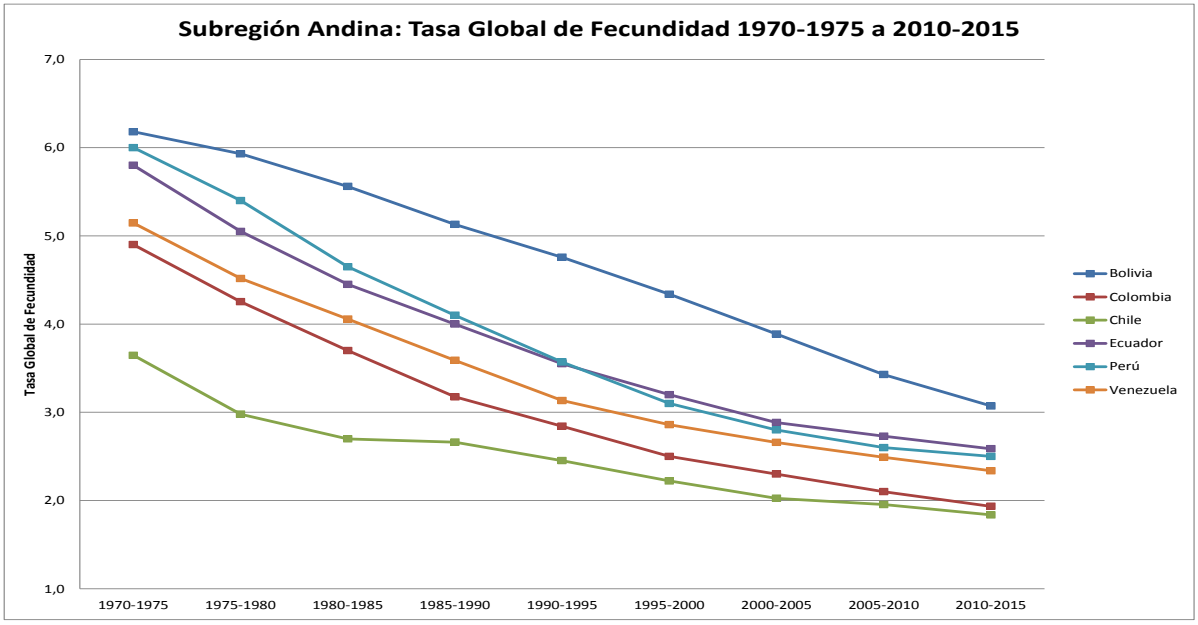
Con relación a la transmisión vertical, es importante también señalar que, según UNICEF LACRO 2015, en 13 países de la región (sólo uno de la Subregión: Colombia), una de cada cinco mujeres jóvenes que fueron madres recientemente no se había realizado la prueba del VIH durante el embarazo o el parto, o se la había realizado pero no había conocido los resultados de la misma (22,9%). Colombia resultó con 17,7% mejor que el promedio de los 13 países.

IV. SITUACIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

a. FECUNDIDAD ADOLESCENTE

A partir de la década de 1970, cada país de la Subregión Andina fue descendiendo sostenidamente su fecundidad, pasando de una tasa entre 5 a 6 hijos por mujer, a una tasa entre 1,9 y 2,6 hijos por mujer, y a 3,1 en el caso de Bolivia. Así, prácticamente todos los países redujeron a la mitad su tasa global de fecundidad (TGF). Chile, a diferencia del resto de los países de integran la Subregión Andina, inició el descenso de su fecundidad con antelación, por lo que transita hacia un descenso a un ritmo menor. Actualmente las estimaciones de la CEPAL lo ubican como el país con fecundidad más baja, con niveles por debajo del nivel de reemplazo (TGF 1,85) (Binstock, 2016b).

Gráfico 5: Tasa Global de Fecundidad en la Subregión Andina, 1970-1975 a 2010-2015

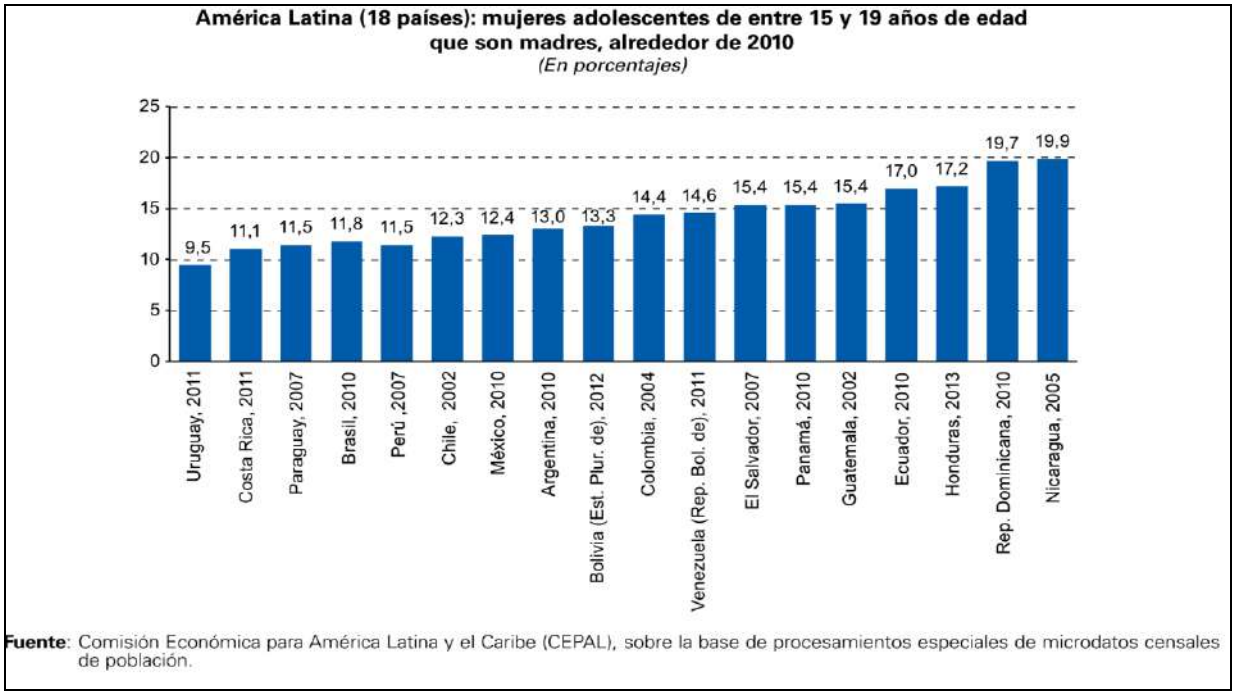


Fuente: Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100. Revisión 2015.
http://www.cepal.org/es/estimaciones-proyecciones-poblacion-largo-plazo-1950-2100

Si bien la tendencia descendente en la fecundidad global abarca también la región, América Latina sorprende a escala mundial por sus elevados índices de fecundidad adolescente, que sólo son más altos que en África. La situación de África evidencia una alta tasa global de fecundidad junto con una alta fecundidad adolescente, mientras en Europa occidental se observa la situación opuesta: una muy baja fecundidad global (por debajo de la línea de reemplazo) junto con una muy baja fecundidad a edades adolescentes. Como se anticipaba el caso de América Latina resulta paradójico en cuanto a una relativamente baja fecundidad global versus una fecundidad adolescente alta (Binstock, 2016b). Además, la tasa específica de fecundidad del grupo de 15 a 19 años de edad es mucho más alta que lo previsto a la luz de la fecundidad total y de lo que cabría esperar considerado de sus indicadores económicos y sociales (como el nivel de pobreza y el índice de desarrollo humano) y de cambios estructurales vinculados al descenso de la fecundidad global (es decir, el promedio de hijos por mujer) y adolescente, como la urbanización, la masificación de la escuela y la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo (Rodríguez, 2016b y 2014b; Rodríguez, Di Cesare y Paez, 2016; CEPAL, 2015a; cita en Rodríguez, 2016a).

En términos de los países, se observan también importantes diferencias entre unos y otros, con Uruguay como país con la menor tasa de embarazo adolescente (9,5) y, en la otra punta, Nicaragua con 19,9 como las más alta (CEPAL, 2016).

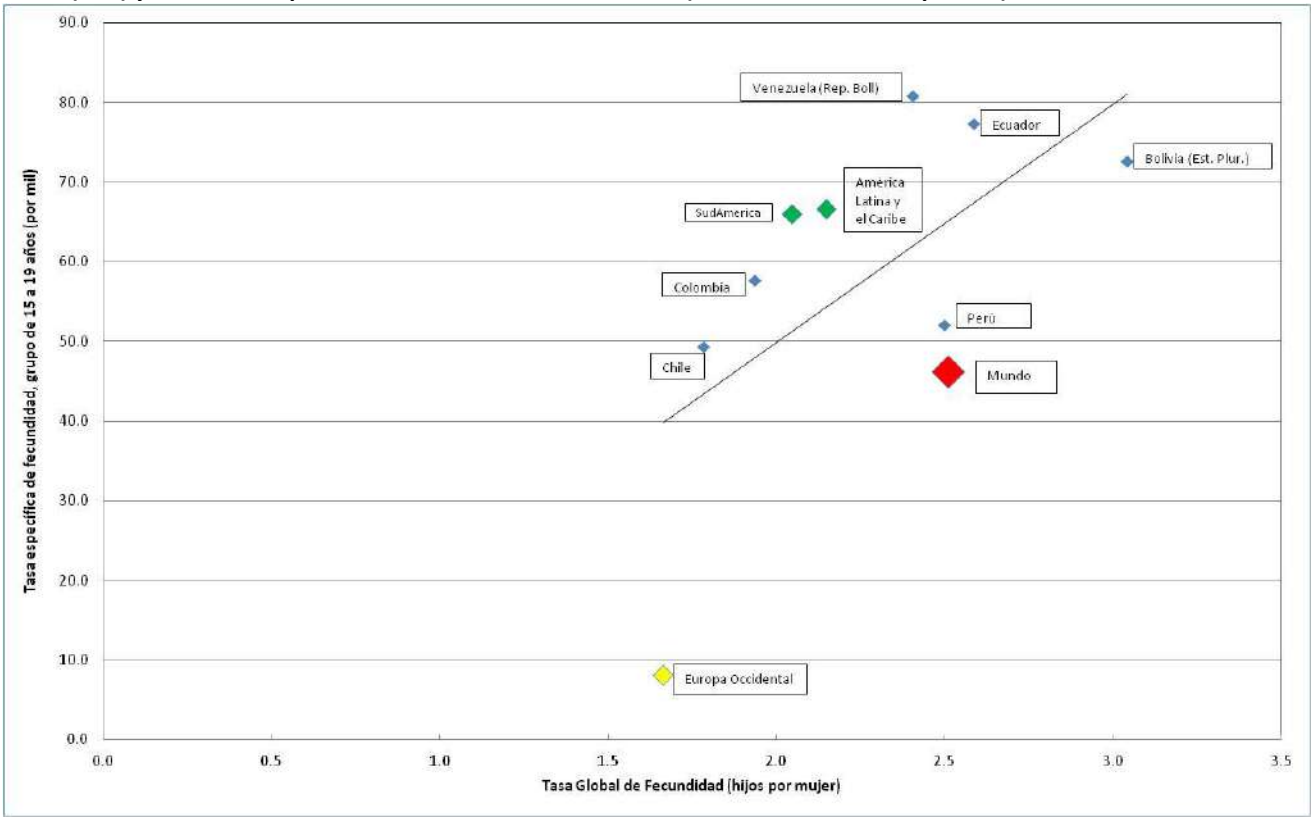
Gráfico 6: América Latina (18 países): mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años de edad que son madres, alrededor de 2010



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de microdatos censales de población.

La Subregión Andina no se aparta así de las características y tendencias regionales, aunque hay evidentes diferencias en su interior. No se distancia de las tendencias regionales porque, de acuerdo a las estimaciones oficiales de las Naciones Unidas, sus niveles de fecundidad adolescente superan, sin excepción y en la mayoría de los casos de forma significativa, los niveles mundiales (siguiente gráfico). Solo Chile y Perú, con tasas del orden de 50 por mil, se acercan al promedio mundial del orden de 46 por mil, pero ambos países tienen, en particular Chile, una fecundidad total inferior al promedio mundial, que es de 2,5 hijos por mujer. Colombia, por su parte, presenta una fecundidad total de 1,9, bastante menor que la mundial y una fecundidad adolescente bastante superior a la mundial. Venezuela y Ecuador, por su parte, registran una fecundidad total similar a la mundial, pero una fecundidad adolescente muy superior a la mundial y también al promedio de la región y de Sudamérica. Finalmente, Bolivia aún tiene una fecundidad total por sobre la media mundial, junto a una fecundidad adolescente por encima del promedio mundial y también sobre el promedio de la región y de Sudamérica. El gráfico 7 aporta un antecedente más, referido a Europa Occidental, donde coexisten y se refuerzan bajísimos niveles de fecundidad total y adolescente (Rodríguez, 2016a).

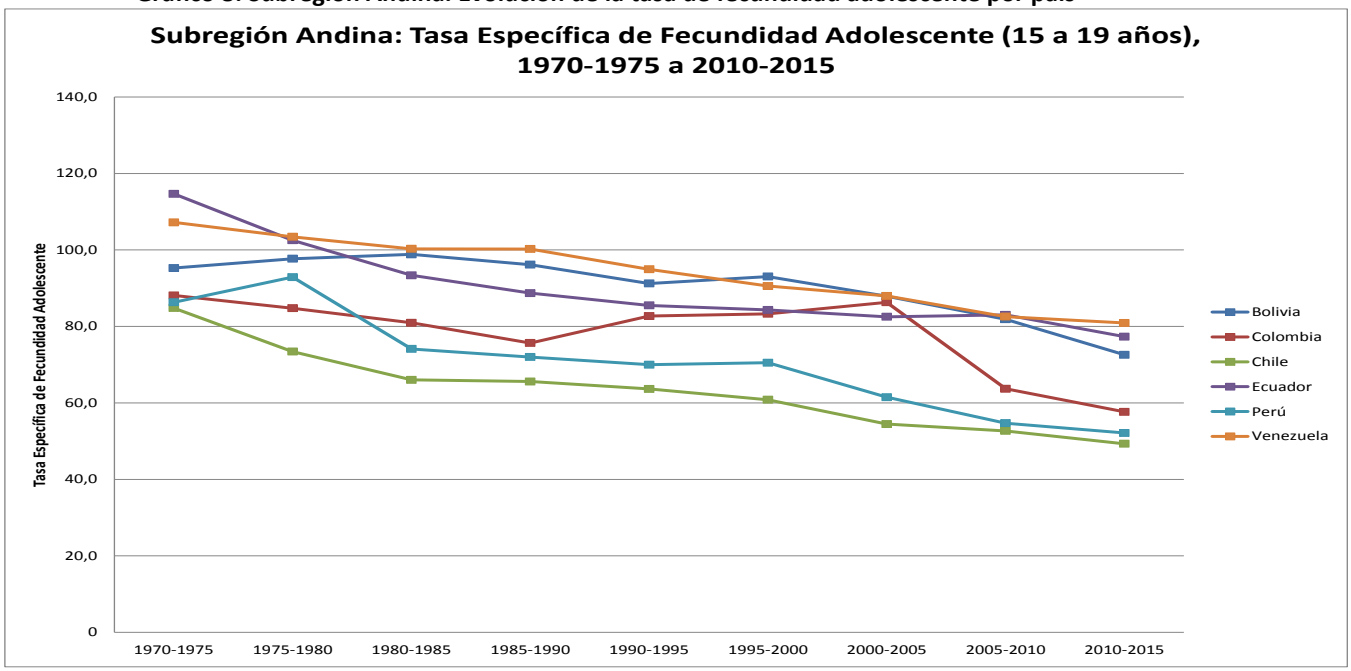
Gráfico 7: Países del Área Andina, Mundo y Europa Occidental: estimaciones de la tasa global de fecundidad (TGF) y de la tasa específica de fecundidad adolescente (15-19 años de edad, por mil), 2010-2015



Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision, custom data acquired via website.

Por su parte, las tendencias de la fecundidad adolescente, específicamente entre los 15 y 19 años, muestran también un descenso durante el período pero, mucho más gradual y con algunos matices entre países, como evidencia el gráfico 8.

Gráfico 8: Subregión Andina. Evolución de la tasa de fecundidad adolescente por país



Los datos últimos observados para los países de la Subregión Andina (ver tabla 2) muestran a Venezuela con la mayor tasa específica de fecundidad adolescente (94,5), seguida por Colombia con 84 y luego Ecuador con 72,4. En cuarto lugar se ubica Perú con 68, luego Bolivia con 66 y, finalmente, Chile con 46, lo que significa que Venezuela casi duplica la tasa de Chile. Esto evidencia las fuertes disparidades entre los países de la Subregión, aunque queda el reto de abordar las disparidades existentes al interior de cada uno de los países, que pueden ser tan o más significativas incluso. De manera general, las estimaciones sobre la situación en la Subregión distinguen dos escenarios: Chile, Colombia y Perú con tasas que rondan entre el 50 y 60 por mil, y el caso Bolivia, Ecuador, y Venezuela con tasas entre el 70 y 80 por mil (Binstock, 2016b).

Tabla 2: Subregión Andina: Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (15 a 19 años), 1970-1975 a 2010-2015

	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015	Último dato observado	Variación 1970-75/2010-15 (%)	Variación 1990-95/2010-15 (%)
Bolivia	95,3	97,7	98,8	96,1	91,2	93,0	87,9	81,9	72,6	66 (2012)	-23,8	-20,5
Colombia	88,1	84,8	80,9	75,7	82,7	83,3	86,3	83,7	57,7	84 (2010)	-34,6	-30,3
Chile	84,8	73,4	66,0	65,6	63,6	60,8	54,5	52,7	49,3	46 (2014)	-41,8	-22,5
Ecuador	114,7	102,5	93,4	88,7	85,5	84,3	82,5	83,0	77,3	72,4 (2010	-32,6	-9,6
Perú	86,3	92,9	74,1	72,0	70,0	70,5	61,5	54,7	52,1	68 (2014)	-39,6	-25,5
Venezuela	107,2	103,4	100,3	100,2	94,9	90,6	88,0	82,6	80,9	94,5 (2012	-24,5	-14,8

Fuente: CELADE - División de Población de la CEPAL. Revisión 2015, http://www.cepal.org/es/estimaciones-proyecciones-poblacion-largo-plazo-1950-2100

El ritmo de descenso entre la TGF y la tasa de fecundidad adolescente, resulta que el descenso de la tasa global de fecundidad en el período entre 1970-75 y 2010-15 es entre 1,4 veces y 2,2 veces el descenso de la tasa de fecundidad adolescente. Las diferencias más grandes se observan en Bolivia y Venezuela, mientras que en Chile el descenso entre ambas fue más equilibrado (*Ibíd*). La situación de Chile condice con el mayor acceso a los métodos anticonceptivos, y un aumento en el uso de la Anticoncepción de Emergencia entre jóvenes y adolescentes (Dides y Fernández, 2016).

Una de las razones de esta diferencia en los ritmos de descenso de la fecundidad global y adolescente radica en que el descenso de la fecundidad fue principalmente resultado de cambios en

las pautas reproductivas a partir de la tenencia del primer hijo, y no de una postergación significativa en la edad de transición a la maternidad (*Ibíd*).

Así, en, todos los países, salvo Chile, el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes respecto del total de nacimientos, se ha incrementado desde 1970:

Tabla 3: Subregión Andina: Porcentaje de nacimientos de madres adolescentes respecto del total de nacimientos, 1970,

	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015	Variación 1970-75/2010-15 (%)
Bolivia	12,1	12,4	13,1	13,6	14,0	15,4	15,6	15,5	14,9	22,6
Colombia	14,5	15,1	15,4	14,7	16,7	19,2	21,1	16,5	15,4	6,6
Chile	16,3	16,4	15,4	14,2	13,8	14,3	14,4	15,0	13,8	-14,8
Ecuador	15,4	15,2	15,0	15,2	15,5	16,2	17,3	18,0	17,0	10,4
Perú	11,1	13,1	11,9	12,3	13,0	14,4	13,5	12,5	11,6	3,9
Venezuela	16,2	17,6	18,0	17,2	17,3	18,3	19,2	18,7	18,4	13,3

Fuente utilizada: World Population Prospects, Revision 2015. https://esa.un.org/unpd/wpp/

En el caso de Bolivia la variación es alarmante con un 22, 6%, la mayor de todos los países, seguida por Venezuela con un 13,3% y luego Ecuador con 10,4%. Colombia aunque presenta un incremento general de 0,7 a 1,8% (más del doble), evidencia un incremento menor, de un 6,6% en el caso de menores de 15 años. Esto señala que las tendencias pueden ser significativamente distintas si se consideran subgrupos etarios entre adolescentes, y alerta sobre la especificidad de mayores desagregaciones que evidencien las desigualdades encubiertas en datos que se construyen de manera general y como promedios.

De acuerdo a recientes reportes de la OMS, en el mundo hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo. El 10% de los partos acontece en adolescentes y la mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en aquellas de 20 a 29. CEPAL estima que la maternidad adolescente en América Latina y Caribe, está por encima del 20% y guarda estrecha relación con las condiciones económico-sociales de este grupo humano (FLASOG, 2011).

Repetición de la maternidad

Un segundo embarazo y nacimiento a edades tempranas no sólo supone intervalos intergenésicos cortos y no recomendables desde una aproximación de salud, sino que también evidencia las oportunidades perdidas de intervención exitosa durante la atención del primer embarazo, así como del nacimiento y cuidado de los hijos de madres adolescentes. En ese marco, un dato auspicioso, es la reducción de la repetición de la maternidad, lo cual ocurrió en todos los países. Alrededor del 20% de los nacimientos de las adolescentes corresponde a un segundo hijo, con excepción de Chile con un 14% (Binstock, 2016a), resultado de un sostenido descenso de las madres adolescentes con al menos dos hijos, que fue particularmente importante entre 2002 y 2009 (FLASOG, 2011).

Sin embargo cabe particularizar más el caso de Chile; otro informe menciona que una de las grandes problemáticas que trae consigo el embarazo adolescente en Chile, es el segundo hijo/a nacido vivo de madres adolescentes. En el año 2007, el INE registró 4.258 segundos hijos/as nacidos vivos, correspondientes al 11%, y un total de 15 tercer hijos/as nacidos vivos, equivalentes al 0,4%. Esta cifra aumenta considerablemente en el año 2009, cuando se registra un total de 5.880 segundo hijos/ as nacidos vivos, correspondientes al 14%, y un total de 611 al tercer hijos/as nacidos vivos (1,5%) (Dides y Fernández, 2016). Es decir, incluso en Chile, que comparativamente hoy presenta la

situación más positiva en cuento a repetición del embarazo en la Subregión, no ha logrado descender al 11% registrado el 2007.

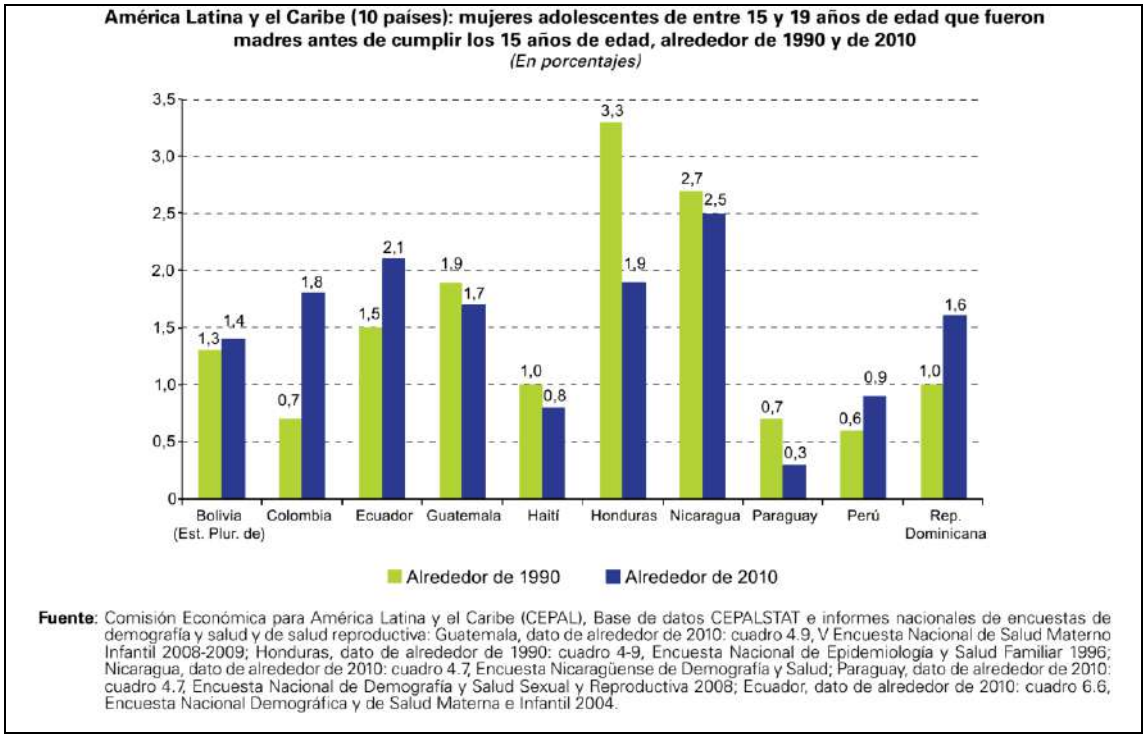
b. EMBARAZO EN MENORES DE 15 AÑOS

Una situación particularmente inquietante es la de las madres antes de los 15 años. Históricamente han sido invisibilizadas por estigma, ocultamiento y falta de datos. Sin embargo, en los últimos años han tenido mayor figuración, tanto mediática como estadística, y se han convertido en una preocupación social y de política. (Rodríguez, 2014a).

La maternidad infantil conlleva importantes consecuencias para la salud de las niñas (UNICEF, cita en Céspedes y Robles, 2016), su autonomía y, especialmente, el ejercicio de sus derechos y sus posibilidades a futuro. Se dispone de escasos datos comparados y recientes entre países para este indicador. De acuerdo a los datos disponibles, alrededor de 2010, 59,347 niñas entre 10 y 14 años habían sido madres en países de América Latina, equivalente al 0,34% de la población de esa edad. Estas cifras deben ser tratadas con cautela, pues pueden ocultar prácticas de sub-declaración por parte de las familias encuestadas durante los ejercicios censales. De esta forma, mayor investigación es necesaria en base a fuentes de información complementarias a los Censos de Población y Vivienda —por ejemplo, a través de registros administrativos— para visibilizar de manera exhaustiva esta problemática que constituye una severa violación de los derechos de las niñas. Asimismo, cabe resaltar que los datos revelan que una de cada dos niñas que fueron madres a los 14 años, estaba casada o en unión. Incluso entre quienes fueron madres a los 11 años, 42% estaban en esta situación, evidencia que nuevamente alerta sobre la magnitud del matrimonio precoz en la región (Céspedes y Robles, 2016*).*

El gráfico siguiente (CEPAL, 2016) muestra los porcentajes de adolescentes de entre 15 y 19 años que fueron madres antes de cumplir los 15 años, en diez países de la región, alrededor de 1990 y 2010. Actualmente Nicaragua presenta el porcentaje mayor con un 2,5%, y Paraguay el menor con 0,3%. Desde una mirada en el tiempo, se observa que en todos los otros países no pertenecientes a la Subregión Andina -salvo República Dominicana- se han producido descensos, y en algunos países muy significativos, como es el caso de Honduras que redujo de 3,3 a 1,9. Por el contrario, en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú se ha incrementado la maternidad antes de los 15 años, llegando incluso a duplicarse como es el caso de Colombia con un incremento de 0,7 a 1,8. Este panorama con una tendencia generalizada en la Subregión (excluyendo a Chile) es realmente preocupante.

Gráfico 9: América Latina y el Caribe (10 países): mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años de edad que fueron madres antes de cumplir los 15 años de edad, alrededor de 1990 y 2010



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Base de datos CEPALSTAT e informes nacionales de encuestas de demografía y salud y de salud reproductiva: Guatemala, dato de alrededor de 2010: cuadro 4.9, V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009; Honduras, dato de alrededor de 1990: cuadro 4-9, Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 1996; Nicaragua, dato de alrededor de 2010: cuadro 4.7, Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud; Paraguay, dato de alrededor de 2010: cuadro 4.7, Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008; Ecuador, dato de alrededor de 2010: cuadro 6.6, Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Materna e Infantil 2004.

Ahora, en términos cuantitativos, su frecuencia relativa es muy baja, como lo revela la tabla 4 con datos de tres países de la Subregión, ya que apenas supera el 1% en el caso de las adolescentes de 14 años (y desde luego es inferior en edades menores).

Tabla 4: Subregión Andina, 3 países, mujeres de 10 a 14 años: porcentaje de madres, según nivel de educación, circa 2010

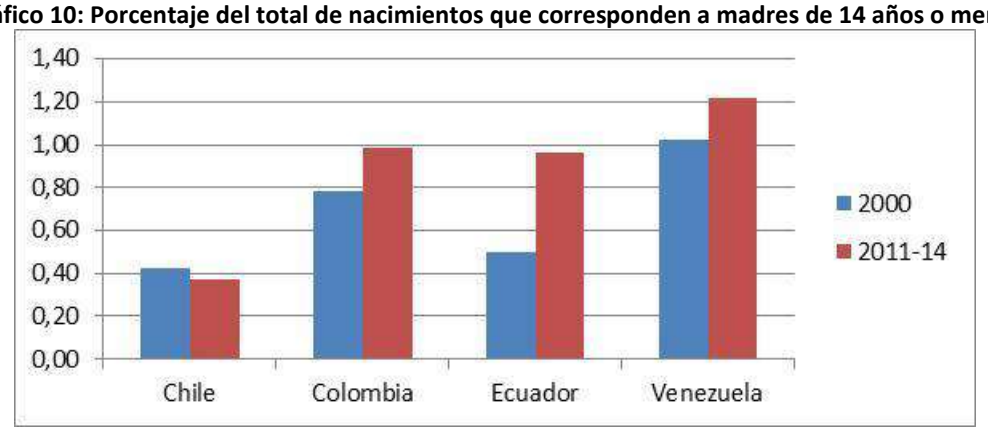
País	Años de estudio agrupados	Edad simple					Porcentajes
		10	11	12	13	14	Menos de 15
Ecuador, 2010	0 a 4			0.3	0.8	1.8	0.8
	5 a 8			0.2	0.3	1.3	0.5
	9 a 12					0.8	0.8
	13 y más						0.0
	Total			0.2	0.4	1.2	0.6
Perú 2007	0 a 4			0.4	0.7	1.9	0.8
	5 a 8			0.3	0.4	0.8	0.5
	9 a 12					0.6	0.6
	13 y más						
	Total			0.3	0.4	0.8	0.5
Venezuela (Rep. Bol.), 2011	0 a 4			0.6	1.9	2.9	1.5
	5 a 8			0.3	0.5	1.1	0.6
	9 a 12				1.7	0.6	0.7
	13 y más						
	Total			0.3	0.7	1.1	0.7

Fuente: Base de datos MATERNILAC http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e y procesamiento especial de microdatos censales en el caso de Venezuela (Rep. Bol. 2011).

Por otro lado, los nacimientos de madres de 14 años y menos representan actualmente el 0,4 por ciento del total de nacimientos en Chile y uno 1% del total de los nacimientos en Colombia

Si bien las proporciones son bajas, un dato poco alentador es que con excepción de Chile, la proporción de nacimientos de madres precoces han aumentado en la última década (Binstock, 2016b), como se evidencia a continuación (gráfico 10) para cuatro países de la Subregión.

Gráfico 10: Porcentaje del total de nacimientos que corresponden a madres de 14 años o menos



Para los cuatro países con que se cuenta información de nacimientos desagregados por edad, se trata de 911 nacimientos de madres menores de 15 años en Chile (en 2011), 6.593 nacimientos en Colombia (en 2014), 1.967 nacimientos en Ecuador (2013); y 7.542 nacimientos en Venezuela (2012)[7] (Binstock, 2016b).

Según FLASOG (2011), "eentre las condicionantes sociales del embarazo en menores de 15 años, cabe destacar el inicio temprano de las relaciones sexuales, la creciente 'erotización' y liberación sexual de los medios de comunicación y los entornos sociales, la insuficiente educación sexual, la falta de políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a este grupo de edad, que se traduce en deficiencias en la entrega de anticonceptivos; el abuso sexual y las agresiones sexuales".

Desde la perspectiva de salud, el embarazo infantil conlleva como patologías más frecuentes la anemia, la infección urinaria que contribuye al parto prematuro, la preeclampsia - eclampsia que condiciona el menor peso del recién nacido por efectos en la función placentaria y malnutrición fetal. Las causas más importantes de los egresos hospitalarios de estas niñas son: parto único espontáneo o por cesárea, hemorragias del posparto, infecciones y sepsis post parto y complicaciones del aborto (FLASOG, 2011).

Por otro lado, los niños nacidos de mujeres menores de 15 años tienen un 50 por ciento más de riesgo de muerte neonatal temprana, comparados con los niños nacidos de mujeres entre los 20 y 24 años de edad. Esto se explica fundamentalmente por las altas tasas de parto de pretérmino y el bajo peso al nacer (Conde-Agudelo et al., 2005, cita en UNFPA, 2014).

Cabe enfatizar nuevamente, que la preocupación por este fenómeno del embarazo (y maternidad) en menores de 15 años no deriva en esencia de las magnitudes, sino del hecho de que cada caso representa una condición de extrema vulnerabilidad, que se acentúa por el origen del embarazo, que suele ser el abuso y la violación, y por la pertenencia de las niñas a los grupos más desposeídos y excluidos de la sociedad, como los indígenas, y afrodescendientes. Por ende, "más allá de las magnitudes y tendencias expuestas, la prevención de este fenómeno, así como la protección de las afectadas, es prioritaria por el enorme riesgo y la evidente conculcación de derechos que esta situación entraña" (CEPAL, 2016).

[7] Información estimada a partir de las estadísticas vitales en cada uno de los cuatro países.

Pero mucho más importante que la frecuencia relativa es el hecho que cada uno de estos casos sugiere una condición de extrema vulnerabilidad, la que se acentúa por el origen de su embarazo, que suele ser el abuso y la violación, y por su pertenencia a los grupos más desposeídos y excluidos de la sociedad (cuadro sobre el porcentaje de madres entre 10 a 14 años, según nivel de educación). Por ende, más allá de las magnitudes y tendencias expuestas, la prevención de este fenómeno, así como la protección de las afectadas, es prioritaria por el enorme riesgo y la evidente conculcación de derechos que entraña (Rodríguez, 2016a).

> *Así, uno de los datos más críticos se presenta en Bolivia, donde la proporción de embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años es cercana al 21 por ciento; lo más alarmante es que hay un 9 por ciento de adolescentes menores de 13 años que han estado embarazadas o ya son madres* (UNFPA, 2014).

V. DETERMINANTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

a. VARIABLES INTERMEDIAS O DETERMINANTES PRÓXIMOS

La fecundidad tiene determinantes próximos o variables intermedias que la explican. Sin embargo, incluso el modelo actualizado por Bongaarts[8] en 2015, es insuficiente para ofrecer estimaciones satisfactorias del efecto de cada variable intermedia sobre la fecundidad, en particular porque los indicadores de anticoncepción estándares (sobre uso actual) resultan engañosos en el caso de las adolescentes, muchas de las cuales inician el uso de anticonceptivos luego de su primer hijo (Rodríguez, 2009, citado en Rodríguez, 2016a).

A pesar de estas limitaciones, el conocimiento de las variables intermedias es clave para la interpretación, y sobre todo para la acción preventiva, ya que a través de estas variables actúan todos los cambios sociales y todas las políticas públicas (Rodríguez, 2016a). En el caso de las adolescentes, las variables intermedias claves tienen que ver con la **iniciación y actividad sexual** durante la adolescencia, el **uso de anticonceptivos** y el **aborto.**

Como contrapartida, el uso de anticonceptivos entre las adolescentes también ha aumentado (Rodríguez 2014ª, citado en Rodríguez, 2016a) y ha evitado que este nuevo escenario de masificación de la actividad sexual en la adolescencia derive en un aumento explosivo del embarazo adolescente. Pero tal como lo planteaban Alí y Cleland en 2005, este aumento ha sido insuficiente para reducir de forma clara y sostenida la fecundidad y la maternidad adolescentes.[9] Finalmente, no hay información confiable sobre aborto entre adolescentes en la región, aunque sin duda existe y probablemente bajo condiciones precarias por sus restricciones; en cambio, sí está bien monitoreado en los países desarrollados donde es legal y tiene un evidente efecto reductor de la fecundidad adolescente (Rodríguez, 2016a).

La descripción anterior se ajusta bastante bien a la Subregión, de acuerdo a los datos presentados anteriormente, vinculando el nivel observado[10] de la fecundidad adolescente con los niveles observados de las principales variables intermedias y se incluye el caso de España como referencia. Las diferencias del embarazo adolescente entre los países de la Subregión son patentes, ratificándose que Chile registra la menor frecuencia relativa, pese a lo cual su tasa y su probabilidad de ser madre en la adolescencia son cuatro veces las de España (*Ibíd*).

---

[8] "Bongaarts (1978), (1982), ha demostrado que la diferencia en la fecundidad de las poblaciones se debe principalmente a la variación de la nupcialidad; el uso de anticonceptivos; la infecundidad post parto y el aborto inducido. Bongaarts propuso un modelo matemático que relaciona estas variables con el nivel de fecundidad, el cual ha sido ampliamente utilizado para medir el aporte de la variación de esos determinantes en el descenso de la fecundidad." (Bay, Del Popolo y Ferrando, 2003). En 1995 el modelo cambió el concepto de aborto inducido por el de total de desechos fetales (*"total fetal wastage"*), para incluir el aborto espontáneo y los nacimientos de niños/as muertos (Islam, R *et al.,* 2015).

[9] "*Because of pervasive declines in the protective effect of virginity, conception rates among single women in Latin America are rising. Contraceptive uptake, particularly of condoms, is increasing but not sufficiently to offset the decline in virginity*." (Ali and Cleland, 2005, p. 1175).

[10] "Observado" por resultar de cálculos (directos o indirectos) basados en datos de una fuente específica y no de estimaciones elaboradas en gabinete que usan todas las fuentes disponibles y ajustes de diverso tipo. Debido a ello, las tasas específicas de fecundidad adolescente (15 a 19 años) del cuadro difieren de las usadas en el gráfico 1.

Iniciación y actividad sexual

En materia de actividad sexual, se constata que en la región la **iniciación sexual** ocurre durante la adolescencia. Entre el 40 y 60 por ciento declara que se inicia antes de cumplir los 18 años. Debe tenerse en cuenta que en el caso de Bolivia y Ecuador los datos no son muy recientes. Con todo, en el caso de Bolivia se observa un descenso en la iniciación sexual a los 15 años de 9,5 a 6,6% (ver tabla siguiente), el único caso en el que se registra un descenso en esta edad en los cuatro países de la Subregión considerados. En los otros tres países, la iniciación sexual a los 15 años se incrementa entre el 0,8 y el 7,7%. Para el Perú, se registra una subida de un 10% en la iniciación a los 18 años, y un 15% en el grupo de 20 años, en comparación con Bolivia que registra un 3% y un 5% para las mismas edades. En los grupos de 18 y 20 años Ecuador tiene un comportamiento similar a Bolivia. Colombia es un caso interesante pues entre 1986 y 2010 los porcentajes de iniciación sexual se duplicaron tanto para los 15 como para los 18 años, y el incremento de la iniciación a los 20 años fue de un 80%, alcanzando un 82,2% de la población en ese grupo etáreo (UNFPA, 2014). Para Colombia los datos recientes de la ronda 2015 indican que la proporción de mujeres que se inició antes de los 18 años ascendió al 65 por ciento, comparado con el 60 por ciento registrado en el año 2010 (Profamilia, 2015, citado en Binstock, 2016b).

Tabla 5: Mujeres entre 20 y 24 años en América Latina: porcentaje de las casadas y porcentaje de las que han tenido su primera relación sexual a edades exactas (15, 18 y 20) (encuestas para períodos 1980-1990 y 2000-2010, por países)[11]

PAÍS, AÑOS Y CAMBIO EN EL PERÍODO DE REFERENCIA	EDAD EXACTA DEL PRIMER MATRIMONIO			EDAD EXACTA DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL		
	15	18	20	15	18	20
Bolivia: 2008	3,2	21,7	35,8	6,6	40,1	62,5
Bolivia: 1989	5,1	23,7	40,7	9,5	36,9	56,9
CAMBIO: 1989-2008	**-1,9**	**-2,0**	**-4,9**	**-2,9**	**3,2**	**5,6**
Colombia: 2010	5,6	23	37,2	13,8	60,3	82,2
Colombia: 1986	4,3	23,3	37,2	6,1	30,9	49,0
CAMBIO: 1986-2010	**1,3**	**-0,3**	**0,0**	**7,7**	**29,4**	**33,2**
Ecuador: 2004	3,8	22,2	40,9	9,2	37,6	58,1
Ecuador: 1987	5,8	26,0	43,9	8,4	32,1	50,9
CAMBIO: 1987-2004	**-2,0**	**-3,8**	**-3,0**	**0,8**	**5,5**	**7,2**
Perú: 2009	3,4	19,0	34,2	7,1	38,7	61,1
Perú: 1986	2,3	19,9	35,8	5,7	28,8	47,5
CAMBIO: 1986-2009	**1,1**	**-0,9**	**-1,6**	**1,4**	**9,9**	**13,6**

FUENTE: MACRO INTERNATIONAL INC, 2011. MEASURE DHS STAT COMPILER. HTTP://WWW.MEASUREDHS.COM.

En Chile, el inicio de la actividad sexual se ha constituido en edades más tempranas en la población adolescente chilena. Según el INJUV11, un 63% de los jóvenes se ha iniciado sexualmente, y el 71% de la población joven se encuentra sexualmente activa, registrando en promedio 1,6 parejas sexuales en los últimos 12 meses (Binstock, 2016a).

Aunque no hay duda que la iniciación más temprana supone una mayor exposición al riesgo de embarazo, tal relación no se manifiesta claramente en la Subregión. Colombia, por ejemplo, tiene el calendario más temprano de la Subregión y sin embargo su tasa es inferior a la de Ecuador y su probabilidad de ser madre en la adolescencia es menor que en Ecuador y Bolivia. Adicionalmente, la comparación con España es muy sugerente, ya que la actividad sexual en la

[11] Extractado de UNFPA, 2014.

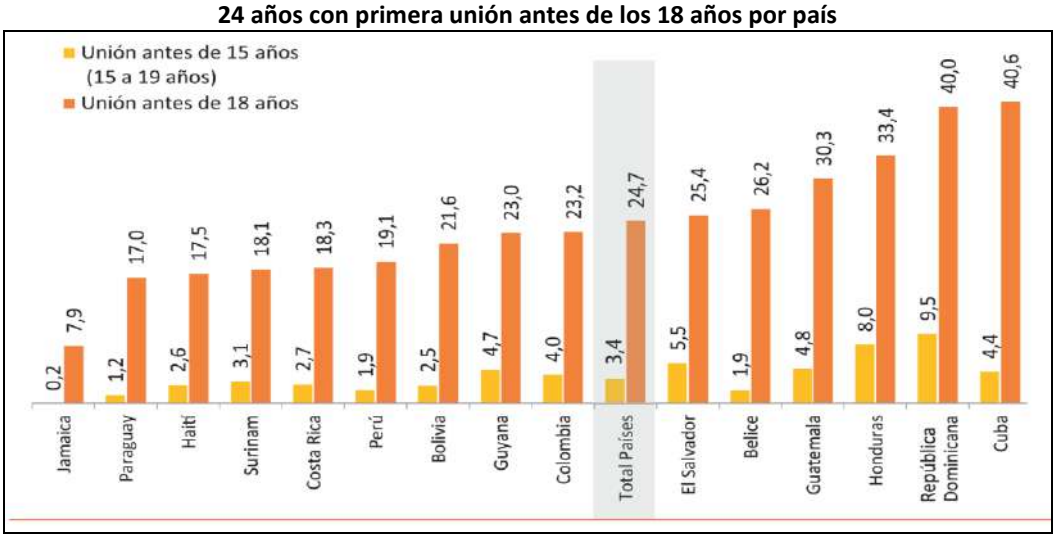
adolescencia está más extendida en esos país que en cualquiera de la Subregión, y sin embargo la reproducción en la adolescencia es marginal y ciertamente muchísimo más baja que en la Subregión, lo que, como se verá, se debe a la acción de otras variables intermedias (protección anticonceptiva y aborto), que neutralizan la mayor actividad sexual en la adolescencia (Rodríguez, 2016a).

▶ Unión en la adolescencia

En el caso de América Latina, está bien documentado que la iniciación y la actividad sexual en la adolescencia se han masificado en la región y se han independizado de la unión (Rodríguez, 2014a; Ali y Cleland 2005, citados en Rodríguez, 2016a), es decir la iniciación sexual se ha adelantado y de forma creciente ocurre antes que la unión y sin necesidad de una unión (aunque en la gran mayoría de los casos en los que es voluntaria, la iniciación sexual acontece en el contexto de una relación romántica sentimental de cierta duración). Con todo, también hay evidencia reciente de que la unión durante la adolescencia ha bajado mucho menos que lo acontecido en los países desarrollados (Esteve y Florez-Paredes, 2014, citado en Rodríguez, 2016a), y que en algunos países aún sigue siendo importante y se asocia directamente a la resistencia a la baja de la fecundidad adolescente (Rodríguez, 2014a, citado en Rodríguez, 2016a).

De acuerdo a UNICEF (2015), alrededor del 2010, quince los países de la región presentaban los siguientes indicadores para Mujeres de 15 a 19 años con primera unión conyugal antes de los 15 años y mujeres de 20 a 24 años con primera unión antes de los 18 años por país:

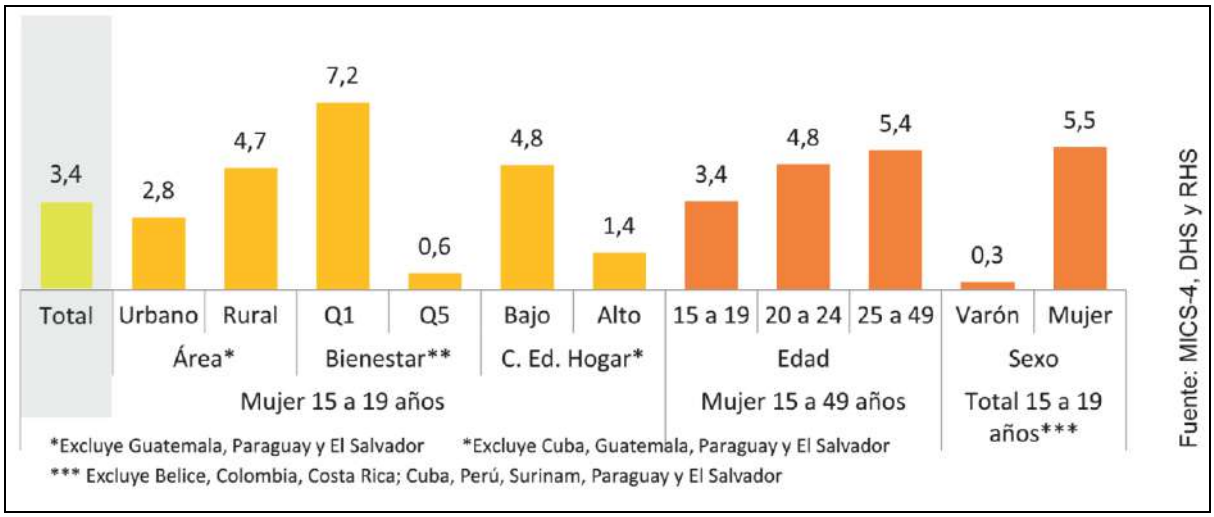
Gráfico 11: Mujeres de 15 a 19 años con primera unión conyugal antes de los 15 años y mujeres de 20 a 24 años con primera unión antes de los 18 años por país



En cuanto a los tres países de la Subregión considerados (Bolivia, Colombia y Perú), todos se encuentran por debajo del promedio regional en cuanto a la unión antes de los 18 años, pero Colombia está por encima del indicador regional en relación a la unión antes de los 15 años.

Por otro lado, específicamente en cuanto a la unión antes de los 15 años, la gráfica siguiente presenta importantes diferencias en cuanto al área, quintil, clima educativo, edad y sexo, evidenciando una correlación positiva con la pertenencia al área rural, pertenencia al quintil 1 y bajo clima educativo. Asimismo, confirme el descenso de 2 puntos en las mujeres de 15 a 19 años respecto a las que tenían 25 a 49 (*Ibíd).*

Gráfico 12: Unión antes de los 15 años por área, quintil, clima educativo, edad y sexo



La unión (todo tipo de cohabitación, no sólo el matrimonio formal que en general es infrecuente entre las adolescente de la Subregión), sí parece tener un vínculo estrecho con los niveles de fecundidad y maternidad adolescentes. Todos los países de la Subregión registran probabilidades de tener la primera unión durante la adolescencia superiores al 30%, salvo Chile cuya menor propensión a unirse en la adolescencia es concomitante con la menor probabilidad de ser madre en la adolescencia. A lo anterior se suma la comparación con España, donde la unión en la adolescencia es muy infrecuente al igual que la maternidad antes de los 20 años. Por otra parte, modelos multivariados (que no se exponen aquí pero que se presentan en Rodríguez, 2014b) indican que uno de los factores que más eleva la probabilidad de ser madre en la adolescencia es haberse unido durante la adolescencia. De esta manera, la unión en la adolescencia se perfila como un factor de riesgo importante para el embarazo adolescente, lo que la convierte en objeto de política, que ya ha sido destacado por otras iniciativas que promueven la postergación de la unión y la prohibición de las unión precoz y concertada (UNFPA, 2013, citado en Rodríguez, 2016a).

Esta evidencia, sin embargo, no debe conducir a una sobrevaloración de la unión temprana como determinante del embarazo adolescente. Aunque está bien documentado que en todas las edades la actividad sexual dentro de las uniones tiene mayores índices de propósitos reproductivos, en el caso de las adolescentes los datos disponibles no permiten saber con precisión si la unión precedió al embarazo o fue al revés. En este último caso el embarazo, deseado o no, puede gatillar decisiones nupciales, sea por decisión libre de la pareja o por presiones familiares y sociales (Binstock, 2016a).

Por otra parte, hay una tendencia generalizada y masiva en la región y también en la Subregión al aumento de la actividad sexual prenupcial. Esta suele carecer de propósitos reproductivos, y por lo mismo requiere de protección anticonceptiva oportuna y efectiva para que los y las adolescentes puedan prevenir embarazos no deseados y ejercer sus DSDR (Rodríguez, 2016a).

▶ Anticoncepción

Por su parte, la anticoncepción también tiene una estrecha asociación con los niveles de fecundidad adolescente. En línea con lo esperado, a mayores índices de iniciación sexual protegida, menores índices de fecundidad y maternidad adolescente. Este patrón se ratifica y profundiza al comparar la Subregión con España, ya que a fines del siglo pasado este país ya tenía una protección anticonceptiva generalizada en el debut sexual y esto se ha mantenido

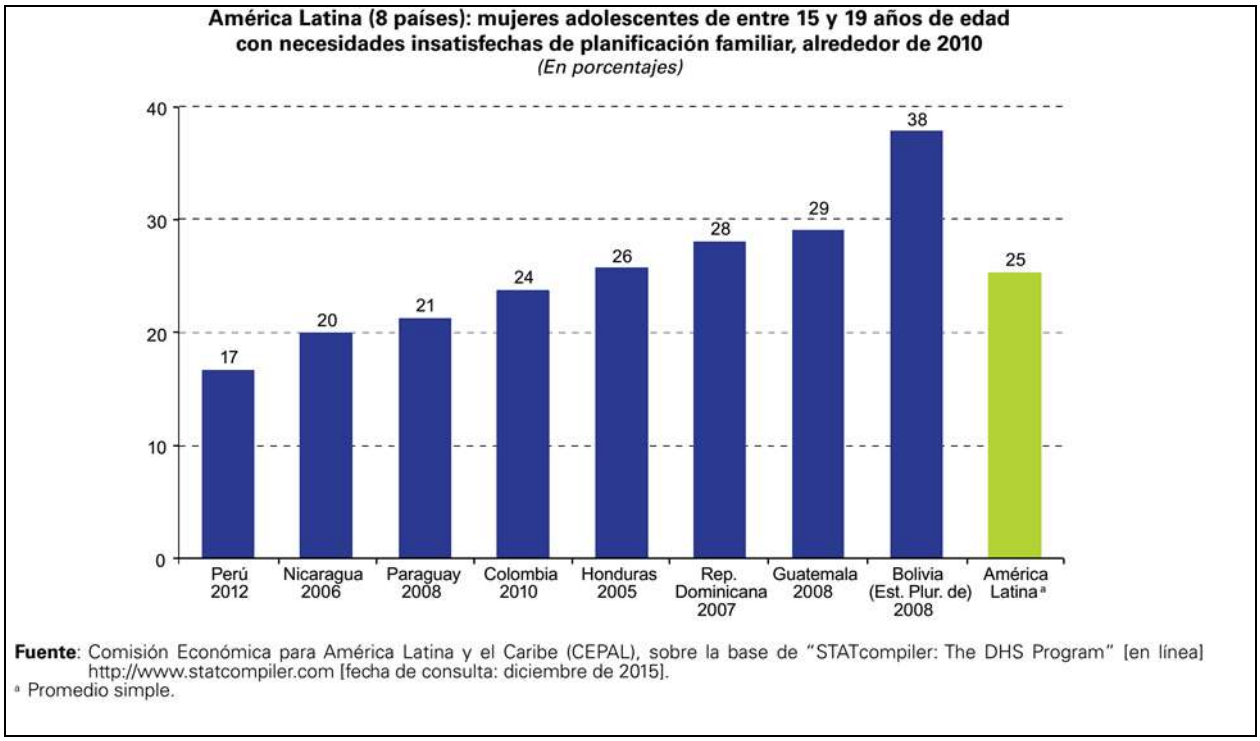
hasta la actualidad de acuerdo a datos de la encuesta HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children* HBSC), que atañen a las adolescentes de 15 años sexualmente activas (Rodríguez, 2016a).

Como enfatiza Binstock (2016b), el conocimiento, acceso y uso adecuado y sistemático de anticoncepción eficaz son aspectos claves para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes, y constituyen rasgos claves para la prevención de embarazos no deseados.

El conocimiento de métodos anticonceptivos es alto, en el sentido que la alta proporción de mujeres que indican conocerlos, aun cuando se trate de métodos modernos. Sin embargo, la proporción de mujeres que indica haber utilizado algún método en su debut sexual es bajo, particularmente en Ecuador (9%), Bolivia (16%) y Perú (28%). Aún Chile y Colombia, que son los que tienen las proporciones más elevadas no alcanzan al 60 por ciento. Esto ciertamente contrasta con los valores que presenta España, donde a pesar de tener una iniciación significativamente más temprana, la mayoría utiliza protección desde el debut sexual (*Ibíd*).

Así, según la CEPAL (2016), las necesidades insatisfechas en los países de la región, y específicamente de la Subregión Andina, ascienden hasta un alarmante 38%, como es el caso de Bolivia, que supera en 13 puntos el promedio regional de 25%.

Gráfico 13: América Latina (8 países): mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años de edad con necesidades insatisfechas de planificación familiar, alrededor de 2010



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de "STATcompiler: The DHS Program" [en línea] http://www.statcompiler.com [fecha de consulta: diciembre de 2015].
[a] Promedio simple.

Las mujeres jóvenes de América Latina, incluso hasta los 24 años, tienen los índices más altos de necesidades no satisfechas de planificación familiar en comparación las otras regiones del mundo (Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, 2014), a pesar de las mejoras en el tiempo, que se evidencian en la siguiente tabla, en particular en la disminución en la categoría "nunca usó", incluso para Bolivia que a pesar de mantener un índice alto, ha disminuido a la mitad desde el 1989:

Tabla 6: América Latina: mujeres adolescentes entre 15 y 19 años alguna vez unidas que nunca han usado anticoncepción o lo han hecho después de tener su primer hijo (encuestas períodos 1980-1990 y 2000-2010, por países[12]

PAÍS Y AÑO DE LA ENCUESTA	NUNCA USÓ	DESPUÉS DEL PRIMER HIJO	NUNCA USÓ MÁS DESPUÉS DEL PRIMER HIJO
Bolivia: 2008	35,0	27,2	62,2
Bolivia: 1989	72,6	17,2	89,8
Colombia: 2010	8,0	26,5	34,5
Colombia: 1986	53,5	22,8	76,3
Ecuador: 2004	26,6	34,1	60,7
Ecuador: 1987	71,5	18,5	90,0
Perú: 2009	12,2	26,4	38,6
Perú: 1986	60,0	15,8	75,8

FUENTE: MACRO INTERNATIONAL INC. 2011. MEASURE DHS STAT COMPILER. HTTP://WWW.MEASUREDHS.COM.

En el caso de Bolivia, algunos estudios indican que la principal fuente de información y conocimiento de métodos anticonceptivos es el colegio (especialmente las que se encuentran en los últimos cursos del nivel secundario), seguida de los talleres temáticos desarrollados por instituciones de cada municipio, sin embargo, la información que se recibe es superficial, no siempre tiene un enfoque de derechos y no trata el uso de métodos de manera específica. Las más jóvenes, muchas de ellas madres adolescentes, recién reciben y buscan mayor información después del primer embarazo (UNFPA, 2016).

Las necesidades insatisfechas de anticoncepción significan una brecha entre deseabilidad y uso de métodos anticonceptivos modernos:

- En **Bolivia** de acuerdo con la ENDSA, el 84,8% de las adolescentes solteras y sexualmente activas y el 74,5% de las adolescentes en unión informan no querer tener un hijo en los próximos dos años; sin embargo sólo el 48,8**%** de las primeras y el 46,4% de las segundas usan actualmente un método anticonceptivo para prevenir el embarazo. Las principales razones que exponen para no usar un método anticonceptivo incluyen: no estar casadas, la menstruación no ha regresado después del parto; las relaciones sexuales son poco frecuentes; no tienen relaciones sexuales (WHO-HRP, 2016).
- En **Colombia** de acuerdo con la ENDS el 93,0% de las adolescentes solteras y sexualmente activas, y 76,4% de las adolescentes en unión, informan no querer tener un hijo en los próximos dos años; sin embargo sólo el 66,1% de las primeras y 66,6% de las segundas usan

[12] Extractado de UNFPA, 2014.

actualmente un método anticonceptivo para prevenir el embarazo (. Las principales razones que exponen para no usar un método anticonceptivo son las mismas que para Bolivia.

- En **Perú**, de acuerdo con la ENDES (2012), el 94,7% de las adolescentes solteras y sexualmente activas informan no querer tener un hijo en los próximos dos años, sin embargo solo el 63,9% de ellas usan actualmente un método anticonceptivo para prevenir el embarazo, y en el caso de las adolescentes en unión, el 80% reporta no desear tener un hijo, pero sólo un 73,3% está usando un método anticonceptivo. Las principales razones expuestas son las mismas (WHO-HRP, 2016).

Sobre los métodos utilizados en los tres países, quienes no están en unión utilizan con preferencia los condones masculinos, las píldoras y los anticonceptivos inyectables. El DIU, considerado como uno de los métodos más eficaces, es utilizado por poblaciones menores al 1%. De los métodos tradicionales (retirada[13] o periodos de abstinencia), los usan alrededor del 15% de las adolescentes. Por otro lado, las adolescentes en unión tienen a las inyecciones anticonceptivas como el método moderno más utilizado, secundado por el DIU. Los métodos tradicionales (retirada o abstinencia periódica) son usados también por aproximad de estas adolescentes (WHO-HRP, 2016). El implante ha sido incorporado en la gama de métodos anticonceptivos en el Perú, teniendo muy buena aceptación por las adolescentes.

Con relación a la anticoncepción de emergencia, de acuerdo a un estudio realizado en 45 países, la proporción de mujeres que habían oído hablar acerca de la anticoncepción de emergencia fue de 66% en Colombia, y la proporción de mujeres sexualmente experimentadas alcanzó en ese país un 12%. Colombia resultó el país con porcentajes mayores de todo el estudio, tanto en cuando a conocimiento como a uso. Bolivia, el otro país de la Subregión que participó en el estudio, resultó con 28% de conocimiento y 2.0% de uso, es decir, un poco menos de un tercio en cuanto a conocimiento respecto a Colombia y un sexto en relación al uso. Las mujeres que nunca estuvieron casadas tuvieron mayor probabilidad de haber oído hablar acerca del método en Bolivia (razón de probabilidades, 1.7) y Colombia (1.2). Tener mayor edad estuvo asociado con el haber oído hablar acerca de la anticoncepción de emergencia. En comparación con las mujeres con un nivel educativo menor a la escuela primaria, aquellas con primaria completa tuvieron mayor probabilidad de haber oído hablar acerca del método y también respecto al uso. (Hubo una clara relación positiva entre el nivel de riqueza y el conocimiento de la anticoncepción de emergencia. No se evidenció una relación positiva entre haber escuchado hablar de AE y vivir en el área urbana, ni en Bolivia ni en Colombia. Las mujeres en edades de 20 a 24 años tuvieron mayor probabilidad que las de 15 a 19 años de edad de haber usado anticoncepción de emergencia (2.5 y 1.5, respectivamente para Bolivia y Colombia). La probabilidad de conocimiento y uso estuvo claramente relacionada con el nivel educativo (Palermi,T et al., 2015). Es interesante reflexionar sobre la inexistencia de una relación aparente entre los niveles de conocimiento y uso de la AE en Colombia, los mayores entre 45 países, y el comportamiento respecto al embarazo en adolescentes.

En Chile, un estudio realizado por Morán Faúndes (2013, citado en Binstock, 2016a) concluyó que las adolescentes demandan más anticoncepción de emergencia que las adultas. Este resultado, según el mismo autor, es consistente con datos de la VI Encuesta Nacional de Juventud, donde el 10% de las adolescentes indicó haber usado la pastilla del día después (proporción algo mayor que la reportada por las adultas). Además, su uso es más frecuente en los sectores sociales más altos (Binstock, 2016a).

[13] En Peru el método del retiro o retirada no está reconocido como método anticonceptivo.

Tabla 7: Área Andina, 6 países alrededor de 2010 y España (varios años): tasa específica de fecundidad e indicadores de los principales determinantes próximos

País	Tasa específica de fecundidad adolescente (TEFA)*	Proporción de madres durante la adolescencia antes de los 15, de los 18 y de los 20 años (cohorte 20-24)**	Proporción de iniciadas sexualmente durante la adolescencia antes de los 15, de los 18 y de los 20 años (cohorte 20-24)** *	Proporción de unidas durante la adolescencia antes de los 15, de los 18 y de los 20 años (cohorte 20-24)****	Uso de anticoncepción moderna en el primer coito (porcentaje entre las iniciadas)*****	Aborto******
Bolivia, DHS 2008	88	15: 1,8 18: 20,0 20: 37,3	15: 6,6 18: 40,1 20: 62,5	15: 3,2 18: 21,7 20: 35,8	16,5	Sin datos
Chile (varios años y fuentes)	46.1 (2014)	15: 1,3 (2013); 0,9 (2011) 18: 10,5 (2013); 9.5 (2011) 20: 22,1 (2013); 23,8 (2011)	15-17: 37,4 18-19: 66,8 Total 15-19: 51,7	15-17: 2,7 18-19: 10,3 Total 15-19: 5,6	58,8	Sin datos
Colombia, DHS 2010	84	15: 2,3 18: 19,7 20: 36,4	15: 13,8 18: 60,3 20: 82,2	15: 5,6 18: 23,0 20: 37,2	55,5	Sin datos
Ecuador, ENDEMAIN 2004	100 (2004) 101.6 (2010)	15: 1,8 18:21 20: 38,3	15: 9,2 18: 37,6 20: 58,1	15: 3,8 18: 22,2 20: 40,9	8,8	Sin datos
Perú, DHS 2012 y 2014	64 (2012) 68 (2014)	15: 1,0 (2012); 1,0 (2014) 18: 14,5 (2012); 14,5 (2014) 20: 31,6 (2012); 30,9 (2014)	15: 7,4 (2012); 7,8 (2014) 18: 43,2 (2012); 42,6 (2014) 20: 66,3 (2012); 65,9 (2014)	15: 2,5 (2012); 2,6 (2014) 18: 19,1 (2012); 18,6 (2014) 20: 33,5 (2012); 35,1 (2014)	28,0 (2012)	Sin datos
Venezuela, (varios años y fuentes)	83,0	15 cumplidos: 3,23 18 cumplidos: 13,3 20 cumplidos: 34,9	Sin datos	15 cumplidos: 6,2 18 cumplidos: 22,4 20 cumplidos: 34,6	Sin datos	Sin datos
España (varios años y fuentes)	8,5	15: 0,08 18: 1,9 20: 5,6	15: 20,0 16: 21,7 17: 34,8 18: 62,9 19: 78,0 20: 79,5	2,7	85,1 85 condón + 8 pastillas	12,7 cada mil mujeres de 15 a 19 años, es decir, 50% del total de embarazos

Fuente: Para Bolivia, Colombia y Perú: StatCompiler y procesamiento de bases de las encuestas; para Chile: Rodríguez y otros 2016 (en prensa), cálculos propios basados en nacimiento y proyecciones de población oficiales del INE (TEFA), procesamiento especial de las encuestas CASEN 2013 y 2011 (Proporción de madres) y procesamiento especial de la ENAJU 2012 (proporción de iniciadas sexual y nupcial y uso de AC debut sexual); para Ecuador TEFA 2010: Rodríguez, 2014a, p.64; para Venezuela: TEFA: Rodríguez 2014a, p. 64; porcentajes de madres y de unidas (edades cumplidas): MATERNILAC.

* Las tasas corresponden a los valores reportados por las fuentes indicadas (encuestas especializadas -StatCompiler o informe-, registros y censos), salvo la de España que es la estimación 2010-2015 de Naciones Unidas (op. cit.). En tal sentido las diferencias con el gráfico 1 se deben a que se trata de fuentes distintas.

** Para España, se trata de las probabilidades de haber tenido el primer hijo que entrega las "tablas de fecundidad" de la Human Fertility Database (www.humanfertility.org/cgi-bin/main.ph) para la cohorte nacida en 1989

*** Para España, se trata de activas sexualmente a las edades cumplidas indicadas. Para la edad 15 la fuente es la HBSC 2009/2010 y su informe (Currie y otros, 2012, p.174). Para las otras edades, la fuente es Jokin de Irala, Alfonso et al., “Mean Age of First Sex: Do They Know What We Mean?”, Archives of Sexual Behavior (2011) 40:853-855.

**** Para España, se trata del porcentaje de alguna vez unidas dentro del grupo 15 a 19 años de edad, para el año 2011. Fuente: Eurostat, Marital status (HC18) by age, sex, lms, geo, extracted on 22-07-2016

***** Los valores corresponden a los reportados por Rodríguez, 2014, p.56 , salvo Perú que se actualizó y ahora corresponde al resultado que arroja el procesamiento de la ENDES 2012, y España que ahora incluye el dato de las adolescentes de 15 años en su última relación sexual desagregando según condón o pastilla reportado por Currie y otros, 2012, p. 179

******Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, “Datos estadísticos”, en: <www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tables_figuras.htm#Tabla%201>, acceso 12 de marzo de 2014.

Aborto

Específicamente para la Subregión se carece de información confiable sobre el aborto en este grupo de edad, lo que es una omisión desafiante, tanto porque invisibiliza una realidad como porque el caso de España revela que el aborto entre adolescentes no es infrecuente; de hecho hasta hace unos pocos años equivalía al total de nacimientos del mismo grupo, por lo cual tiene un efecto significativo sobre el nivel de la maternidad adolescente (Rodríguez, 2016a).

Siguiendo con Rodríguez (2016), el aborto es considerado una de las variables intermedias, sin embargo, no hay información confiable sobre aborto entre adolescentes en la región, aunque sin duda existe y probablemente bajo condiciones precarias por sus restricciones; en cambio, sí está bien monitoreado en los países desarrollados donde es legal y tiene un evidente efecto reductor de la fecundidad adolescente.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se estima que del total de abortos inseguros en la Región, el 15% se producen entre las adolescentes.[14] Como evidencia el Informe Mundial de Población 2013 del Fondo de Población (UNFPA, 2013) dedicado a Maternidad en la Niñez, las tasas de aborto en condiciones de riesgo son similares en África Subsahariana y América Latina y el Caribe: 26 frente a 25, respectivamente. Sin embargo, el número total de abortos en condiciones de riesgo en África Subsahariana es más del doble que en América Latina y el Caribe, porque la población de la primera región es más grande. En comparación con las mujeres adultas que abortan en condiciones de riesgo, las adolescentes son más proclives a tener complicaciones, como hemorragia, septicemia, lesiones en órganos internos, tétano, esterilidad e incluso muerte (Coalición Internacional por los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2002, citado en UNFPA, 2013).

Tabla 8: Estimaciones de abortos en condiciones de riesgo y tasas de aborto en condiciones de riesgo, adolescentes de 15 a 19 años, 2008

ESTIMACIONES DE ABORTOS EN CONDICIONES DE RIESGO Y TASAS DE ABORTOS EN CONDICIONES DE RIESGO, NIÑAS DE 15 A 19 AÑOS, 2008

Regiónes en desarrollo	Número anual de abortos en condiciones de riesgo en niñas de 15 a 19 años	Tasa de abortos en condiciones no seguras (cada 1.000 niñas, 15 a 19 años)
Países en desarrollo	3.200.000	16
África	1.400.000	26
Asia, sin incluir Asia Oriental	1.100.000	9
América Latina y el Caribe	670.000	25

Fuente: Shah y Ahman, 2012.

[14] http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=589:el-18percent-nacimientos-son-madres-adolescentes-america-latina-caribe&Itemid=340

b. OTROS DETERMINANTES

Ser madre en la adolescencia cambia la vida de las adolescentes, normalmente recargándolas de tareas domésticas y de cuidado, generando presiones financieras y sicológicas para las cuales suelen no estar bien preparadas, y dificultando las trayectorias socialmente prescritas o esperadas, sobre todo las relativas a formación escolar, laboral y personal (Rodríguez, 2016a).

Por ello, resulta particularmente relevante en materia de política examinar la probabilidad de ser madre en la adolescencia. Un indicador simple, preciso y comunicativo para ello es el porcentaje de madres del grupo de 19 y 20 años de edad, grupo cuya media de edad debiera estar en torno a los 20 años exactos. Este indicador se expone en el gráfico que va más adelante, con el valor añadido de desagregar las cifras según nivel educativo (categorías de años de escolaridad) de las adolescentes (*Ibíd*).

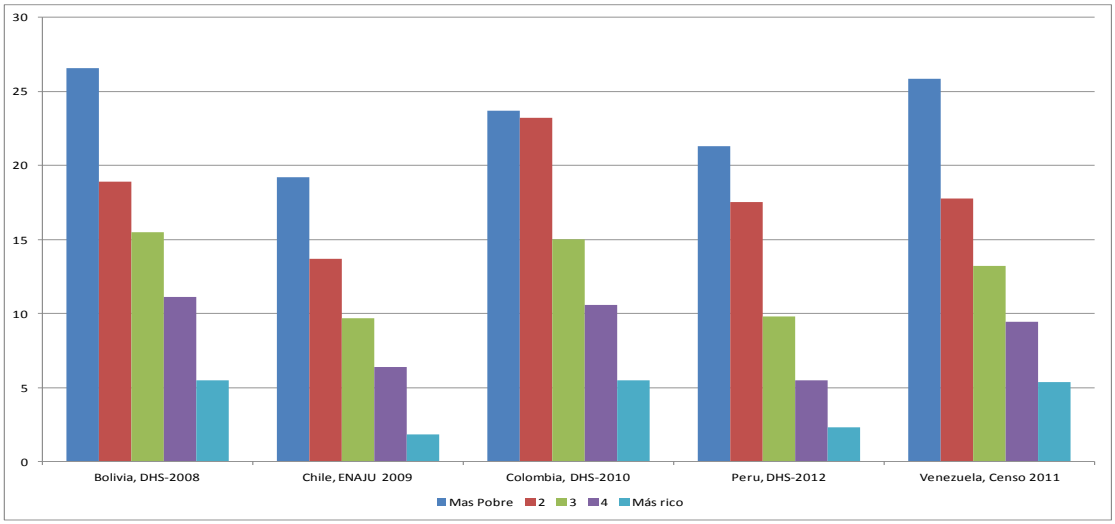
▶ Desigualdades socioeconómicas

La desigualdad social de la maternidad adolescente también se manifiesta claramente cuando se usa una variable de segmentación más amplia, como el nivel socioeconómico. En el gráfico 13 se expone el indicador más usado, aunque no necesariamente el mejor (Rodríguez, 2014a) de maternidad adolescente —el porcentaje de madres entre las adolescentes que tienen 15 a 19 años al momento del censo o encuesta— según el quintil socioeconómico. Y nuevamente emergen las enormes desigualdades ya comentadas, aunque en esta ocasión siguen el patrón inverso esperado, esto es a mayor nivel socioeconómico menor probabilidad de haber tenido un hijo (Rodríguez, 2016a).

El porcentaje de madres adolescentes en el quintil más pobre varía entre el 19 por ciento en Chile al 27 por ciento en Bolivia, mientras que en el quintil más aventajado dicha proporción varía entre el 2 y 5 por ciento, evidenciando que en todos los países la desigualdad social en materia de maternidad temprana (Binstock, 2016b).

Aun cuando se aparta la mirada de los quintiles de ingresos menos y más aventajados, las diferencias entre el 2do. y 4to. quintil son también desalentadoras, ya que la proporción de madres entre las primeras es entre 1,7 y 3 veces la de las segundas (*Ibíd*).

Gráfico 14: Área Andina, 5 países, mujeres de 15 a 19 años de edad: porcentaje de madres[a/], según quintil socioeconómico circa 2010



Fuente: Para Bolivia, Colombia y Perú: StatCompiler y quintiles de riqueza (*Wealth index* y *Wealth quintiles* en inglés) estándares de la DHS; para Chile: Encuesta Nacional de Juventud 2009 y clasificación socioeconómica (desde grupo E –más pobre- hasta ABC1 –más rico-) usada en el encuesta; para Venezuela: procesamiento especial del censo de 2011 usando quintiles socioeconómicos urbanos y rurales aplicados en Panorama Social de América Latina 2015 (Gráfico V.15, p. 202), debidamente ponderados por el peso de la población adolescente urbana y rural para obtener el total.

[a/] En todos los casos corresponde al porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que ya han tenido un hijo al momento del censo o encuesta sobre el total de mujeres de ese grupo de edad.

Mediante las propias percepciones e imaginarios sociales de las y los jóvenes en Chile, es posible identificar distinciones fundamentales en la consideración del embarazo en la adolescencia según estratos socioeconómicos. En este sentido, las y los adolescentes y jóvenes de niveles socioeconómico más bajos tienden a desear un embarazo en edades tempranas al asociarlos a un proyecto de vida (Rodríguez, 2'16b).

Las percepciones de las y los adolescentes de estratos socioeconómicos más altos, debido a las mayores oportunidades socioeconómicas con las que disponen, tienden a planificar sus proyectos de vida reproductiva a largo plazo, ya que por un lado tienen mayor información y acceso a métodos de prevención, y por ende, manejan un mayor cuidado de su sexualidad, aunque tienen mayor cantidad de parejas sexuales que quienes representan estrato socioeconómico más bajo ya que este último grupo de población se proyecta su reproducción y conformación familiar a más temprana edad debido a las menores condiciones que tienen para optar por otros proyectos educacionales y/o laborales (*Ibíd*).

▶ Desigualdades educativas

Adicionalmente, los resultados confirman la bien documentada desigualdad social de la maternidad adolescente (Rodríguez, Di Cesare y Paez, 2016; CEPAL, 2015a), pues las adolescentes con educación universitaria tienen menos de 10% de probabilidades de haber sido madre durante la adolescencia —en rigor, la probabilidad va desde 5.1% en Chile a 13.5% en Ecuador—, mientras que aquellas con baja educación registran probabilidades superiores al 50%, llegando a extremo de cuasi universalidad de la maternidad adolescente en el grupo de muy baja educación en Colombia 2010 (81.1%). De esta manera, la probabilidad de las adolescentes con baja escolaridad es al menos 5 veces la de las adolescentes con educación universitaria (Rodríguez, 2016a).

En este sentido esto es resultado de la combinación de dos factores: por un lado, la mayor probabilidad de ser madre entre quienes han dejado de asistir a la escuela, y, por el otro, de estar

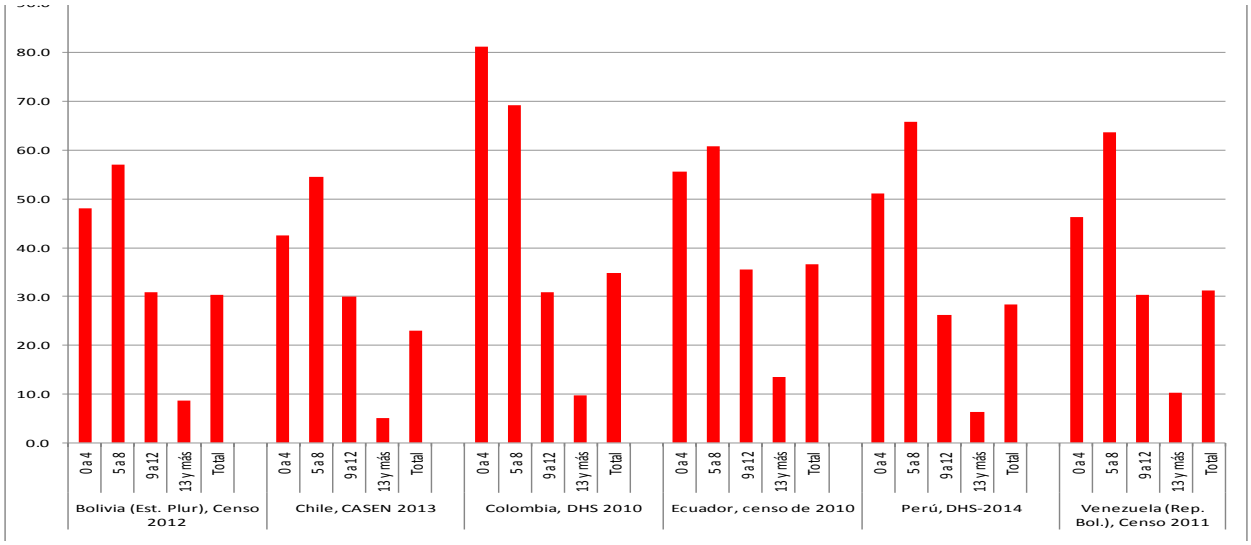
asistiendo la mayor probabilidad de abandonar los estudios en caso de embarazo. Ambos factores se potencian y resultan en una mayor prevalencia de madres entre las adolescentes de menor educación en comparación con quienes tienen mayor educación (Binstock, 2016b).

Las adolescentes que se embarazan tienden a dejar la escuela, y se someten a trabajos de baja productividad, bajos salarios y sin cobertura de seguridad social, limitándoles su crecimiento personal, lo que les afecta no sólo a ellas, sino también a su familia y entorno (Dides y Fernández, 2016).

Un hallazgo sorpresivo del gráfico 15 es que el patrón esperado de reducción sistemática de esta probabilidad con la educación no se verifica en todos los países porque en varios el grupo con mayor probabilidad no es el de menor educación (0-4 años de escolaridad) sino el que le sigue (5-8), lo que evidencia que la eventual "protección" contra el embarazo adolescente históricamente asociada a la educación se manifiesta bajo umbrales crecientes de escolaridad (Rodríguez, 2016a). Por otra parte hay que tener en cuenta que en estos países y ya cursando la segunda década del siglo 21 las adolescentes con tan bajos niveles de escolaridad representan un grupo reducido (Binstock, 2016b).

Lamentablemente, los datos disponibles no permiten desentrañar la incidencia de uno y de otro factor para los países de la Subregión Andina, pero independientemente del peso de cada uno de ellos, el resultado es contundente ya que son las adolescentes con menor educación quienes son madres con mucha más frecuencia que quienes tienen niveles de instrucción más elevados (*Ibíd*). Así se va reproduciendo la pobreza intergeneracionalmente.

Gráfico 15: Área Andina, 6 países, mujeres de 19 y 20 años: porcentaje de madres, según nivel de educación, circa 2010



Fuente: Para Bolivia, Colombia y Perú: StatCompiler y quintiles de riqueza (*Wealth index* y *Wealth quintiles*) estándares de la DHS; para Chile: Encuesta Nacional de Juventud 2009 y clasificación socioeconómica (Desde grupo E hasta ABC1) usada en el encuesta; para Venezuela: procesamiento especial del censo de 2011 usando quintiles socioeconómicos urbanos y rurales aplicados en Panorama Social de América Latina 2015 (Gráfico V.15, p. 202), debidamente ponderados por el peso de la población adolescente urbana y rural para obtener el total. Para Ecuador: procesamientos especiales del censo de 2010

[a/] En todos los casos corresponde al porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que ya han tenido un hijo al momento del censo o encuesta sobre el total de mujeres de ese grupo de edad.

Por tanto, si consideramos a las adolescentes que tienen entre 5 y 8 años de escolaridad, la probabilidad de ser madre en los seis países considerados varía entre el 55 y el 66 por ciento mientras que entre aquellas con 9 a 12 años de escolaridad desciende entre el 26 y 36 por ciento.

Esto significa que la probabilidad de ser madre entre quienes 5 y 8 años de educación es entre 1,8 y 2,5 veces la de las adolescentes con 9 a 12 años de escuela. La proporción de madres entre quienes han alcanzado alta instrucción (13 o más años) es muy baja en todos los países del área andina, con un rango entre el 5 y 10 por ciento, lo que refuerza la idea de que ya sea por abandono previo o por dificultad o desinterés de continuar estudiando las adolescentes madres encaminan su transición a la adultez en una situación de desventaja educativa en relación a sus pares no madres (Binstock, 2016b).

El acceso y permanencia en el sistema educativo es, de acuerdo a la literatura, un aspecto protector –aunque no un "blindaje" total– a la ocurrencia de embarazos no planificados. Diversos países latinoamericanos muestran que la permanencia en la escuela retrasa la iniciación sexual y, de tener relaciones sexuales, se utiliza con mayor frecuencia y de manera más efectiva métodos anticonceptivos (Binstock, 2016b).

Como muestra la tabla 9, la tasa neta de escolarización primaria, que expresa en qué medida la población que por su edad debiera estar asistiendo a la educación primaria efectivamente está escolarizada en ese nivel, varía entre el 90 y 96 por ciento en los países de la Subregión Andina. Comparado con lo observado en el año 2000, se observa un leve incremento en todos los países. Si bien no alcanza el 100 por ciento y es la meta que se debiera alcanzar dado que se trata del ciclo primario, estas cifras sugieren que una proporción importante de estudiantes logra culminar el ciclo primario (*Ibíd*).

En el caso del ciclo secundario, las tasas netas de escolarización son, como es de esperar, algo más bajas que las del ciclo primario, y sus niveles actuales varían entre el 74 por ciento (en Bolivia) al 82 por ciento (en Chile). Esto significa que entre 1 de cada 4 y 1 de cada cinco adolescentes que debiera estar asistiendo al ciclo secundario no está escolarizada en dicho nivel (*Ibíd*).

Tabla 9: Evolución de la tasa neta de escolarización primaria y tasa neta de escolarización secundaria en países de la Subregión Andina

Países Subregión Andina	Tasa neta de escolarización primaria		Tasa neta de escolarización secundaria	
	2000	2013	2000	2011
Bolivia (Estado Plurinacional de)	87,3	90,4	61,8	74,0
Colombia		90,0	65,3	76,1
Chile	91,3	89,6	77,6	82,3
Ecuador	86,9	93,8	57,8	79,2
Perú	87,7	91,6	58,9	78,2
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	94,2	96,2	64,1	76,0

Notas: Para primaria, Colombia corresponde a 2010, Venezuela a 2011, y a Perú 2012.
Para secundaria, Ecuador corresponde a 2001, y Colombia a 2010.
Fuente: Elaboración de Jorge Rodríguez en base a los datos obtenidos de SITEAL (http://www.siteal.iipe-oei.org/)

La tabla 9 también muestra que durante la última década se ha incrementado el acceso y permanencia en el ciclo medio en todos los países. Ecuador y Perú destacan por ser los países con mayores incrementos relativos, ya que pasaron de tasas algo menores del 60% a tasas de casi el 80%, lo que representa un aumento entre el 33 y 38 por ciento. Bolivia y Venezuela incrementaron sus tasas en casi un 20 por ciento y Colombia en un 16 por ciento. Chile, si bien es el país con menor incremento relativo (6%), es aquel que tiene las tasas más altas en los dos períodos (Binstock, 2016b).

La desigualdad social se expresa claramente en el ámbito educativo. Así, de acuerdo a datos de IIEP-OEI, las tasas de escolarización secundaria varían de acuerdo al nivel de ingresos del hogar. Las diferencias entre los adolescentes que viven en hogares con nivel de ingresos superior en comparación al nivel inferior, van desde el 5 por ciento (en Bolivia), a un máximo del 27 por ciento (en Venezuela). En Colombia, Ecuador y Perú dicha diferencia ronda el 13 por ciento (*Ibíd*).

Más alarmantes son las desigualdades cuando se considera el atraso educativo entre los adolescentes entre 15 y 17 años. La diferencias en la proporción de adolescentes en dicho rango de edad que está al menos dos años atrasados en su escolaridad entre quienes viven en hogares con ingresos más bajos es entre un 70% y un 130% más elevado que la de sus pares que viven en hogares con ingresos más elevados (*Ibíd*).

Mirada en conjunto, esta información evidencia que los adolescentes de hogares económicamente más vulnerables asisten con menor frecuencia a la escuela y, de estar asistiendo, es más frecuente que tengan una trayectoria que incluya múltiples repeticiones o períodos de ausencia que resultan en un mayor atraso escolar (*Ibíd*).

Recuadro 6 | Género, Lugar de Residencia y Culminación de la Escuela entre Indígenas Bolivianos

En Bolivia, el nivel educativo de las mujeres, las minorías étnicas y los residentes rurales es significativamente menor que la media, a pesar de las políticas de educación universal, que datan de los años treinta, y las grandes reformas educativas que se llevaron a cabo en la década de 1990. En términos generales, en las zonas rurales el nivel educativo de los hombres es mayor que el de las mujeres, independientemente de que sean o no indígenas. Por ejemplo, el 7,6% de las mujeres no asiste a la escuela, mientras que en el caso de los hombres el porcentaje disminuye al 4,9%. Por otra parte, alrededor del 86% de las mujeres y el 92% de los hombres saben leer (Instituto Nacional de Estadística, 2011).

Las mujeres que viven en zonas rurales y las que pertenecen a grupos indígenas tienen un nivel educativo menor que el de cualquier otro grupo. La tasa de terminación de la escuela primaria de las mujeres indígenas de zonas rurales es la mitad de la tasa correspondiente a los hombres no indígenas, el 25,6% en comparación con el 52,5%. La disparidad en la tasa de terminación de la escuela secundaria también es amplia, el 9,8% frente al 22,9%. La combinación de género y condición de indígena está vinculada con tasas de culminación escolar mucho más bajas, independientemente de la edad y la zona geográfica. En comparación con los hombres no indígenas, la probabilidad de que las mujeres no indígenas y los hombres indígenas terminen la enseñanza primaria es 9% y 10% menor, respectivamente, mientras que en el caso de las mujeres indígenas es 29% menor. Asimismo, la probabilidad de que las mujeres indígenas terminen la enseñanza secundaria es 23% menor que la de los hombres no indígenas (véanse los gráficos R6.1 y R6.2).

CONTINUA

Fuente: Grupo Banco Mundial (2015) Latinoamérica Indígena en el Siglo XXI.

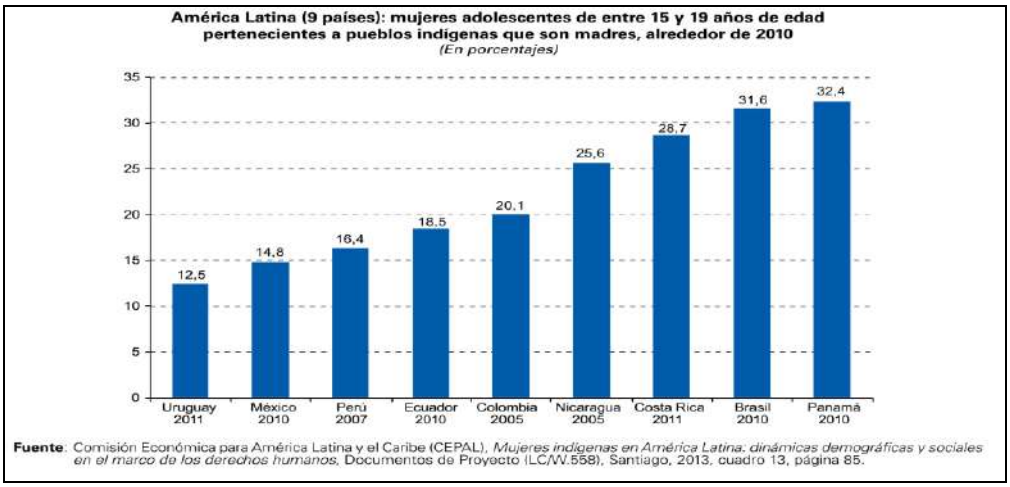
Desigualdades étnicas y culturales

Como enfatiza el documento de la CEPAL presentado en la XIII Reunión Regional sobre la Mujer de Montevideo (CEPAL, 2016), la incidencia del embarazo en la adolescencia se incrementa considerablemente entre las mujeres adolescentes pertenecientes a pueblos indígenas y que habitan en zonas rurales. Los datos disponibles respecto del embarazo infantil revelan una realidad preocupante y que demanda mayor investigación y análisis en el interface entre la educación

sexual, las políticas de salud sexual y reproductiva y de protección a la infancia. El resguardo del tiempo de la infancia se relaciona de forma directa con el ejercicio del derecho de la niñez al descanso y a la diversión, así como con el desarrollo de capacidades y habilidades en múltiples planos, incluidos el educativo, emocional y físico. La realización de trabajo remunerado y no remunerado en edades tempranas genera una barrera para el ejercicio efectivo de este derecho y puede entrar en conflicto con otros derechos, como el derecho a la educación y al nivel más alto de salud física y mental posible. Los datos revelan la temprana expresión de la desigual división sexual del trabajo que todavía persiste en nuestra región: niños y adolescentes varones se encuentran insertos en mayor proporción que las mujeres en ocupaciones remuneradas, y a su vez, las niñas y mujeres adolescentes, en particular, quienes se encuentran en situación de pobreza y habitan en áreas rurales, ejercen en mayor proporción que los varones trabajo doméstico y de cuidados no remunerado. Mayor investigación se requiere en este punto para conocer con mayor exhaustividad cómo se combinan y superponen los tiempos dedicados a la recreación, al estudio, al trabajo remunerado y a los cuidados no remunerados. Con ello, probablemente será posible ahondar en las severas restricciones que enfrenta la infancia en la región, con especial rostro de mujer, para vivir plenamente y en bienestar desde los primeros años de vida (Céspedes y Robles, 2016).

Al analizar la maternidad en la adolescencia en nueve países de los que se tiene información, se observa que en cinco de ellos —Panamá, el Brasil, Costa Rica, Nicaragua y Colombia— la incidencia del embarazo entre las mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años que pertenecen a pueblos indígenas y habitan en zonas rurales supera el 20%. En el Brasil y Panamá, una de cada tres mujeres de entre 15 y 19 años de este segmento eran madres alrededor de 2010 (Céspedes y Robles, 2016).

Gráfico 16: América Latina (9 países): mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años de edad pertenecientes a pueblos indígenas que son madres, alrededor de 2010



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Mujeres indígenas en América Latina: dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos*, Documentos de Proyecto (LC/W.558), Santiago, 2013, cuadro 13, página 85.

La proporción de mujeres adolescentes indígenas con hijos suele superar el promedio de las adolescentes no indígenas. Una situación similar ocurre con las adolescentes de grupos étnicos como las mujeres asháninkas y otros pueblos amazónicos, del Perú donde el 40% de las adolescentes tienen al menos un hijo o hija (WHO-HRP, 2016).

En Chile, la proporción de madres entre adolescentes indígenas y no indígenas es similar, tanto entre las de 15 a 17 años como entre las de 18 y 19 años (Del Popolo et al. 2009, citado en Binstock, 2016a).

Violencia sexual

El embarazo producto de una violación es una de las violencias de género más graves ejercidas contra la mujer. Afecta a la víctima en su integridad psíquica, física, social, sexual y existencial. De los múltiples impactos de la violación, sin duda el embarazo es uno de los más críticos, por todas las crisis que conlleva en momentos de gran fragilidad emocional (Dides y Fernández, 2016).

Datos de países seleccionados en América Latina y el Caribe, muestran que entre el 15 y el 40 por ciento de las adolescentes y jóvenes reportaron que su primera relación sexual con penetración fue forzada, contribuyendo directamente al embarazo no deseado (UNFPA, 2014).

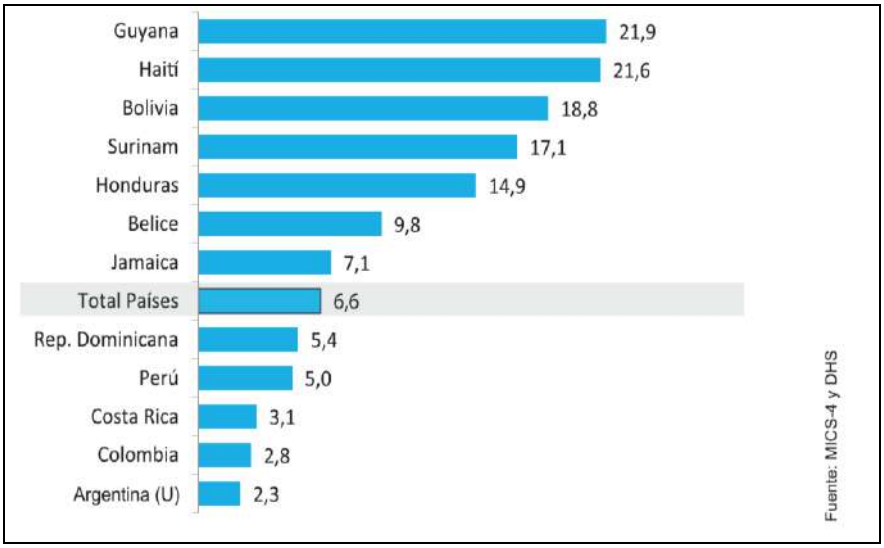
En la mayoría de los casos, las niñas sometidas a violencia sexual, desconocen que se encuentran embarazadas hasta que en ocasiones son llevadas a un centro de salud por malestares, lo que ocurre frecuentemente después de un plazo previsto por las leyes que aceptan la interrupción del embarazo por violación.

En Chile, SENAME informó al Ministerio de Salud –en el año 2014– que al año 2013 hubo 3.292 niñas y adolescentes embarazadas en sus dependencias. Según cifras del SENAME de 2014, del total de menores ingresadas víctimas de violación entre enero de 2012 a octubre de 2013, 58 de ellas se encontraba embarazada al momento de ingresar, y en el 2014 ascienden a 72 niñas embarazadas producto de delito de violación. De ellas, 8 niñas tenían entre 11 y 12 años, y 50 estaban en el rango etario entre los 13 y 18 años de edad (Dides y Fernández, 2016).

Aceptación de la violencia

Según los datos de 12 países de la región de entre 2007 y 2010, el 7,5%de las mujeres adolescentes de 15 a 19 años justificaba la violencia doméstica por distintas causas. Estas adolescentes declaraban que los esposos o parejas tienen razón en actuar con violencia contra la mujer en al menos una de las siguientes circunstancias: salir sin avisarles, descuidar a los niños, discutir con ellos, quemar la comida o, lo que es más importante para los fines de este Diagnóstico, rehusar mantener relaciones sexuales. Resulta preocupante que estas justificaciones de la violencia doméstica fueran más comunes entre las adolescentes de 15 a 19 años que entre sus homólogas de entre 20 y 24 (7,5% frente al 5,4%). La aceptación de la violencia doméstica era mayor entre las jóvenes de los hogares más desfavorecidos o con bajo clima educativo, así como en las zonas rurales. Además, en el promedio de cuatro países que cuentan con información sobre el tema, se aprecia que los varones tendían a justificar más fácilmente la violencia doméstica que las mujeres.

Gráfico 17: Aceptación de la violencia doméstica entre mujeres adolescentes (15 a 19 años) por país. 12 países con MICS-4, circa 2010. (En %)



De los países de la Subregió, Bolivia es el país con un porcentaje alarmante de aceptación de un 18,8%, entre los más altos, seguido pero Perú pero con un porcentaje menor a un tercio (5,0%) y luego Colombia con un 2,8%, algo más de la mitad que Colombia.

- **Parejas mayores**

La atención sobre la fecundidad adolescente se ha centrado de manera general en las adolescentes embarazadas. En el 2011, un informe de la OMS señalaba que "en los países de ingresos bajos, la actividad sexual de las niñas a menudo comienza en el marco del matrimonio, o de relaciones sexuales forzadas, casi siempre con hombres mayores que ellas" (OMS, 2011).

En la región, y como lo rescatan Rico y Trucco, 2014 (citado en Salinas y Castro, 2014) las encuestas de demografía y salud de algunos países de la región que incluyen a hombres adolescentes en la muestra. Dichas encuestas revelan que la proporción de hombres adolescentes que ha tenido un/a hijo/a varía de un 0,3% a un 3,7%, cifra que es muy inferior a la incidencia promedio de maternidad en la adolescencia en la región, que es 4.5 a 7 veces mayor que la paternidad adolescente, dado que las parejas de las adolescentes no son mayoritariamente adolescentes.

Lo anterior significa que, en la mayoría de los casos, las adolescentes quedan embarazadas de hombres no adolescentes; "en el contexto de vulnerabilidad que deriva de las múltiples formas de violencia que enfrentan las adolescentes, la búsqueda de protección —a veces de un sustituto del padre— detona relaciones con hombres incluso bastante mayores que, de una u otra manera, ejercen violencia sexual sobre las adolescentes" (Salinas y Castro, 2014).

El año 2013 en Colombia, el UNFPA realizó un estudio a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2010, concluyendo que, en promedio, las parejas son seis años mayores que las adolescentes, con casos empero en los que la edad se duplicaba: "Según el documento,

"Son niñas que no tienen la madurez física ni el desarrollo mental y emocional para sostener una relación formal con un hombre mayor. Son eso: niñas. La decisión de usar o no anticonceptivos, de tener más hijos o no o de volver al colegio no la toman ellas", advirtió Lucy Wartenberg, representante adjunta del UNFPA en el país, al referirse a las relaciones de poder que estos hombres mantienen con esas niñas.

existen casos de niñas de 10 años que ya son madres y cuyos compañeros estables tienen hasta 26 años. Las de 11, 12, 13 y 14 años suelen tener parejas de entre 21 y 22 años".[15]

En términos generales, del énfasis social y cultural sobre la maternidad adolescente deriva la poca atención y por ende poco conocimiento sobre las parejas de las adolescentes embarazadas, el tipo y cualidad de las relaciones que condujeron al embarazo, los procesos de toma de decisión, acompañamiento, el ejercicio efectivo o no de la paternidad, entre otros. Esta es una agenda de investigación pendiente e importante para abordar la problemática desde un enfoque integral y capaz de responder a la complejidad del fenómeno.

c. DESMITIFICANDO LA "DESEABILIDAD"

Estudios recientes han mostrado una inflexión marcada de la deseabilidad del embarazo adolescente. De ser el grupo que manifestaba mayores niveles de deseabilidad de los hijos/as tenidos a fines del siglo pasado (Hakkert, 2001) en la actualidad es el grupo que manifiesta menor deseabilidad y esta está muy por debajo del 50% (Rodríguez 2016a).

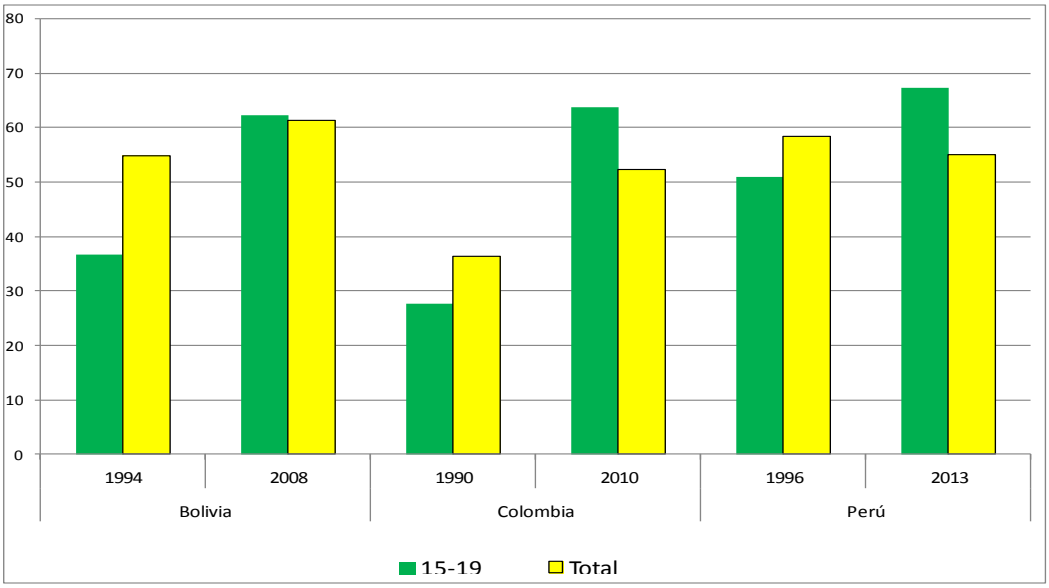
La Subregión Andina no es una excepción al respecto, ya que ha experimentado una fuerte alza de los nacimiento no planificados/no deseados, que en la actualidad superan largamente el 50% de todos los nacimientos tenidos durante a la adolescencia y registran niveles superiores al total de las mujeres (lo contario ocurría en la década de 1980) (*Ibíd).*

Como muestra el gráfico 18, se ha experimentado una fuerte alza de los nacimientos no planificados[16] entre las mujeres en general y las adolescentes en particular. Así actualmente entre el 62 y 67 por ciento de los nacimientos ocurridos en la adolescencia no fueron planificados, proporción que en la década anterior variaba entre el 28 y 51 por ciento. Colombia muestra el mayor incremento de embarazos no planificados tanto entre las adolescentes (entre quienes creció más del doble) como entre todas las mujeres (entre quienes se incrementó un 43 por ciento). Perú, en cambio donde el incremento es menor, aun cuando es de un 30 por ciento entre las adolescentes (Binstock, 2016b).

Gráfico 18: Subregión Andina, tres países (Bolivia, Colombia y Perú), alrededor de 1990 y 2010: proporción de nacimientos no planificados[a/], según edad de la madre al nacimiento

[15] http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-13158102

[16] Entendemos que "no planificados" no necesariamente es sinónimo de "no deseados".

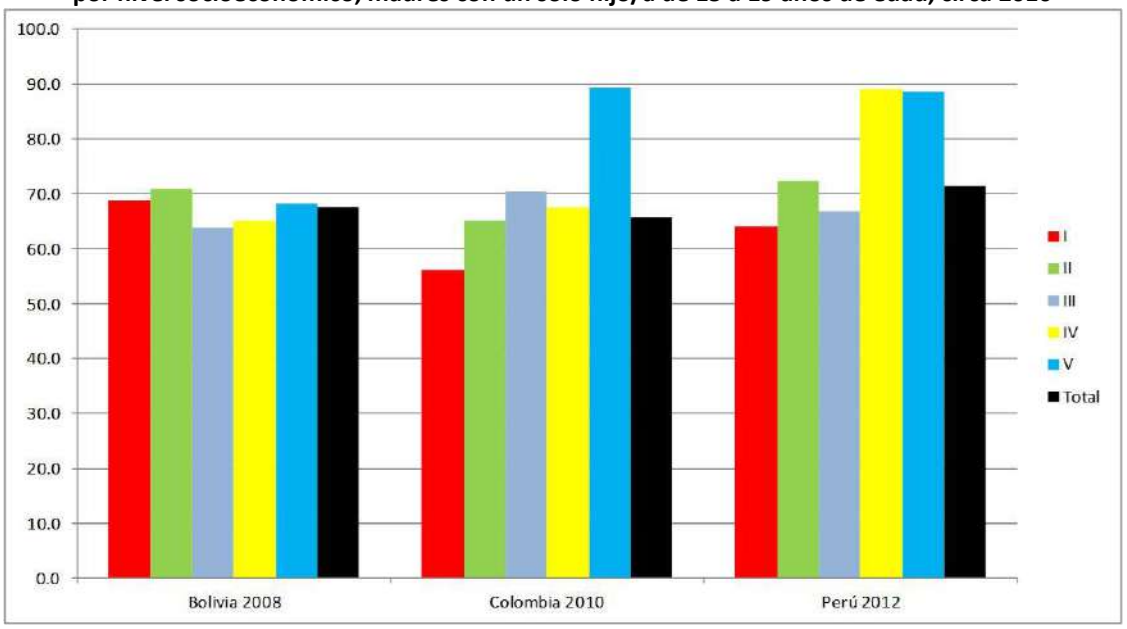


Fuente: Rodríguez, 2014a, p.60.
a/: nacimientos de los cinco años que precedieron a la encuesta de referencia y que las mujeres declaran que no querían quedar embarazadas en ese momento o que no deseaban tener hijos.

El aumento de la incidencia de nacimientos no planificados y particularmente el hecho que sea más pronunciado entre las adolescentes refleja, también cambios en las preferencias reproductivas, ya sea de la cantidad de hijos deseados, de las preferencias sobre la edad adecuada para tener el primer hijo, y sobre el espaciamiento de los hijos (*Ibíd*).

Lo que estas estadísticas revelan es que dichos cambios en las preferencias reproductivas no han sido acompañados por políticas públicas eficaces que permitan que las mujeres y particularmente las adolescentes puedan cumplir sus preferencias (*Ibíd*).

Gráfico 19: América Latina, países seleccionados: porcentaje de hijos de orden 1 que NO fueron planificados, por nivel socioeconómico, madres con un solo hijo/a de 15 a 19 años de edad, circa 2010



Fuente: Rodríguez, Di Cesare y Paéz, p. 25.

En contraposición a la enorme desigualdad que se mostró en la fecundidad observada, en la deseada el gradiente es mucho menor o incluso inexistente en algunos países como Bolivia, lo que desmitifica la idea de que las adolescentes pobres son madres adolescentes porque "desean serlo. En los tres países de la Subregión con datos, más de la mitad de las madres adolescentes pobres (quintil 1) no quería tener su primer hijo en ese momento, lo que es elocuente sobre la vulneración de derechos en este grupo (Rodríguez, 2016a).

A diferencia de los datos expuestos hasta ahora, no hay indicadores estandarizados sobre la valoración cultural de la maternidad en la adolescencia, pues se trata de una noción bastante más compleja de abordar y medir. Por supuesto que las encuestas especializadas proporcionan cifras relevantes sobre la valoración de la maternidad a partir de los indicadores sobre aspiraciones reproductivas. La media de estas aspiraciones y en particular la proporción de mujeres que no desea tener hijos, dan pistas sobre la valoración de la maternidad, aunque ciertamente no cubren la complejidad de esta noción. Cualquiera sea el caso, la declaración que proporciona las adolescentes sobre los hijos que desean tener no puede considerarse como un indicador de valoración de la maternidad en la adolescencia, pues su declaración no especifica cuándo los quieren tener. El indicador convencional de fecundidad no deseada tampoco es de utilidad para este grupo, pues los nacimientos en la adolescencia difícilmente superarán el ideal reproductivo, por ser mayoritaria y crecientemente de orden 1 (Rodríguez, 2016b).

Entonces, la opción técnicamente más sólida parece ser el indicador de planificación/deseabilidad de los hijos ya tenidos, distinguiendo según edad a la que se tuvieron. Las encuestas DHS hacen esta pregunta para los nacimientos tenidos en los 5 años previos a la encuestas. Por la forma en que se redacta la consulta, los nacimientos pueden clasificarse en: i) deseados en ese momento; ii) deseados en otro momento; iii) no se deseaba tener (más) hijos, siendo las dos últimas categorías las que componen los nacimientos no planificados/deseados. Y los gráficos 7 y 8 muestran la tendencia (circa 1990 – circa 2010) dentro de la región y la comparación mundial actual de los nacimientos no planificados/deseados.

Del gráfico 20 se puede concluir que: i) hay una masiva y significativa alza del porcentaje que representan los nacimientos no planificados/deseados en la adolescencia; ii) los hijos/as tenidos en la adolescencia registran menores índices de planificación/deseabilidad que el total de nacimientos, invirtiéndose la situación que existía hace 20 años; iii) hay diferencias nacionales entre países donde más del 50% de los nacimientos de adolescentes son no planificados/deseados (Bolivia, Brasil, Colombia, Haití, Perú, República Dominicana), y países donde menos del 50% lo es (El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Paraguay). El promedio simple de la muestra es ligeramente superior al 50% de no deseabilidad, pero el ponderado sería muy superior porque los países con más nacimientos (Brasil, Colombia y Perú) tienen porcentajes bastante superiores al 50% de no deseabilidad. Adicionalmente, el gráfico 19 muestra que la región también destaca a escala mundial por ser la de mayores índices de nacimiento no planificados/deseados en la adolescencia. Los datos de ambos gráficos cuestionan la noción de que los nacimientos en esta edad se estarían teniendo como opción frente a la falta de oportunidades. En cambio, abonan a la idea de que tras esos nacimientos hay un incumplimiento del derecho reproductivo fundamental a decidir cuántos y cuándo tener los hijos. Que esto ocurra en la adolescencia se vincula principalmente a diferentes barreras de acceso a la anticoncepción y a los servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar, que son particulares, de los y las adolescentes (o al menos tienen más gravitación en la adolescencia que en otras edades), por las especificidades de este grupo de edad, que se expondrán en la sección de discusión de los resultados de este texto (Rodríguez, 2016b).

Gráfico 20: América Latina, países seleccionados, nacimientos durante los 5 años previos a la encuesta: porcentaje que NO fueron planificados cuando se tuvieron, total y madres de 15 a 19 años de edad

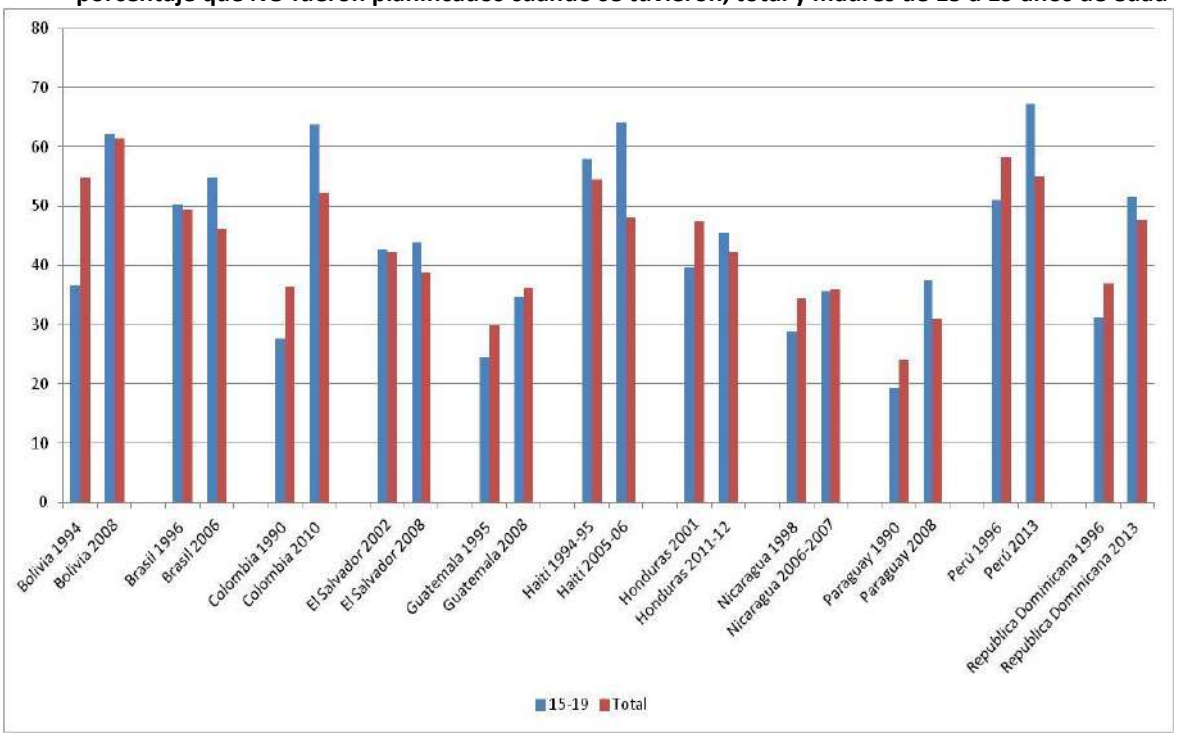
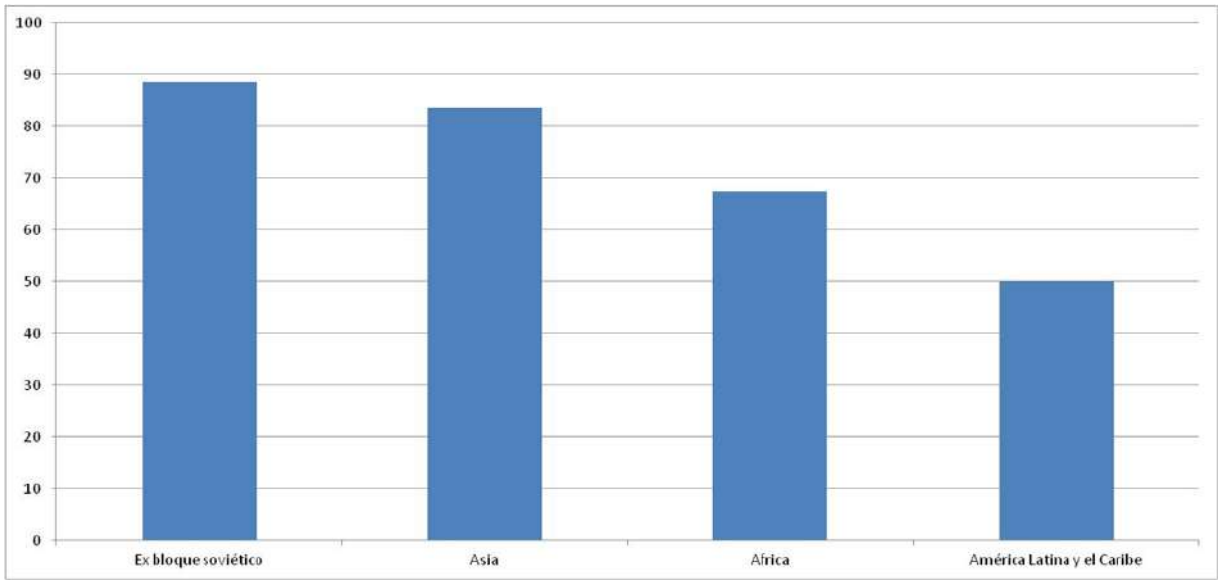


Gráfico 21: Grandes regiones del mundo: porcentaje de nacimientos de madres menores de 20 años que declaran ser deseados "en ese momento", nacimiento tenidos los 5 años previos a la encuesta, encuestas de 2005 en adelante, promedio simples



Fuente: Statcompiler DHS de 2005-2014. 7 países del ex bloque soviético, 10 de Asia, 37 de África y 11de América Latina y el Caribe.
Países incluidos:
Ex bloque soviético: Kyrgyzia, Armenia, Tajikistan, Albania, Azerbaijan, Moldovia, Ucrania; Asia: Pakistán, Indonesia, Camboya; Jordania; India; Yemen; Bangladesh, Turquía, Nepal, Filipinas; África: Egipto, Niger, Burkina Faso, Nigeria, Timor-Leste, Mali, Gambia, Madagascar, Senegal, Burundi, Guinea, Mozambique, Sierra Leona, Benin, Etiopia, Tanzania, Comoros, Maldivas, Cameroon, Costa de Marfil, Zimbabue, Liberia, República Democrática del Congo, Ruanda, Togo, Uganda, Zambia, Kenía, Sao Tome y Principe, Gabón, Lesotho, Ghana, Namibia, Swazilandia; América Latina y el Caribe: Guyana, Honduras, República Dominicana, Bolivia, Colombia, Haití, Perú, Guatemala, Nicaragua, Paraguay y El Salvador.

No obstante a los argumentos anteriores, estandarizar la "deseabilidad" remite a la discusión de la "objetividad y la subjetividad". Que si bien son complementarias también muestra la complejidad de su abordaje, son múltiples los factores que pueden estar influenciando la deseabilidad, principalmente la influencia que tienen las redes familiares y de comunidades respecto a embarazos tempranos, ya que muchas decisiones y planificaciones respecto a su sexualidad y reproducción se ven influenciadas por sus familiares y sus pares, por el "simple hecho" de llevar el mismo estilo de vida que su entorno social existiendo un círculo vicioso entre niveles de pobreza, menor escolaridad y embarazo adolescente.

VI. AVANCES NORMATIVOS Y DE POLÍTICAS PÚBLICAS

En este capítulo se da una mirada general a las políticas públicas en la Subregión Andina, con énfasis en los sectores de salud y educación. Por otro lado, los lineamientos estratégicos del Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PLANEA) han servido de base para políticas y programas de los respectivos ministerios de salud. Estas líneas han girado en torno a:

1. Sistemas de información, monitoreo y evaluación.
2. Modelos de gestión y atención que permitan derribar las barreras de acceso.
3. Participación de adolescentes.
4. Abogacía, alianzas y participación social.

De manera general, el embarazo y la maternidad adolescentes no han tenido una respuesta apropiada desde las políticas educativas, de salud, de infancia y de juventud. En ese sentido, algunas voces postulan que la maternidad adolescente es relevante como asunto de política pública, cuando la maternidad no es una decisión tomada libremente por las jóvenes madres y cuando reduce su nivel de escolaridad (Banco Mundial, 2012, citado en Salinas y Castro, 2014).

A continuación se hace un punteo de temas comunes a los países en relación con el acceso a servicios de SSSR, la educación integral de la sexualidad, matrimonio temprano y la interculturalidad:

- **Acceso a servicios de SSSR, incluyendo planificación familiar**

En el caso específico de los servicios en SSSR, se asume que si bien los marcos legales han mejorado, aún hay áreas de avance en la mayoría de los países, en particular para eliminar barreras normativas de acceso. En toda la región hay programas, planes y normas técnicas, pero la cobertura y la calidad con se ofrecen es diferenciada entre países, aunque un común denominador, que sigue siendo la persistencia de barreras asociadas a cuestiones culturales y prejuicios sobre la salud sexual y reproductiva de las personas, pero con un claro énfasis en la sexualidad adolescente y joven. De acuerdo a Arroniz (2016) los problemas y retos compartidos más comunes son:

- Cobertura insuficiente
- Infraestructura inadecuada y falta de instalaciones dedicadas
- Deficiente nivel de capacitación/sensibilización al personal
- Problemas con disponibilidad y acceso a métodos de planificación familiar y a la anticoncepción oral de emergencia

En el informe de la reunión realizada en Panamá (2014) sobre el desarrollo de los estándares en salud sexual y reproductiva de los adolescentes en Latinoamérica y el Caribe, se plantea la existencia de una serie de barreras en el acceso de los adolescentes al sistema de salud: cobertura insuficiente de los Espacios Amigables, escasa privacidad en las salas de espera de los centros y farmacias, disponibilidad insuficiente de servicios en los centros y horarios de atención poco convenientes, procedimientos administrativos excesivamente estrictos y calidad poco clara de los servicios provistos por los trabajadores de la salud (Binstock, 2016a).

▶ Educación Integral de la Sexualidad

Se ha comprobado que los programas integrales que brindan información correcta y completa sobre salud sexual y salud reproductiva dan lugar a una conducta más sana y mejores resultados, ayudando a niñas, niños y adolescente a protegerse de los embarazos no deseados, a defender sus derechos, aprender a cuestionar modelos nocivos de masculinidad, feminidad y a proteger a sí mismos y a sus parejas de las infecciones de transmisión sexual (*Ibíd*).

La mayor parte de los países de América Latina y el Caribe ha suscrito una diversidad de instrumentos internacionales en los que la educación integral de la sexualidad se considera un derecho humano y, en particular, un derecho de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes (UNFPA, 2013).

Más recientemente, en algunos países como Bolivia y Ecuador se ha planteado la adopción de políticas vinculadas a visiones y marcos legales de inclusión más amplios, como los de la no discriminación y la interculturalidad. En Ecuador, por ejemplo, la Ley Orgánica de Educación Intercultural (2011) plantea la elaboración y ejecución de las adaptaciones curriculares necesarias para asegurar la inclusión y permanencia dentro del sistema educativo de las personas con capacidades diferentes, adolescentes y jóvenes embarazadas (Salinas y Castro, 2014).

Si bien se constata que varios de los gobiernos de ALC están más sensibles y atentos sobre la importancia de impulsar estrategias en esta materia, aún se observan fuertes barreras y retos (Hunt y Monterrosas Castrejón, 2012, cita en Céspedes y Robles 2016). Igualmente, son muy pocos los países que tienen un programa específico de educación en sexualidad. El tema está presente en los países en leyes y decretos, pero se encuentran grandes diferencias en la forma en que se

enfrenta el tema de la sexualidad. De acuerdo a información de la CEPAL (2014a), existen legislaciones, programas o políticas públicas en temas de educación sexual en catorce países de la región (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y Uruguay (CEPAL, 2014a, cita en Céspedes y Robles, 2016).

En la Subregión Andina la educación sexual es obligatoria en diversos niveles de enseñanza en países como Colombia, Bolivia, Ecuador, y Chile. Algunos países han creado vice-ministerios o ministerios de la niñez y la adolescencia (FLASOG, 2011).

El primer paso que ha dado la mayoría de los países de la región de ALC para proteger el derecho a la educación de las adolescentes embarazadas o madres ha sido crear leyes que neutralicen los mecanismos de exclusión y discriminación que existen en algunos establecimientos educacionales y definir normas para lograr la retención de las madres adolescentes en el sistema educativo, de manera que puedan seguir estudiando libres de violencia y discriminación (CEPAL, 2016). En los países de la Subregión Andina el siguiente cuadro presenta los avances legislativos:

Tabla 11: Subregión Andina: tipo de legislación vigente relacionada con educación y embarazo, maternidad y paternidad en la adolescencia

País	Nombre de la norma	Año
Leyes dirigidas a neutralizar los mecanismos de exclusión escolar y las prácticas discriminatorias		
Chile	Ley General de Educación 20.370	2009
Ecuador	Constitución de la República	2008
	Ley núm. 100, Código de la Niñez y Adolescencia	2003
Perú	Ley núm. 29.600 que fomenta la Reinserción Escolar por Embarazo	2012
Venezuela (República Bolivariana de)	Resolución núm. 1.762 del Ministerio de Educación y Deportes	1996
Leyes en que se establece la prohibición de imponer medidas disciplinarias correctivas en instituciones educativas		
Venezuela (República Bolivariana de)		1998
Leyes que promueven políticas y programas de apoyo a las adolescentes para que finalicen su ciclo educativo		
Colombia	Ley núm. 1.098, Código de la Infancia y Adolescencia	2006
Perú	Ley núm. 29.6000 que Fomenta la Reinserción Escolar por Embarazo	2012

Fuente: Elaboración propia con base a: Maria Nieves Rico y Daniela Trucco, "Adolescentes: derecho a la educación y al bienestar futro", *serie Políticas Sociales*, Nº 190 (LC/L.3791), Santiago, Comisión Económica para América Lanina y el Caribe (CAPL), marzo 2014.

▶ Embarazo adolescente y matrimonio temprano

En los últimos años, en el mundo y también en la región de América Latina y el Caribe (ALC) se vienen delineando estrategias y políticas para prevenir el embarazo en menores de 15 años, y en la

prohibición de matrimonio infantil o precoz formal o unión informal con menores de 18 años. Esta prohibición está respaldada en la Convención sobre el Consentimiento para el Matrimonio, la Edad Mínima para el Matrimonio y el Registro de Matrimonios (ONU, 1962), asimismo, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (ONU, 1979). Además de los factores económicos que pueden empujar a que los padres busquen casar tempranamente a sus hijas e hijos, detrás del matrimonio infantil existen factores culturales y vinculados a la discriminación de género, bajo la cual se puede considerar que la educación de las niñas es menos importante que la de los niños, que hay que casar a las mujeres siendo niñas con el fin de asegurar su protección o iniciar tempranamente su periodo reproductivo. El matrimonio infantil y precoz está íntimamente vinculado a las inequidades, normas y estereotipos de género profundamente arraigados (Céspedes y Robles, 2016).

En ALC existe una dispar regulación sobre el matrimonio temprano. Este suele ser regulado por códigos civiles y de familia en los países, sin embargo, la mayoría de las legislaciones adolecen de claridad, utilizando términos ambiguos que dejan a la discreción de las autoridades la interpretación de la ley (*Ibíd*). En varios países se establecen excepciones a las edades legales para contraer matrimonio, en el caso que la niña esté embarazada. Este es el caso en el Estado Plurinacional de Bolivia y la República Bolivariana de Venezuela, entre otros. En tanto que Ecuador y otros países establecen una edad mínima para contraer matrimonio de 14 años para los hombres y de 12 años para las mujeres. (UNFPA, 2012, citado en Céspedes y Robles, 2016).

▶ Inclusión de la interculturalidad

De acuerdo con la "Sistematización de Buenas Prácticas en el Desarrollo de Modelos de Atención a la Salud Materna con Pertinencia Cultural" (FCI-UNFPA, 2012), que incluyó experiencias de Bolivia, Ecuador, Guatemala y Perú, el enfoque de interculturalidad en salud se traduce en dos ámbitos fundamentales de trabajo:

a) acciones cuyo propósito es la valorización de la medicina tradicional y su recuperación y uso en el sistema de atención pública.
b) acciones de "adecuación intercultural", que pretenden adaptar el servicio institucional de salud a las creencias y prácticas de la población originaria.

En el primer ámbito, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a los países miembros la articulación y/o integración de la medicina tradicional con la medicina occidental, como una estrategia para mejorar las coberturas de la atención en salud de grandes sectores de la población que se encuentran marginados por diversos factores.

El segundo ámbito de acción, la adecuación intercultural de los servicios, está bajo el control y la rectoría del sistema de salud institucional. Aquí se trata de promover acciones de mejoramiento de la oferta de salud.

Estas acciones apuntan al tema de calidad de la oferta y satisfacción del usuario; a la promoción de la adecuación de los protocolos de atención del parto a las perspectivas y necesidades de las mujeres indígenas; a la pertinencia de los programas educativos y de prevención; al uso del idioma nativo en la relación médico-usuario/a; a la adecuación de las infraestructuras de salud y del

equipamiento médico; al desarrollo de Oficinas Interculturales y a la presencia de facilitadores en los hospitales de mayor complejidad (FCI-UNFPA, 2012).

Bolivia, Ecuador y Perú son países de la Subregión Andina que han incluido el enfoque de interculturalidad en las respectivas normativas nacionales, como se puede observar más abajo. A grosso modo las estrategias han girado en torno a:

- Participación comunitaria
- Sensibilización y capacitación del personal de salud
- Incorporación de parteras y médicos tradicionales o agentes comunitarios
- Adecuación cultural de los servicios de salud
- Calidad de la atención en servicios de salud

Estas estrategias se han llevado a cabo en el marco de los DSDR, centrados principalmente en la atención materna.

Por su parte, Colombia destaca con las acciones desarrolladas por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Organización Nacional Indígena de Colombia, con el apoyo del UNFPA para suspender la práctica de la "mutilación genital" de las niñas de comunidades indígenas Emberá (Céspedes y Robles 2016).

En general, si bien se ha avanzado en la inclusión de un enfoque de interculturalidad y en los servicios de salud con pertinencia cultural acuden las adolescentes embarazadas y madres, las acciones no incluyen un enfoque diferenciado o un enfoque intergeneracional, por lo que no se cuenta con información específica sobre los efectos de la inclusión de la interculturalidad en la prevención del embarazo en adolescentes.

a. POLÍTICAS Y NORMATIVAS ESPECÍFICAS POR PAÍS

BOLIVIA

Bolivia es uno de los países de la región con el marco legal más progresivo en DSDR, ya que los reconoce desde la Constitución, así como en la Ley de Educación Avelino Siñani-Elizardo Pérez y en la reciente aprobada Ley de Juventudes.

El reconocimiento de los DSDR de los/as adolescentes y jóvenes por parte del Estado boliviano se ha venido dando desde mediado de década de los 90 y llega a su punto culminante cuando se constitucionalizan los mismos en la Constitución Política del Estado (2009) y se garantiza el acceso a los servicios y a la prestación de servicios gratuitos de SSSR en el Código Niño, Niña y Adolescente, el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI, 2002), la política Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI, 2008), la Atención Integrada al Continuo del Curso de la Vida (2012), la Guía Nacional para la Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes (Ministerio de Salud y Deportes 2013) y la Ley de Juventudes (2013), entre las principales.

El marco jurídico de juventudes es fundamental, principalmente el Plan Plurinacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes 2015-2020, que brinda lineamientos de acción para contribuir a la reducción del embarazo adolescente, en un marco de coordinación interinstitucional e intersectorial con activa participación de la población adolescente y de la sociedad civil. El Plan fue aprobado en enero de 2015 en el marco de la Ley No 342 de la Juventud.

Adicionalmente, en 2015 se declaró por ley al 4 de septiembre como el "Día de la Educación Sexual Responsable", reconociendo la relevancia que ésta tiene en la reducción de inequidades y de problemas como el embarazo adolescente y la propagación de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). En mayo de 2016 fue promulgada la Ley de Identidad de Género, marcando un hito regional en el tema y en respuesta a recurrentes casos de violencia hacia la comunidad LGBT.

La inclusión del enfoque de interculturalidad en las políticas de salud ha representado uno de los avances más importantes en el país. Al igual que los DSDR, este enfoque está plasmado en la Constitución Política del Estado. Así, en el sistema de salud, la SAFCI incluye la interculturalidad como uno de sus pilares para que la práctica médica se base en el respeto, el reconocimiento, la valoración y aceptación de los diferentes saberes médicos, promoviendo su articulación y complementariedad.

En salud materna e infantil las experiencias abarcan diferentes niveles de implementación, desde la adecuación cultural de la sala del parto hasta la habilitación de laboratorios para la preparación de medicamentos, generación de conocimientos y saberes medicinales, y la gestión conjunta de salud (Roosta, 2013). Empero, no hay una especifidad en cuanto a las y los adolescentes.

En general, los retos en las políticas para la prevención del embarazo en adolescentes, yacen en su implementación efectiva y medidas integrales que aseguren el desarrollo de los y las adolescentes. Algunos datos obtenidos por el Censo de Población y Vivienda (2012), la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA, 2008) y el Informe de los ODM 2015, muestran que las y los adolescentes y jóvenes se encuentran en situación de vulnerabilidad, ante las condiciones de pobreza, desigualdad socioeconómica y educativa, las altas tasas de embarazo y el acceso limitado a anticonceptivos y otros servicios de SSSR, situación que se agrava por vivir en áreas pobres, rurales e indígenas.

La atención diferenciada en salud para adolescentes y jóvenes es mínima. Las barreras de acceso a los servicios de salud identificadas por adolescentes y jóvenes son: el temor y la vergüenza, las actitudes de rechazo, prejuicios y discriminación de los y las profesionales, los horarios no adecuados a sus estudios y trabajos, limitaciones económicas para pagar servicios y falta de confidencialidad (Castro y López, 2014).

Otra de las limitaciones actuales para conocer la situación de la SSSR de adolescentes y jóvenes es que no se cuenta con información actualizada.

La información de UNFPA (2014) destaca algunas iniciativas para la prevención del embarazo en adolescentes que incluyen estrategias intersectoriales y participativas con adolescentes y jóvenes, entre ellas:

- Conformación de un Comité Nacional de Adolescencia y Juventud, que bajo el slogan "Tu vida, tu decisión", ha desarrollado distintas acciones informativas en torno a la prevención del embarazo adolescente, los derechos y la salud sexual y reproductiva, iniciativa liderada por el Ministerio de Salud y Deportes.
- Se fortalecieron los vínculos intersectoriales, en particular con el Ministerio de Justicia a través del Viceministerio de Igualdad de Oportunidades, para la promulgación de la Ley de Juventudes.
- Conformación del Comité Consultivo Nacional de Adolescentes y Jóvenes para la Prevención del Embarazo Adolescente, ámbito en el cual se desarrollan permanentemente actividades de información y capacitación para el manejo de temas de salud sexual y reproductiva y derechos.
- Amplia participación de adolescentes y jóvenes en diferentes departamentos del país en:
    - Páginas virtuales y redes sociales (por ejemplo, *estasjoven.com)* con temas relacionados con la prevención del embarazo adolescente, anticoncepción, prevención de violencia y VIH/SIDA.

- Jornadas para la *prevención* y cabildo por los derechos sexuales y reproductivos.
- En procesos de discusión para la inclusión de temas de juventud en los Estatutos Autonómicos, Cartas Orgánicas y Planes Estratégicos quinquenales de los municipios.

COLOMBIA

Colombia cuenta con un marco legal en donde se reconocen derechos relevantes para la adolescencia y juventud desde la Constitución, así como en el Código de la Infancia y Adolescencia, la Ley de Seguridad Social y la Ley de Normas de Atención a Pacientes de VIH/SIDA. Estos instrumentos establecen condiciones para la construcción de políticas y programas como el Plan Decenal de Salud Pública (el cual reconoce prioritario la atención al embarazo adolescente), los Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes (con énfasis en la asesoría o consejería, los métodos modernos de planificación familiar y la prevención de riesgos) y el Programa Nacional para de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía.

En el país, el 92 por ciento de las Direcciones Territoriales de Salud han implementado el modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ), como estrategia de garantía de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes y de prevención del embarazo adolescente. Actualmente, el país tiene 672 SSAAJ implementados en el 45 por ciento de sus municipios. Este modelo incluye la capacitación de 2.000 profesionales de la salud, un enfoque sistemático y procesos rigurosos de autoevaluación (UNFPA, 2014). En meses recientes, fue reconocido el matrimonio igualitario, lo que constituye un avance en la agenda de derechos en el país y en la región (Arróniz, 2016).

Los retos identificados radican en universalizar el acceso a servicios de calidad, así como disponibilidad a métodos de planificación familiar que incluya información oportuna en su uso (*Ibíd*). Si bien ha logrado éxitos significativos en expandir tanto el acceso a los servicios de planificación familiar como la cobertura de seguro social de salud, aún existen todavía algunos retos en la equidad de acceso y sustentabilidad financiera[17].

Entre algunas iniciativas para la prevención del embarazo en adolescentes que incluyen estrategias intersectoriales y participativas con adolescentes y jóvenes, destacan:

- Se fortaleció la Mesa Intersectorial de Adolescencia y Juventud, en la que participan los sectores de Educación, la Consejería Presidencial de Programas Especiales, entre otras entidades del orden nacional. En este espacio se diseñó el modelo de gestión intersectorial para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, y se logró la expedición de un Decreto Presidencial por el cual se creó la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, cuyo plan de acción incluye la prevención del embarazo en la adolescencia como prioridad (UNFPA, 2014).

- En colaboración con el Ministerio Público de Salud, sociedades profesionales científicas e instituciones académicas reconocidas en el ámbito nacional, se desarrolló un currículo sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes, basado en evidencias científicas y estándares para la formación de profesionales de la salud (Ibíd).

- La Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) con el apoyo del UNFPA, se han comprometido a formular un plan nacional de trabajo orientado a la identificación, revisión y erradicación de prácticas que afectan la vida y la salud de las niñas y las mujeres indígenas, específicamente la mutilación genital de las niñas embera (Robles y Céspedes, 2016).

[17] http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/2068-2106_HPFFPBriefColombiaSpanish.pdf

- Participación de jóvenes en las mesas regionales de comunicación, registrando un logro de movilización de alcance nacional que involucró a múltiples actores. La estrategia, permitió también posicionar los temas de prevención del embarazo en la adolescencia entre los medios de comunicación, y a través de ellos como tema de la agenda pública general (UNFPA, 2014).
- Se han fortalecido la organización, participación social y el ejercicio de los derechos y la salud sexual y reproductiva de grupos, organizaciones y redes de jóvenes (GOR), a través del convenio con el MPS y en estrecha coordinación con el PLANEA (*Ibíd*).

Por otro lado, en Colombia, en 2006 se adoptó la norma técnica para la prestación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo. Sin embargo, las adolescentes y jóvenes son uno de los grupos que más sufren las barreras administrativas y la negación ilegal de la prestación de estos servicios (Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, 2014).

CHILE

Chile es uno de los países de la región que presenta amplias oportunidades para avanzar en la agenda de SSSR, con fuerte énfasis en prevención del embarazo adolescente y también en reducción de inequidades. En 2008 se formuló una nueva política de salud para adolescentes y jóvenes enmarcada dentro del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (Binstock, 2016a).

En 2010 se promulgó la Ley (20.418, aprobada en 2010) que "Fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en materia de Regulación de la Fertilidad" que reconoce el derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad. Establece que *"toda persona tiene derecho a elegir libremente, sin coacción de ninguna clase y de acuerdo a sus creencias o formación, los métodos de regulación de la fertilidad femenina y masculina*". Una novedad de esta Ley es la inclusión de la garantía de anticoncepción de emergencia ("píldora del día después") en el servicio público de salud del país. Los servicios de salud públicos están autorizados para prescribir y proporcionar gratis métodos anticonceptivos a adolescentes mayores de 14 años, sin necesidad del consentimiento de sus padres (*Ibíd*).

En relación con la educación sexual, no hay una ley propiamente dicha. Aunque la Ley 20.418 determina que todo establecimiento educacional que imparte enseñanza media debe contar con un plan de educación en sexualidad, para lo cual el Ministerio de Educación entrega orientaciones técnicas (*Ibíd*). Sin embargo, uno de los temas relevantes que dan cuenta de la ausencia de educación sexual, es el embarazo adolescente que afecta principalmente a estudiantes con riesgo socioeducativo y de deserción escolar. Entre el periodo 2014-2015, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) calcula un total de 18.000 estudiantes que son madre o padre y/o tienen un hijo/a en gestación (Dides y Fernández, 2016).

Si bien la Ley 19.688 de 2000, que está por encima del reglamento interno del colegio, garantiza el derecho de las alumnas madres y embarazadas a permanecer en sus respectivos establecimientos, fuentes recientes dan cuenta de varias denuncias de discriminación por embarazo en las escuelas (Binstock, 2016a).

Actualmente el Ministerio de Salud ha considerado en el desarrollo de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, la necesidad de una intervención prioritaria en la infancia y adolescencia con estrategias preventivas, informativas, promocionales y de rehabilitación. Entre estas medidas se ha considerado propuestas específicas para prevención del embarazo adolescente, asociados con el logro de los Objetivos Sanitarios para la década, objetivos estratégicos y metas de impacto, en el marco de una atención integral en adolescentes. Para garantizar los derechos de los y las adolescentes, se emite la

circular N°10 7/10/2016 que busca asegurar el acceso de los adolescente a prestaciones del ámbito de salud sexual y reproductiva y la N° 11 7/10/2016, sobre la atención de adolescentes que concurren sin compañía de adulto responsable, cómo una forma de resguardar su derecho (Herrera, 2016).

Entre los retos más relevantes, se encuentra incrementar la cobertura de los Centros Amigables para Jóvenes, así como realizar las adecuaciones necesarias para que el Ministerio de Educación tenga la capacidad de generar contenidos curriculares en Educación Sexual Integral que sean implementadas dentro del sistema educativo, en particular en el modelo subvencionado (Arróniz, 2016).

Por otro lado, los sistemas de salud y educación son de carácter privado o subvencionado a particulares, lo que debilita la capacidad rectora del Estado en cuanto a calidad de los servicios. Tras el inicio de la segunda administración Bachelet, se han dado avances en la agenda de los DSDR, en particular la iniciativa para despenalizar la interrupción por al menos cuatro causales, así como el reconocimiento legal de las uniones entre personas del mismo sexo (*Ibíd*).

A pesar de acceso casi universal a servicios de salud, incluso a la planificación familiar, a través de su esquema de dos niveles de seguro social de salud, Chile todavía se queda debajo de los promedios regionales en términos de indicadores de planificación familiar[18].

Entre algunas iniciativas para la prevención del embarazo en adolescentes que incluyen estrategias intersectoriales y participativas con adolescentes y jóvenes, destacan:

- Experiencia desarrollada entre el Servicio Nacional de la Mujer y el Ministerio de Salud en el 2014. El objetivo fue fortalecer el proyecto de vida de cada una de ellas y prevenir la reincidencia de embarazo. La acción principal fue la visita domiciliaria, para otorgar apoyo, información y orientación sobre salud sexual y reproductiva, promoviendo además la vinculación de la adolescente con su centro de salud y la permanencia o reinserción escolar (UNFPA, 2014).
- El Servicio Nacional de Menores (SENAME), que colabora con el sistema judicial y dependiente del Ministerio de Justicia para la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, y de jóvenes entre 14 y 18 años ante el sistema judicial (Herrera, 2016).
- Para el período 2017- 2018: Implementación de 384 espacios amigables, a fin de que al término del período de gobierno, se cumpla con la meta de contar con un espacio amigable en el 100% de los establecimientos de atención Primaria (567; CGR, CGU y CESFAM), considerando que esta estrategia se implementó durante el primer mandato de la Presidenta Bachelet. (UNFPA, 2014)
- El Ministerio Mujer y Equidad de Género promueve la Campaña "No + Violencia en el Pololeo". El objetivo de la campaña es prevenir la violencia en las relaciones de parejas jóvenes y adolescentes. (https://portal.sernam.cl/comprometido/)
- Conformación de Consejo Consultivo de adolescentes y jóvenes en Sector Salud desde año 2010. Se organizaron y sistematizaron 14 Diálogos Participativos para promover la participación adolescente y joven (con enfoque de género y etnicidad) en el marco de la política nacional y regional sobre salud sexual y reproductiva, con énfasis en la prevención del embarazo adolescente, en alianza estratégica con el Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de la Juventud (Herrera,

[18] http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/2068-2104_HPFFPBriefChileSpanish.pdf

2016).

ECUADOR

Al igual que Bolivia, Ecuador tiene una de las legislaciones más progresivas en materia de DSDR, ya que los reconoce desde el nivel constitucional, así como en instrumentos como la Ley Orgánica de Salud y la Ley de Educación Intercultural. Hasta mediados de 2015, el país había implementado un modelo novedoso de atención a la SSSR de la adolescencia, conocido como Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del embarazo en adolescentes (ENIPLA), así como el Programa Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor (Arróniz, 2016).

En este país hay un amplio desarrollo normativo y legal que respalda las acciones en salud intercultural. Desde el año 2005 se determina el carácter intercultural que debe tener la atención de la salud materna, sexual y reproductiva en las unidades operativas del país, lo cual permite la creación de servicios interculturales respaldados por el sistema de salud. Así mismo, se considera clave el rol del Departamento de Interculturalidad a nivel nacional y provincial, que en los últimos años ha guiado la implementación de servicios de salud intercultural a nivel nacional según dictan las políticas y normas (FCI-UNFPA, 2012).

En la inclusión de este enfoque destacan las experiencias llevadas a cabo con la población indígena de la Provincia de Sucumbíos de región norte de la Amazonía, que apuntan a la eliminación de barreras culturales con la oferta de parto en posición vertical; adecuación del ambiente físico del servicio de salud; sensibilización intercultural del personal institucional; y acompañamiento de la partera o familiares durante la labor de parto. Las parteras y promotores comunitarios de salud tienen un papel destacado en todas estas actividades.

En adición, en Ecuador se ha fortalecido la implementación de la educación de la sexualidad integral. En el ámbito nacional se están trabajando instrumentos y guías pedagógicas para incorporar la Educación de la Sexualidad en la Educación para la Democracia y el Buen Vivir. A nivel local, se han desarrollado estrategias innovadoras como el Curso Multimedia de Educación de la Sexualidad, que utiliza radio y herramientas informáticas para llegar no solamente a profesores, pues las clases radiales son sintonizadas por padres, madres y estudiantes (UNFPA, 2014).

Asimismo, están conformados 140 servicios de atención amigable o diferenciada para adolescentes en las unidades del Ministerio de Salud Pública, a nivel nacional, que brindan atención integral con énfasis en salud sexual y reproductiva (MSP, 2011, citado en UNFPA, 2014).

Sin embargo, el presidente Rafael Correa decidió reorientar ambos programas en uno denominado “Plan Familia Ecuador”, con una fuerte inclinación conservadora y orientado a resaltar “valores” por sobre el derecho a una sexualidad placentera y segura. Al frente de este programa, el Presidente Correa designó a una persona altamente ligada a la organización Opus Dei, lo que constituye uno de los retrocesos más sensibles en los DSDR de la región. Por lo anterior, las áreas de oportunidad son muy amplias, que van desde mantener los avances logrados en reconocimiento de derechos, como buscar espacios de incidencia para rescatar los logros en cuanto a política pública en salud sexual y reproductiva (Arróniz, 2016).

Entre algunas iniciativas indetificadas por UNFPA (2014) para la prevención del embarazo en adolescentes que incluyen estrategias intersectoriales y participativas con adolescentes y jóvenes, destacan:

- En articulación con el PLANEA, Ecuador conformó el Comité Intersectorial de Prevención del Embarazo en

Adolescentes (CIPEA), integrado por el Ministerio de Coordinación y de Desarrollo Social, Ministerio de Salud Pública (MSP), Secretaría Nacional de Planificación, Ministerio de Educación, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Consejos Nacionales, Comité Juvenil de Prevención del Embarazo en Adolescentes, UNFPA, OPS, UNICEF y ONGs nacionales e internacionales.

- Ciento sesenta y dos organizaciones comprometidas con los derechos, la salud sexual y reproductiva, y en la promoción de la participación juvenil en los ámbitos nacional, provincial y local, se han sumado a la iniciativa. Como resultado, se construyeron el Mandato Juvenil para la Constitución y el Plan de Acción Juvenil.
- Está conformado a nivel nacional un Comité Juvenil de Prevención de Embarazo en Adolescentes que ha venido participando en la elaboración y diseño de varias iniciativas relacionadas a la prevención del embarazo adolescente, incluyendo la política nacional reciente de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar.

PERÚ

Perú tiene leyes donde se reconocen los DSSR, en forma implícita, desde la Constitución, así como en instrumentos como la Ley de Igualdad de Oportunidades, la Ley General de Salud, la Ley de Política Nacional de Población, así como el Código de los Niños y Adolescentes. Actualmente se cuenta con el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescente 2013-2021.

Este Plan está orienta al sector publico y otros sectores de la sociedad civil, y de los organismos de cooperación técnica en la prevención del embarazo en adolescentes, considerando especialmente aquellos grupos en situación de mayor vulnerabilidad y pobreza, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género, interculturalidad e inclusión social.

En 2013, el Tribunal Constitucional declaró inconstitucional una disposición del Código Penal que penalizaba las relaciones sexuales entre adolescentes, lo que abrió la puerta para eliminar barreras de acceso a servicios amigables en SSSR. Sin embargo, el Artículo 4° de la Ley General de Salud incluye un texto que ha sido interpretado en forma que se invoca en establecimientos de salud, para negar el servicio a adolescentes, sin el consentimiento de los padres o tutores (Arróniz, 2016).

Recientemente el 31 de agosto del 2016 se aprobó con la RM Nº 652-2016MINSA, la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar en la cual se da una interpretación adecuada al artículo 4° de la Ley General de Salud permitiéndose el acceso de los adolescentes a los SSSR y MAC incluyendo el Anticonceptivo de Emergencia (AE).

El país ha ido mejorando gradualmente en la implementación de servicios amigables para adolescentes y jóvenes, cuenta con una Guía para evaluar los servicios diferenciados para adolescentes, aunque dado el proceso de descentralización político-administrativo, hay problemas de subsidiaridad entre niveles de gobierno que afectan la cobertura, la calidad y el acceso. Se cuenta con la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente durante el Embarazo, Parto y Puerperio.

Asimismo, el Primer Juzgado Constitucional emitió una medida cautelar para que la Anticoncepción de Emergencia sea vuelta a distribuir en los centros de salud públicos. Cabe recordar que el Tribunal Constitucional (TC) restringió la entrega gratuita del fármaco señalando que existe una duda razonable sobre una presunta naturaleza abortiva del principio activo del mismo. El TC prohibió la distribución gratuita de la AE, pero no su comercialización. Fue un acto discriminatorio. Por ello, este nuevo fallo tiene un enorme valor, ya que permitirá que miles de mujeres sin recursos tengan acceso a este anticonceptivo. El Ministerio de Salud apoya esta política, sin embargo se recomienda dar seguimiento a fin que se cumpla con la medida impuesta en el plazo indicado por el juzgado. Si bien el uso de métodos anticonceptivos modernos se ha incrementado, sin embargo el porcentaje de demanda de PF

satisfecha por métodos modernos permanece bajo y todavía existen brechas significativas en la cobertura de seguro.

Respecto a la interculturalidad, destaca el proyecto "*Servicios de salud con pertinencia intercultural para ciudadanos y ciudadanas indígenas*" implementado en la Micro Red de Vinchos, en la región de Ayacucho, durante 2010 y 2011 con los siguientes objetivos: a) fortalecer la identidad cultural y el ejercicio de ciudadanía en salud, b) promover la articulación de la medicina tradicional y la medicina académica, y c) fortalecer las competencias interculturales de los recursos humanos de salud. Con este experiencias se han realizado esfuerzos para pasar de un enfoque de adecuación cultural de los servicios, a servicios con pertinencia intercultural, lo cual supone una aproximación más horizontal y un mayor enfoque en la participación ciudadana activa en los servicios (FCI-UNFPA, 2012).

En la inclusión del enfoque intercultural cuenta con la Norma Técnica de Salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos y con pertinencia cultural, que está siendo implementada a nivel nacional, conjuntamente con la adecuación cultural de los servicios de salud ,para disminuir la barrera cultural. Así mismo se cuenta con casas de espera en donde pueden ser alojadas las adolescentes que viven muy lejos de un establecimiento de salud o que están en riesgo de sufrir violencia o abandono.

Entre algunas iniciativas para la prevención del embarazo en adolescentes que incluyen estrategias intersectoriales y participativas con adolescentes y jóvenes, destacan:

- El país cuenta con un Plan Nacional Multisectorial de Prevención del Embarazo Adolescente para el periodo 2013-2021, elaborado con fundamento operativo en el Diagnóstico Nacional en torno al Embarazo en Adolescentes, desarrollado en el marco de esta iniciativa y con la participación de diversos sectores gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil, incluyendo organizaciones juveniles (http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/2068-2102_HPFFPBriefPeruSpanish.pdf).
- Cinco Consejos Regionales de Jóvenes para la Prevención del Embarazo Adolescente (Tumbes, Lima, Loreto, Ucayali y Ayacucho), integrados por más de 50 organizaciones juveniles y más de 150 adolescentes y jóvenes, se encuentran empoderados y participando en la acción pública para reducir el embarazo en adolescentes (UNFPA, 2014).

VENEZUELA

Venezuela es otro de los países de la región que garantizan el derecho a decidir el número de hijos desde el nivel constitucional, reforzado en instrumentos como la Ley Orgánica de Salud y la Ley Orgánica para la Protección del Niño y Adolescente. En 2014 fue aprobada y publicada la Norma Oficial para la Atención Integral en SSSR, con contenidos progresivos, reconocimiento de derechos e indicando acceso y calidad de los servicios, incluidos aquellos para adolescencia y juventud. El Plan Nacional de Atención a las y los Adolescentes 2015-2019 (PANA) busca aumentar la cobertura de atención y aplicación de los Programas destinados a este grupo, bajo los principios esenciales rectores de la atención en salud: universalidad, unidad en la articulación de políticas, programas y prestación de servicios a la salud, participación social, equidad y priorización al que más necesite atención, con justicia social, solidaridad, calidez humana y corresponsabilidad de gestión para el alcance de los objetivos del PANA.

El país también cuenta con la "Guía Técnica para la Implementación y Evaluación de Servicios y Consultas de Salud Amigables para Adolescentes", con la finalidad de facilitar el acceso y responder a las necesidades y demandas de las y los adolescentes de forma integral, con un buen trato, horarios especiales, ambientes acogedores, con material informativo, personal capacitado y que brinde

confianza; que sean espacios en donde la participación de los adolescentes sea efectiva, se recoja y adapte a sus inquietudes, se atiendan con calidad, se de una orientación precisa y se apliquen mecanismos de articulación interinstitucionales e intersectoriales, a través de las redes sociales y de salud existentes (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2015).

En Venezuela, sin embargo la legislación establece la necesidad de que las y los adolescentes cuenten con el consentimiento de sus padres o tutores legales para acceder a servicios de SSSR. Esta situación puede llevar a que niñas y adolescentes comiencen su vida sexual sin utilizar métodos anticonceptivos y con una mayor exposición al embarazo temprano y a infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH (ONUSIDA, UNFPA y UNICEF, 2015, citado en Robles y Céspedes, 2016).

A la fecha, las condiciones institucionales del país han dificultado la implementación adecuada de los servicios, por lo que las áreas de mejora son amplias, incluido el incremento del presupuesto dedicado al abastecimiento de métodos anticonceptivos, e incluso establecer mecanismos de subsidio diferenciados para poblaciones vulnerables. Otra área de oportunidad, es la de incrementar la cobertura de los servicios, ya que la condición geográfica es un condicionante para el acceso. La implementación de educación sexual en forma integral es otro frente aún con mucho trabajo por realizar, tanto desde el sector educativo como en sinergia con el sistema de salud.

Entre algunas iniciativas para la prevención del embarazo en adolescentes que incluyen estrategias intersectoriales y participativas con adolescentes y jóvenes, destacan:

- Venezuela ha trabajado con el Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente, apoyado por el UNFPA, enfocando la formulación de políticas públicas a través del dialogo intersectorial y la participación activa de grupos juveniles que fortalecen a través de las redes sociales las capacidades institucionales y humanas (UNFPA/AECID, 2012, Citado en Plan Nacional de Atención para las y los Adolescentes en Venezuela - PANA).
- Diversas Organizaciones de Base Comunitaria han establecido alianzas estratégicas para la puesta en marcha del Plan de Atención Nacional de las y los Adolescentes.

b. PRINCIPALES DESAFÍOS EN POLÍTICAS Y PROGRAMAS

A partir de lo observado en torno a los avances en políticas y normativas para la Subregión Andina, se hacen evidentes varios desafíos, entre los cuales los más relevantes se vinculan con:

- La salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos de las y los adolescentes siguen planteando múltiples desafíos y requieren un abordaje distinto del sostenido hasta ahora. La escasa articulación de los sectores educativos y de salud, la casi inexistente perspectiva de promoción de derechos, autocuidado y bienestar de un abordaje poblacional de la prevención del embarazo, han demostrado pocos resultados positivos para las adolescentes y jóvenes de la región (WHO-HRP, 2016).
- En algunos países se avanzó en un marco legal de avanzada para adolescentes, empero todavía hay problemas en la implementación de políticas públicas, planes y programas en SSSR (ej., Bolivia).
- En el caso específico de los servicios en SSSR, se asume que si bien los marcos legales han mejorado, aún hay áreas que requieren seguir mejorando en la mayoría de los países, en particular para eliminar barreras normativas de acceso.
- En toda la región hay programas, planes y normas técnicas, pero la cobertura y la calidad con se ofrecen es diferenciada entre países, aunque un común denominador, que sigue siendo la

persistencia de barreras asociadas a cuestiones culturales y prejuicios sobre la salud sexual y reproductiva de las personas, pero con un claro énfasis en la sexualidad adolescente y joven.

- La Educación Sexual Integral aún es un tema pendiente de ser incluido en los contenidos curriculares, y en la formación y capacitación de los docentes (por ej., en Bolivia y Chile) (Arróniz, 2016).
- En lo que se refiere específicamente a la anticoncepción de emergencia también se detectan trabas. Por ejemplo, Chile carece de una guía que reglamente la ley existente, lo cual constituye una barrera en la accesibilidad a la anticoncepción de emergencia (Binstock, 2016a).
- Desde una mirada de género, cabe resaltar también que la atención de las políticas se enfoca actualmente en las madres adolescentes y bastante menos en los padres. De igual manera, desde esta perspectiva se debe trabajar en la eliminación de estereotipos basados en genero que reproducen la desigualdad y la inequidad.
- Se evidencia la ausencia de un análisis, interpretación y actualización de normativas y leyes que contemplan la situación legal de las niñas embarazadas menores de 18 años, principalmente en comunidades indígenas y rurales.
- El enfoque de interculturalidad y sus diferentes estrategias no contemplan un abordaje generacional o diferenciado para adolescentes, por lo que no se cuenta con información específica sobre el impacto de este enfoque en la prevención del embarazo en adolescentes con pertenencia étnica.

Entendiendo que existen aún varios problemas a enfrentar en la atención de adolescentes y jóvenes, es importante destacar algunos retos comunes en la Subregión:

Los problemas y retos compartidos más comunes:

- **Disponibilidad insuficiente de servicios Para adolescentes, o horarios de difícil acceso o poco convenientes en los establecimientos de salud en los centros y horarios poco convenientes.**
- **Infraestructura inadecuada y falta de instalaciones.**
- **Escasa privacidad en las salas de espera de los centros y farmacias.**
- **Deficiente nivel de capacitación/sensibilización al personal.**
- **Problemas con disponibilidad y acceso a métodos de planificación familiar y a la Anticoncepción Oral de Emergencia.**
- **Procedimientos administrativos excesivamente estrictos.**
- **Problemas en la calidad de la atención.**
- **Capacitación del personal.**
- **Disponibilidad de insumos médicos –con énfasis en métodos anticonceptivos que incluya información oportuna en su uso.**

VII. IMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Las implicaciones y consecuencias del embarazo en las adolescentes son múltiples y tienen que ver con la salud en general, la salud mental, los derechos humanos, el desarrollo social y cultural, la autonomía, la dignidad y en últimas la vida truncada de una persona. De igual manera, esta situación no sólo involucra al adolescente sino a sus redes sociales y familiares que desde diferentes situaciones apoyan o rechazan, favoreciendo o agudizando la situación y entorno de la adolescente. No obstante, la responsabilidad principal para implementar medidas prioritarias y oportunas para prevenir las consecuencias negativas del embarazo en adolescente es del Estado.

Aquí destacamos la mortalidad materna, el aborto y el suicidio por sus implicaciones en todas las esferas de la vida de la adolescente.

a. MORTALIDAD MATERNA

La concepción de mortalidad materna en las adolescentes en Bolivia

"Según los y las entrevistados, el concepto de mortalidad materna está asociado a la falta de cuidado durante el embarazo y a la debilidad física de las mujeres embarazadas. En algunos casos se asocia la mortalidad materna con la negligencia médica y la falta de atención oportuna. Se atribuye la mortalidad materna a regiones rurales de área dispersa donde no existe asistencia médica" (UNFPA, 2016).

En la actualidad, la región de ALC tiene una de las tasas de mortalidad de madres jóvenes más altas del mundo (UNFPA, 2013). Para el año 2013 las muertes relacionadas al embarazo, parto y puerperio fueron la cuarta causa principal en adolescentes de 15 a 19 años después de accidentes (transporte terrestre) agresiones, homicidios y lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) (Sistema de Información Regional de Mortalidad OPS, 2013, citado en Salinas y Castro (colab.), 2016).

El aborto es otra de las causas de muerte materna. Se estima que del total de abortos inseguros en la región, el 15% se produce entre las adolescentes (OPS, 2012). Por otro lado, si bien las muertes maternas por aborto han disminuido, la hipótesis es que estas se enmascaran en otras causas directas de muertes maternas, ya sea en hemorragias o, en el caso de muchos países, en muertes relacionadas al suicidio durante el embarazo, especialmente en adolescentes (Salinas y Castro, 2014).

En un estudio para cuantificar el riesgo de mortalidad materna en adolescentes, realizado por la OMS en colaboración con UNFPA, se determinó que las adolescentes de 15 - 19 años tienen entre 17 - 28% más riesgo de morir que las mujeres mayores de 20 años. La misma fuente señala que un estudio de alta calidad (n= 850.000 mujeres en ALC) las madres menores de 16 años tienen 4 veces más el riesgo de morir por causas maternas en comparación con madres entre 20 - 24 años de edad (Camacho, 2014); este último dato resulta particularmente relevante considerando la tendencia hacia el incremento del embarazo en adolescentes en menores de 15 años (Salinas y Castro (colab.), 2016).

En las menores de 15 años la causa más importante se relaciona con el trastorno hipertensivo, la segunda causa se ubica en el grupo de muertes maternas registradas tardíamente, que son consecuencia de complicaciones del embarazo o parto. Ambas causales son indicadores de un déficit en la detección precoz de una patología mal tratada o simplemente no tratada en el período prenatal. La

tercera causal se relaciona con las complicaciones de un embarazo que termina en aborto, la cuarta y quinta, con las complicaciones en el período del trabajo de parto y sepsis en el posparto inmediato o puerperio mediato (FLASOG, 2011).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2015) si bien varios países de América Latina han comenzado a informar sobre mortalidad materna en adolescentes, todavía se necesitan mejores datos sobre la carga de mortalidad materna entre las adolescentes y sobre las niñas menores de 15 años (WHO, 2015).

En Perú en el año 2000, la Dirección General de Epidemiologia del MINSA, del total de muertes maternas en el año 2000, la mortalidad en adolescentes de 10 a 19 años de edad representó el 13%, y para el 2012 en adolescentes de 12 a 17 años de edad el 9,6%, donde la primera causa de muerte materna directa es la HIE seguida del aborto, la hemorragia, y la infección. Con respecto a la mortalidad materna indirecta, el primer lugar lo ocupa el suicidio, que se incrementó de 39% en el 2010 a 44% en el 2012 (Del Carpio 2013).

En Bolivia, si bien las muertes maternas estudiadas están concentradas en el tramo etario de 20 a 39, años es importante tomar nota del porcentaje de mujeres entre 14 a 19 años que murieron por causas relacionadas a un embarazo, parto o post parto. Un 12% de mujeres de 14 a 19 años murieron por causas relacionadas a un embarazo, parto o post parto, y se registró también un 2% de muertes maternas en menores de 15 años. Adicionalmente cabe resaltar que entre el año 2000 y el 2011 las muertes maternas se incrementaron de un 18% a un 23% en el grupo etario de 35 a 39 años, a pesar de la reducción en la RMM nacional (MSD, 2016, citado en Salinas y Castro (colab.), 2016).

En Ecuador, el 64% de muertes maternas ocurren entre las edades de 20 a 34 años. Del total de muertes maternas 10% ocurrieron en mujeres adolescentes (menores de 20 años), mientras que el 25% se presentaron en mujeres de 35 años y más mueren en un 25% (Verdesoto, 2014, citado en Salinas y Castro (colab.), 2016).

En Venezuela, destaca entre los países con un porcentaje mucho más alto en menores de 20 años, comparado con los demás países. Según datos del Ministerio del Poder Popular para la Salud (2009), de las 434 mujeres que murieron en el año 2009, el 19% de la mortalidad materna corresponde a jóvenes menores a los 20 años de edad (AVESA – ACCSI - Aliadas en Cadena, 2015, citado en Salinas y Castro (colab.), 2016).

Si bien en Colombia se ha presentado una tendencia a la disminución de la mortalidad materna en todos los grupos de edad, las madres menores de 15 años presentan una razón de mortalidad superior al promedio nacional. En el periodo 2005-2011 se encuentra que las razones más bajas corresponden a madres entre 15 y 29 años. Los valores empiezan a aumentar a partir de los 30 años y el riesgo de muerte crece geométricamente a partir de los 35. La reducción es mucho más notoria en las madres mayores de 40 años (Martínez, 2011, citado en Salinas y Castro (colab.), 2016).

La mortalidad infantil, neonatal y fetal tardía es muy superior en los hijos de madres menores de 15 años. Igualmente el peso y la edad gestacional de los recién nacidos de madres adolescentes es significativamente menor cuando se compara con las otras gestantes (FLASOG, 2011).

Al respecto datos de una investigación en 14 municipios de Bolivia indican que se registraron 27 muertes en el periodo perinatal, una de las adolescentes tuvo dos hijos nacidos muertos en el mismo año. La investigación concluye que en 63% de los casos, la muerte perinatal ocurrió antes del parto y en 18% de los casos durante el parto. En casi 20% de muertes perinatales no se tiene registrado en la HCP el momento de la muerte (UNFPA, 2014).

b. ABORTO

La interrupción de un embarazo en condiciones inseguras impone severos riesgos en la salud y la vida de las mujeres, principalmente de las adolescentes. Sin embargo, esa inseguridad está ligada a «situaciones antes, durante y después» del aborto. La ausencia de consejería sistemática en salud reproductiva, las barreras para acceder a los abortos legales, la escasa disponibilidad de la tecnología adecuada para el tratamiento del aborto incompleto, la amenaza de procesos judiciales y el estigma y la sanción social que pesa sobre las mujeres, son algunos de los factores que contribuyen a agravar la situación. (WHO, 2011, citado en Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, 2014).

Uno de los casos más preocupantes en ALC es la atención del aborto. En la mayoría de los países de la región las adolescentes sufren serias barreras para obtener una atención adecuada, debido a restricciones formales o informales vinculados a su «estatus» de adolescentes (Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, 2014).

La tasa de abortos en Sudamérica es una de las más altas de todo el mundo: 36 por cada 1.000 mujeres. La mayoría se realizan en condiciones inseguras (OMS, 2010). En Brasil, Colombia y Perú, una de cada 10 de las mujeres hospitalizadas por complicaciones de abortos son menores de 20 años. (FLASOG, 2010, citado en UNFPA, 2014).

En los países del Cono Sur existen vacios legales que imponen, en los hechos, serias barreras en materia de secreto profesional y confidencialidad en la atención de la salud reproductiva y sexual. Muchos profesionales de la salud niegan o proveen un servicio deficiente por el desconocimiento de las normas aplicables en materia de confidencialidad (Informes países; UNFPA 2013).

En Chile durante el 2011, el MINSAL realizó el último registro sobre la cantidad de abortos según grupo de edad. Los números más altos de aborto se producen en mujeres de 20-44 años, con un total de 26.996 egresos hospitalarios por aborto registrados. Seguido del grupo de edad de 10-19 años, con un total de 3.387 egresos por aborto. Si analizamos los grupos de edad en que se registran mayores egresos hospitalarios por aborto, es posible evidenciar que la problemática del embarazo adolescente presenta múltiples consecuencias, y una de ellas son las interrupciones del embarazo en la población adolescente, pese a su ilegalidad, lo que demuestra que la prohibición del aborto no elimina esta práctica, sino que la hace clandestina y mucho más riesgosa para las mujeres, niñas y adolescentes en Chile (Dides y Fernández, 2016).

Chile y Paraguay son los países más restrictivos en relación con el aborto, con legislación que lo prohíbe en todas sus formas.

El aborto en adolescentes en las menores de 15 años reviste consecuencias trágicas y aunque no se dispone de suficiente información, este problema de salud pública está muy vinculado a factores de riesgo, como son: la primera relación sexual antes de los 12 a 14 años, primer embarazo entre 13 y 15 años, escolaridad básica, condición obrera o trabajadora del hogar, vivienda precaria, entre otras (FLASOG, 2011).

En Bolivia, de acuerdo con la investigación del UNFPA (2016) sobre el embarazo en adolescentes en 14 muncipios, el aborto es percibido como una opción para terminar con el embarazo y evitar enfrentar a los padres y madres de familia. Las adolescentes refieren que las redes de apoyo de sus familias, amigos/as, pareja y su formación de valores familiares y/o personales han sido determinantes para continuar con su embarazo, con o sin el apoyo de su pareja. Usualmente, cuando existe apoyo mutuo de la pareja al enterarse del embarazo, el aborto no es considerado la primera opción (UNFPA, 2016).

El mismo estudio menciona que el porcentaje de abortos previos en mujeres adolescentes es alto, 27%, casi el triple de acuerdo a los parámetros esperados (alrededor del 10 por ciento de los embarazos terminan en aborto espontáneo). Los municipios de La Paz y Tupiza son los lugares donde se encontraron porcentajes de aborto por encima de 25 por ciento (*Ibíd*).

El Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal de Bolivia junto con UNICEF, llevó a cabo dos investigaciones en Potosí y Cochabamba para profundizar en las causas de muerte materna acontecidas en el país en el 2011 (Paz, M., 2016). Entre las historias de vida se registran muertes maternas por aborto. En el caso de una adolescente, se rescata el siguiente testimonio:

"Nancy tenía 19 el momento de su muerte, el 2011. Vivía en un pueblo quechua que bordea el lago de Corani, en el municipio de Colomi, a tres cuadras de la plaza principal y cuatro del puesto de salud. Cursaba entonces un embarazo de seis semanas de evolución. Era su segundo embarazo en una segunda relación. En su caso, el parte médico reporta el fallecimiento por choque séptico y pancreatitis aguda por aborto incompleto…, una vecina dice que el primer embarazo adolescente a los 15 años se debió a que sus padres se ausentaban con mucha frecuencia, por semanas enteras, dejándola al cuidado de sus dos hermanos menores, a cargo de todo: cocina, lavado, salud, educación, etc. Dejó de estudiar a los 13 años "porque en el campo no les gusta hacer tareas". En el segundo embarazo, Nancy fue víctima de violencia, con moretones y magulladuras en la espalda y muslos estuvo cerca de dos semanas desganada y deprimida, con dolores y fiebre, que sus padres atribuyeron a la golpiza, de modo que cuando se percataron que tenía hemorragia genital y que sus dolores se hicieron muy intensos, con nauseas, vómitos y fiebre tomaron la decisión de encarar al joven para que se haga cargo de la situación, sin saber nada del embarazo. La llevaron en ese estado a Ivirgarzama – cuatro horas de viaje. Los familiares y el enamorado la llevan al hospital de Sacaba, donde se les comunica la eminente perdida de un embarazo de seis semanas gestación y que necesita una cirugía de urgencia. Firmado el consentimiento se le practica una operación para retirar los restos, pero fallece a las pocas horas en el mismo hospital, con el diagnóstico de endometritis, abdomen agudo y restos placentarios por aborto incompleto como causa de defunción posterior a la intervención realizada." (Paz, 2016)

En Perú se cuenta con la información de las usuarias atendidas por un aborto incompleto en Establecimientos de Salud -EESS del MINSA, pero no se cuenta con el dato de abortos inducidos (del Carpio, 2016):

Tabla 12: Aborto incompleto, 2014

ABORTO INCOMPLETO AÑO 2014											
< 12 Años			**De 12 a 17 años**			**De 18 a 29 años**			**De 30 a 59 años**		
AMEU	LU	Séptico	AMEU	LU	Séptico	AMEU	LU	Séptico	AMEU	LU	Séptico
24	107	40	1,419	1,777	103	11,146	11,779	431	10,126	8,487	325

Fuente: OGEI- MINSA, 2016.

c. SUICIDIO

Niñas y adolescentes mujeres enfrentan diversos factores de riesgo. Una de cada cinco mujeres adolescentes en países de América Latina y el Caribe está con sobrepeso y una de cada tres consume alcohol, ambos factores vinculados al padecimiento de enfermedades crónicas y no transmisibles. A su vez, la salud mental de las niñas y las adolescentes emerge como un aspecto cuya atención se necesita priorizar con perspectiva de género. Alerta el considerar que aproximadamente una de cada cuatro adolescentes entre 13 y 15 años ha considerado seriamente la posibilidad de cometer suicidio en países de la región (Céspedes y Robles, 2016).

El suicidio es la tercera causa de muerte (7%) entre adolescentes y jóvenes de América Latina, después de muertes causadas por tránsito (20%) y homicidios (24%). 3 de cada 4 suicidios son hombres. Si

bien los hombres cometen más suicidios, las mujeres registran más intentos.[19]

En Chile el suicidio afecta a 1,5 de cada 100 mil (Niños, Niñas y Adolescentes –NNA). Al desagregar por sexo, es posible observar que el suicidio se concentra en la población masculina con una tasa de 1,9 versus la de 1 muerte por suicidio cada 100 mil NNA presentada por las mujeres. Ahora bien, al analizar esta información en función de los tramos de edad, es posible afirmar que son los adolescentes entre 14 y 17 años los que presentan la mayor tasa de muertes por esta causa con 4,2 suicidios por cada 100 mil NNA) Observatorio Niñez y Adolescencia, 2015).

En Venezuela, el Anuario de Mortalidad 2012 ubica en primer lugar las causas de muertes en el grupo de 15 a 24 años derivadas de homicidios/suicidios y representa la tercera causa en el grupo de 5 a 14 años, prevaleciendo los homicidios como hechos intencionales en este renglón (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2015).

En el tema del suicidio llama mucho la atención la información acerca de las altas tasas de suicidio en poblaciones indígenas de ALC. Si bien existe una diversidad de situaciones según los contextos socioterritoriales de cada pueblo, la sobremortalidad por suicidio sistemáticamente más alta en las personas indígenas respecto de las no indígenas sugiere, por una parte, que comparten una serie de determinantes sociales (como la etnia, pobreza y discriminación) que interactúan con un aumento de los factores estresantes por presiones externas e internas en las comunidades. Si a eso se agregan la creciente pérdida de los mecanismos de organización comunitarios, los acelerados cambios culturales y una entrada a la modernidad sin control cultural, se puede entender por qué y cómo el suicidio se presenta de forma desproporcionada en los jóvenes indígenas (CEPAL, 2013).

En relación al suicidio como consecuencia del embarazo en adolescentes no se cuenta con información amplia que permita realizar análisis en profundidad y hacer recomendaciones específicas. Los pocos estudios realizados arguyen que puede haber un subregistro de los mismos (Camacho, 2014). Tanto el aborto como el suicidio por lo general están vinculados con la violencia sexual y basada en género, por lo que los estudios o investigaciones en violencia pueden también dar pistas para abordar el suicidio y/o el aborto en adolescentes.

Un estudio multicéntrico en Guatemala, El Salvador y Honduras registra el suicidio como causa de mortalidad materna en adolescentes. De un total de 31 casos de suicidios, 18 eran adolescentes (58,6%), distribuidas de la siguiente manera: 10 casos en El salvador (55,55%), 2 casos en Guatemala (11,11%), y 6 casos en Honduras (3333%) (Camacho, 2014). En este estudio destaca que la mayoría de las muertes por suicidio, ocurrieron durante el periodo antenatal y solamente dos casos se presentaron en el postparto. El envenenamiento auto-infligido fue el mecanismo que predominó, siendo los plaguicidas las sustancias más frecuentemente usadas (*Ibíd*).

En Perú se cuenta con información sobre suicidio como causa de muerte materna, en el 2010 fue el 39% de las causa indirectas y en el 2012 fue el 56%, según la Dirección General de Epidemiologia-MINSA.

En investigación sobre suicidio en adolescentes en pueblos indígenas de Brasil, Colombia y Perú (UNICEF, 2012) identifica la siguiente información cualitativa, muy importante en relación con el suicidio y el embarazo:

[19] Disponiblen en: #SaludJoven WWW. Paho.org

"Para los niños el tema de los embarazos prematuros y no deseados se presenta como particularmente angustioso. Según ellos es la causa de algunos intentos de suicidio. Los niños varones miran el suicidio de manera mucho menos emocional que las niñas y lo califican como un evento cultural, no raro y relacionado con la desestructuración reciente de las familias. Mientras que frente a problemas como el embarazo prematuro los jóvenes buscan salidas como el ejército o la migración, para las jóvenes esas alternativas son más dificultosas. Los varones califican el suicidio de las jóvenes como una debilidad por incapacidad para salir de los problemas".

"[por miedo al suicidio] "...los papás deciden enviarlas (a las adolescentes embarazadas) a la ciudad para que no se mueran". "El abandono escolar es frecuente y se atribuye a matrimonios, embarazos, amores escolares que generan miedo de los padres frente a la posibilidad del suicidio. "

"Frecuentemente el suicidio o el intento, afecta a niñas de los últimos años del colegio, niñas que abandonaron la escuela antes de terminar el colegio o niñas que recién terminaron y no pudieron continuar estudios o formaron familia joven. Conflictos con el profesorado (incluyendo incomprensión, falta de contenidos estimulantes, castigo físico, vituperios por la inferioridad de las mujeres en el manejo del castellano y violaciones), amores contrariados o no aceptados por los padres, preeminencia del "chisme" como vía nociva de información de los sucesos escolares, incomunicación con los padres, embarazos no deseados, frustraciones del deseo de salir fuera a estudiar por falta de recursos económicos, frustración de antojos de la mujer embarazada, cólera frente a consejos paternos, entrega a esposo no deseado, son algunas de las causas que aparecen en las conclusiones de los encuentros." (UNICEF, 2012).

VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

a. CONCLUSIONES

Este capítulo recoge conclusiones y recomendaciones sobre la base de la situación del embarazo en la adolescencia, expuesta en este documento, así como aquellas sugeridas en las diferentes fuentes consultadas.

- Los países de América Latina y el Caribe exhiben tendencias heterogéneas en su estructura poblacional, las cuales generan contextos diversos para las niñas y las adolescentes en la región y para las políticas que buscan atenderlas. Por una parte, se han identificado polaridades etarias, con países con una estructura muy joven y otros con una población envejecida, similar a la de los países desarrollados. Este contexto demográfico es compartido por niñas, niños y adolescentes en la región y expone los diversos desafíos, así como oportunidades, que los países tienen con respecto de la población por atender.

- El embarazo adolescente sigue siendo un problema social y de salud pública en los países de la Subregión Andina, que conlleva un impacto social, económico y cultural, resaltando la relación existente entre pobreza, exclusión y fecundidad temprana. Además el embarazo en este grupo etario viene acompañado de distintas formas de violencia, entre ellas la violencia sexual. En este sentido es importante evidenciar en el marco de las políticas públicas el tema del embarazo adolescente como una problemática de salud pública y de desigualdad social.

- Hay evidentes avances en materia de visibilidad y priorización internacional del embarazo en la adolescencia y su prevención. Entre los avances más significativos está la mejora de la legislación en DSDR. Si bien el avance no es uniforme en todos los países de la Subregión, en casi todos hay algún programa donde se incluye la salud sexual y reproductiva de la adolescencia y la juventud, destacando acciones orientadas a la prevención y reducción del embarazo adolescente.

- Desde las políticas y programas, la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos de las y los adolescentes siguen planteando múltiples desafíos y requieren un abordaje distinto del sostenido hasta ahora. La escasa articulación de los sectores educativos y de salud, la casi inexistente perspectiva de promoción de derechos, autocuidado y bienestar, han demostrado pocos resultados positivos para las adolescentes y jóvenes de la región. Los avances no se traducen en acciones significativas y exitosas en muchos países de la Subregión. En este marco constituye un desafío clave la concreción efectiva de las políticas públicas, que se ha identificado en muchos estudios como un importante “cuello de botella”.

- De acuerdo con J. Rodríguez (2016a) “los hallazgos revelan que las políticas públicas deben priorizar la prevención del embarazo adolescente, con un enfoque multidimensional. La variable fundamental para la acción pública en la región es el acceso a la anticoncepción, ya que los países desarrollados presentan índices de actividad sexual en la adolescencia similares o mayores, pero una fecundidad muchísimo menor como consecuencia de la virtual universalización del inicio sexual protegido con medios anticonceptivos modernos y el aborto legal.”

- De igual manera, para este autor, “hay mucho que seguir investigando sobre este tema. En algunos casos se trata de profundizar en los asuntos tratados en este texto, como los relativos a la iniciación sexual, la unión, el uso de anticonceptivos y el aborto entre adolescentes. En otros, exige indagar en las políticas aplicadas con el objeto de mejorarlas y hacerlas más efectivas, en particular las relativas a informar, educar, concientizar y empoderar en materia de derechos, opciones, decisiones y riesgos vinculados a la sexualidad durante la adolescencia, así como a aquellas vinculadas a garantizar acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la consejería especializada y la anticoncepción bajo condiciones de confidencialidad.”

- Para Céspedes y Robles (2016), los nudos críticos para el ejercicio de derechos, el desarrollo y las trayectorias de las niñas y las adolescentes, que contribuyen a cimentar las deudas de igualdad con esta población, se desenvuelven en los vínculos entre el acceso a la educación y el ejercicio de trabajo no remunerado; el acceso constreñido a la educación sexual y a la salud, en especial a la salud sexual y reproductiva, que su vez deriva en una alta proporción de mujeres que han sido tempranamente madres; la magnitud del matrimonio precoz, asociado a prácticas culturales y las uniones conyugales durante la infancia y la tenaz realidad de la violencia de género.

- Empero, como cuestiona J. Rodríguez: “los planteamientos de política sugieren una imposibilidad de prevenir y reducir la maternidad adolescente en contexto de condiciones de vida precarias o insatisfactorias. Mejorar las condiciones de vida de los y las adolescentes y proporcionar proyectos alternativos a la maternidad adolescente es, ciertamente, una fuerza poderosa que promueve la postergación del primer hijo. Pero deducir de lo anterior que solo cuando los y las adolescentes tengan un futuro promisorio y lleno de oportunidades y proyectos a su alcance se reducirá la fecundidad adolescente choca contra la evidencia y, además, inhibe la necesaria acción pública en este ámbito. Lograr este escenario promisorio para las y los adolescentes de la región es un objetivo de política y un anhelo compartido por todos/as. Pero aguardar hasta que esto ocurra podría suponer no solo una espera larga e incierta, sino también una negligencia en materia de políticas públicas y una vulneración de derechos para los y las adolescentes actuales, que ya tienen decisiones firmes y claras, o al menos preferencias e intuiciones, sobre la inconveniencia, desventajas y cargas que supone la maternidad/paternidad durante la adolescencia. (Rodríguez (2016b).

- Se ha trabajado en la incorporación de contenidos curriculares en educación integral de la sexualidad, aunque su implementación aún es un asunto pendiente en buena parte de los países de la región, con excepciones específicas. Los sistemas de salud, por si solos no tienen la capacidad de prevenir el embarazo, como sí se puede impulsar desde el sistema educativo.

- En general, si bien se ha avanzado en la inclusión de un enfoque de interculturalidad y en los servicios de salud con pertinencia cultural acuden las adolescentes embarazadas y madres, las acciones no incluyen un enfoque diferenciado o un enfoque intergeneracional, por lo que no se cuenta con información específica sobre los efectos de la inclusión de la interculturalidad en la prevención del embarazo en adolescentes.

- El suicidio vinculado al embarazo en adolescente es un dato que recién empieza a aparecer en las cifras y estudios cualitativos de la mortalidad materna. Este hecho da cuenta de las dimensiones sicológicas y físicas que podría estar acarreando el embarazo y más cuando no es deseado o es consecuencia de la violencia sexual. No se cuenta con información que permita

realizar análisis en profundidad y recomendaciones específicas. Los pocos estudios realizados arguyen que puede haber un subregistro de los mismos.

- El aborto inseguro sigue siendo una de las principales problemáticas y causas de las morbimortalidad materna en adolescentes esta invisibilizada por los subregistros y registros inexistentes, y los pocos avances legales y voluntad política encaminadas a eliminar barreras legales que estigmatizan y penalizan el aborto.

b. RECOMENDACIONES

De acuerdo con el estado de situación presentado y las conclusiones señaladas, se identifican las siguientes recomendaciones estratégicas:

- **Fortalecer y garantizar el acceso de los y las adolescentes a servicios de SSSR y anticoncepción, incluyendo la Anticoncepción Oral Combinada, enfatizando la igualdad de género, la educación sexual integral, la orientación, la calidad y la confidencialidad.**

  - El acceso a la anticoncepción para los adolescentes debe ser gratuito, oportuno, informado, de calidad y basado en principios como el de confidencialidad, tal como se plantea en la Medida prioritaria 12 del Consenso de Montevideo.
  - Los adolescentes enfrentan diferentes barreras de acceso a la anticoncepción y suelen superarlas en condiciones ineficaces por falta de conocimiento, experiencia y empoderamiento. Estas tres falencias pueden atacarse mediante la educación sexual integral, las campañas de información y concientización, los programas de formación y consejería, y los servicios amigables de salud sexual y reproductiva.
  - Es fundamental asegurar la disponibilidad y el acceso a la anticoncepción de forma gratuita incluyendo la anticoncepción de emergencias y los anticonceptivos de larga duración reversibles (Implantes, Dispositivo Intrauterino).
  - Resultan esenciales para prevenir los embarazos adolescentes la garantía del derecho a una educación pertinente y de calidad, así como la apertura y ampliación de espacios, oportunidades, proyectos y pasatiempos para los adolescentes.
  - Implementar las recomendaciones de los compromisos e instrumentos que aluden a la igualdad de género, específicamente El Consenso de Montevideo: “incrementar el acceso de los hombres, incluidos niños, adolescentes y jóvenes, a la información, la consejería y los servicios de salud sexual y salud reproductiva y promover la participación igualitaria de los hombres en el trabajo de cuidados, a través de programas que sensibilicen a los hombres respecto a la igualdad de género”.
  - Incluir acciones integrales de prevención incluyendo la prevención de ITS, VIH/SIDA.

- **Promover la articulación de actores y sectores para la incidencia política.**

  - Mantener la prioridad de la prevención del embarazo adolescente y la salud sexual y salud reproductiva dentro de las agendas públicas de desarrollo social de la Subregión.
  - Impulsar sinergias y coordinación entre diferentes actores y sectores para la prevención del embarazo en adolescentes, de tal manera que se potencien e institucionalicen las acciones integrales en salud, educación y justicia. que produzca resultados efectivos y

sostenibles a través del empoderamiento de los y las adolescentes desde la educación escolar y del establecimiento de mecanismos legales que aminoren las barreras para el acceso a servicios integrales de SSSR. Esta recomendación está en línea con el Consenso de Montevideo (Medida prioritaria 15) y con los ODS (Resultado 3.7)

→ Fomentar el avance en la homogenización de políticas y programas tanto a nivel nacional como subregional, respetando las diferencias contextuales.

→ Multiplicar los espacios de diálogo intersectorial acompañado de iniciativas que incluyan la participación de los adolescentes.

→ Superar las barreras legales que aún persisten en algunos países y que obstaculizan el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva e insumos por parte de la población adolescente, entre otros derechos sexuales y reproductivos.

→ **Elevar a política pública e impulsar aquellos mecanismos legales e intersectoriales que develen y resuelvan la situación del embarazo de las menores de 15 años y formalicen la postergación de las uniones tempranas.**

→ Contar con registros de la información socio demográfica de las madres menores de 15 años, relacionados con la fecundidad y morbilidad, mortalidad materna y perinatal en adolescentes; morbilidad y mortalidad infantil; y del escolar así como de su desarrollo.

→ Se debe contar con personal entrenado en la atención primaria capaz de prevenir los embarazos inesperados en menores de 18 años edad, y detectar y resolver los eventos más importantes relacionados con el embarazo, puerperio y cuidados del recién nacido.

→ Desincentivar las uniones tempranas, frecuentes entre los pobres y los grupos excluidos, que siguen asociadas a la alta fecundidad adolescente. Por ello, son pertinentes iniciativas legales, educativas y formativas dirigidas a promover su postergación y a impedir las uniones impuestas (Rodriguez 2016).

→ **Institucionalizar y fortalecer los abordajes de la educación sexual integral, colocando en el centro la sexualidad como el eje central, teniendo en cuenta sus dimensiones de diversidad sexual, cultural y social.**

→ La educación sexual integral es incompleta si no se incluye la diversidad sexual y se amplía el concepto de sexualidad. En este orden, urge desdibujar las representaciones estructurales en torno a la sexualidad ~~juvenil~~, y comprender que más allá de una mera práctica biológica, implica afectividad y otros sentimientos y circunstancias que son importantes a la hora de considerar la efectividad de los factores preventivos y protectores en torno a la sexualidad.

→ Intensificar la educación sexual integral en las escuelas, tomando en cuenta que hay una permanencia y coberturas altas en los niveles escolares primarios.

→ Desarrollar estrategias participativas que involucren el entorno social de los adolescentes: padres, madres de familia o tutores, educadores, autoridades locales, entre otros.

→ **Impulsar y focalizar el enfoque de interculturalidad en los programas de atención ~~a~~ los y las adolescentes, enfatizando en los adolescentes de las poblaciones indígenas y afrodescendientes.**

- → Fortalecer el trabajo con adolescentes indígenas y otras poblaciones que viven en condiciones de exclusión.
- → Fortalecer los esfuerzos de políticas y programas para aquellas/os adolescentes que viven en zonas fronterizas, enfocando el tema del embarazo adolescente y medidas de prevención de la violencia sexual.
- → Garantizar la inclusión de los DSDR en los derechos de los pueblos indígenas; garantizar que mujeres, niños, niñas y adolescentes y jóvenes indígenas, amazónicos y afrodescendientes, gocen de protección y garantías plenas contra todas las formas de violencia y discriminación, y tomar medidas para asegurar la restitución de derechos.
- → Hacer frente al racismo y la discriminación para garantizar el ejercicio del derecho a la salud de adolescentes y jóvenes, en particular a la salud sexual y la salud reproductiva de las niñas, adolescentes y mujeres afrodescendientes.

→ **Generar y gestionar el conocimiento respecto a la situación del embarazo en adolescentes.**

- → Llevar a cabo investigaciones operativas de calidad para fortalecer los programas de educación integral para la sexualidad ~~y la~~ y su efectividad y los servicios amigables, para la atención de la salud sexual y salud reproductiva de los y las adolescentes, en línea con lo planteado por el Consenso de Montevideo.
- → Promover la realización de investigaciones sobre embarazo adolescente y las distintas áreas de salud sexual y salud reproductiva que se relacionan, como educación sexual, violencia de género, VIH/ SIDA, interrupción del embarazo no deseado, regulación de la fertilidad, incluida la provisión de anticoncepción de emergencia para identificar acciones y ajustes en las políticas concordantes con las necesidades y realidad de esta población. Es necesario contar con información desagregada por edad, ruralidad, etnia, etc.
- → Contar con información cuantitativa y cualitativa sobre las causas de la muerte materna en adolescentes para mejorar y fortalecer los programas de SSSR para adolescentes.
- → Profundizar sobre el suicidio en adolescentes como consecuencia del embarazo. Es importante registrar y evidenciar el suicidio como causa de muerte materna, las poblaciones dispersas (rurales e indígenas) ameritan una atención especial al respecto.

→ **Fortalecer la participación juvenil.**

- → Desarrollar y propiciar estrategias y espacios participativos para un involucramiento efectivo de los y las adolescentes en el diseño, implementación y evaluación de políticas y programas que les atingen.

→ **Implementar estrategias de monitoreo y evaluación de planes, programas y normativas.**

- → Evaluar y medir progresos y/o retrocesos, así como identificar las barreras que impiden la efectividad de las políticas, medios y recursos, en el marco de compromisos y mandatos

que garantizan el cumplimiento del ejercicio de los derechos de los y las adolescentes y la prevención y reducción del embarazo en adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ali, M. M., & Cleland, J. (2005). "Sexual and reproductive behaviour among single women aged 15–24 in eight Latin American countries: a comparative analysis". *Social Science & Medicine*, *60*(6), 1175–1185. http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.07.002

Arróniz, R. (2016). *Análisis de los avances, retos y áreas de oportunidad en América Latina y el Caribe, para avanzar la agenda en salud sexual y reproductiva con énfasis en reducción de inequidades y embarazo adolescente*. Conferencia LAC. Una Región Comprometida.

Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe (2014). "Seguimiento de la CIPD en América Latina y el Caribe después de 2014". Documento Técnico.

Banco Mundial (2015). *Latinoamérica Indígena en el Siglo XXI*. Washington, D.C.: Banco Mundial. Licencia: Creative Commons de Reconocimiento CC BY 3.0 IGO.

Bay, G., Del Popolo, F. y Ferrando, D. (2003). *Determinantes próximos de la fecundidad: una aplicación a países latinoamericanos*. Santiago de Chile: CEPAL - CELADE.

Binstock, G. (2016a). "Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda común". Buenos Aires: UNFPA.

Binstock, G. (2016b). "La maternidad adolescente en la Subregión Andina: una visión actualizada". Documento de trabajo.

Bongaarts, J. (2015). "Modeling the fertility impact of the proximate determinants: Time for a tune-up". Demographic Research 33(19), pp. 535–560.

Camacho, A. (2014). "La maternidad en la niñez. Enfrentando el reto del embarazo adolescente". Presentación en Power Point. UNFPA.

Castro, M.D. y López, M.E. (2014). *Embarazo en Adolescentes: Acceso de adolescentes embarazadas a servicios públicos de salud sexual y salud reproductiva en la ciudad de El Alto.* La Paz: Plural Editores, CIDES-UMSA, OPS/OMS, UNFPA.

CEPAL (2016). *Autonomía de las mujeres e Igualdad en la agenda de desarrollo sostenible.* Santiago de Chile: CEPAL.

CEPAL (2015a). *Panorama Social de América Latina 2015*. Santiago de Chile, CEPAL, LC/G.2691-P, http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39965/4/S1600175_es.pdf

CEPAL (2015b). “Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo”. Santiago de Chile, documento de trabajo de la Segunda Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe Ciudad de México, 6 a 9 de octubre de 2015 LC/L.4061(CRPD.2/3)/Rev.1, http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38935/1/S1500860_es.pdf

CEPAL (2013). “Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo”. LC/L.3697,www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/9/50709/2013-596-montevideo_consensus_pyd.pdf

CEPAL (2013). *Los Pueblos Indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos.*

CEPAL/CEPALSTAT /Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas [en línea]. *América Latina y el Caribe: Perfil Regional Socio-Demográfico.* Disponible en: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/Perfil_Regional_Social.html?idioma=spanish

Céspedes, C. y Robles, C. (2016). *Niñas y Adolescentes en América Latina y el Caribe.Deudas de Igualdad.* Santiago de Chile: CEPAL, UNICEF.

Currie C. et al., eds (2012). “Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey”. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6). www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf

Del Carpio, L. (octubrel, 2016). *Encuesta “Actualización y Complementación: Situación del Embarazo en Adolescentes en la Subregión Andina. Plan Andino de Prevención del Embarazo en la Adolescencia”, llenada por Lucy del Carpio.* Ministerio de Salud Perú.

Del Carpio, L. (2013) Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 – 2012. Rev. perú. med. exp. salud publica vol.30 no.3 Lima jul.

Dides, C. y Fernández C. (Ed.) (2016). *Salud Sexual Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile*. *Estado de Situación 2016*. Santiago de Chile: Corporación Miles.

Esteve A. y Florez-Paredes, E. (2014). *Edad a la primera unión y al primer hijo en América Latina: estabilidad en cohortes más educadas*. Notas de Población, 41:99, 39-65.

Family Care International /Fondo de Población de Naciones Unidas (2012). *Sistematización de Buenas Prácticas en el Desarrollo de Modelos de Atención a la Salud Materna con Pertinencia Intercultural*. Informe basado en el análisis de experiencias de Bolivia, Ecuador, Guatemala y Perú.

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología –FLASOG (2011). *El Embarazo en Adolescentes Menores de 15 Años de América Latina y El Caribe*. UNFPA/AECID. LIMA: FLASOG.

Fertility Situation in Bangladesh: Application of Revised Bongaarts Model . Md. Rashedul Islam1,*, Md. Nurul Islam1, Md. Monsur Rahman1, Md. Golam Hossain1, Md. Rafiqul Islam. Science and Technology 2015, 5(2): 33-38

Fundación Plan (2015). *Buenas Prácticas. Planeando para el Futuro. Colombia*.

Hakkert, R. (2001). “Preferencias reproductivas en adolescentes”, en Guzmán José, Ralph Hakkert, Jose Contreras and Marta Falconier (2001), Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes de América Latina y el Caribe, México City, UNFPA. Capítulo III, pp. 23-39.
MATERNILAC online database
http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e

Herrera, J. (octubre 13, 2016). *Encuesta “Actualización y Complementación: Situación del Embarazo en Adolescentes en la Subregión Andina. Plan Andino de Prevención del Embarazo en la Adolescencia”, llenada por Juan Herrera* (Profesional del Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud Chile.

Hunt, F. y Monterrosas Castrejón, E. 2012. Evaluación de la implementación de la declaración ministerial ‘Prevenir con Educación’ 2012 del acuerdo a la acción; avances en latinoamérica y el caribe. http:// www.coalicionmesoamericana.org/sites/default/files/EvaluacionDeclaracionMinisterial2012.pdf

Instituto Nacional de Estadística. *Bolivia: Características de Población y Vivienda. Censo Nacional de Población y Vivienda 2012*. Disponible en:
http://www.ine.gob.bo:8081/censo2012/PDF/resultadosCPV2012.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2013). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES).* Lima: INEI.

Lora, O., Castro, M.D. y Salinas, S. (2009). *Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Subregión Andina.* Lima: Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Ministerio de Salud y Deporte – INE (2009). Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDSA 2008 [versión digital]. Bolivia: MSD – INE.

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2015). *Guía Técnica para la Implementación y Evaluación de Servicios y Consultas de Salud Amigables para Adolescentes*. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Observatorio Niñez y Adolescencia (2015). *Infancia Cuenta en Chile 2015*. Tercer Informe. Santiago de Chile.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (Diciembre 1, 2011). “Punto 6.4 del orden del día provisional: Matrimonios precoces y embarazos en la adolescencia y la juventud”. Informe de la Secretaría. Consejo Ejecutivo: 130ª reunión.

Organización Panamericana de la Salud – OPS (2012*). Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación*. Montevideo: OPS.

Palermo, T., Bleck J. y Westley E. (2015) “Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva”, Número Especial de 2015, doi: 10.1363/SP00115.

Paz, M. (2016). *Mortalidad Materna en el Trópico de Cochabamba.* Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal / UNICEF. Informe de Investigación.

Profamilia (2011). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010*. Bogotá; Profamilia.

Rico, M. y Trucco, D. (marzo, 2014). "Adolescentes: derecho a la educación y al bienestar futro", *serie Políticas Sociales*, Nº 190 (LC/L.3791). Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Rodríguez, J. (2016a). *El Embarazo Adolescente en la Subregión Andina: Una Visión Actualizada. Resumen Ejecutivo*. Aporte de CELADE. Santiago: CELADE.

Rodríguez, J. (2016b). "¿Son las opciones de vida el mejor anticonceptivo? Una acercamiento comparado desde América Latina y el Caribe". Ponencia en la XIII Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, Organizado por SOMEDE, Ciudad Universitaria de la UNAM, México D.F., 22 al 24 de junio de 2016 "Procesos Demográficos y Desigualdades Sociales".

Rodríguez, J. (2016c). "Adolescent fertility in Latin America and the Caribbean/La fécondité des adolescentes en Amérique latine et dans les Antilles"; N-IUSSP, May 9, 2016, http://www.niussp.org/2016/05/09/adolescent-fertility-in-latin-america-and-the-caribbeanla-fecondite-des-adolescentes-en-amerique-latine-et-dans-les-antilles/?print=pdf

Rodríguez, J. (2014a). "Fecundidad adolescente en América Latina: una actualización", en Suzana Cavenaghi y Wanda Cabella (organizadoras) Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa, ALAP, Serie e-Investigaciones n. 3, Río de Janeiro, Brasil, pp. 33-65.

Rodríguez, J. (2014b). "La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010". Serie Documentos de proyecto, Santiago: CEPAL, en <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/53373/Lareproduccionenlaadolescencia.pdf>,

Rodríguez, J. (2013). "High adolescent fertility in the context of declining fertility in Latin America". United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, Expert Paper No. 2013/14

Rodríguez, J. (2009). "Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción". Madrid: OIJ.

Rodríguez, J., M. Di Cesare, K. Paez (2016). "Reproducción temprana: Diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia". Documento presentado al VII Congreso de ALAP, Foz de Iguazú, octubre de 2016, http://187.45.187.130/~abeporgb/xxencontro/files/paper/59-92.pdf

Rodríguez, J., K. Paez, C. Ulloa, L. Cox (2016). "Reproducción en la adolescencia en Chile: la desigualdad continúa y las políticas activas urgen". Santiago de Chile: CEPAL, Serie Población y Desarrollo 116 (en prensa).

Rodríguez J., y María Isabel Cobos (2014). "Fecundidad adolescente, unión y crianza: un nuevo escenario en América Latina". Revista Latinoamericana de Población, Año 8, Número 15, Julio/diciembre, pp. 35-64.

Roosta, M. (Coord.) (2013) *Salud Materna en Contextos de Interculturalidad. Estudio de los Pueblos Aymara, Ayoreode, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui.* La Paz: CIDES-UMSA, OMS, OPS/OMS & UNFPA.

Salinas, S. y Castro, M.D. (colab.) (2016). *"Mortalidad Materna y Desigualdades Encubiertas". Una mirada en profundidad desde el ISOMontevideo*. Articulación Feminista Marcosur.

Salinas, S. y Castro, M.D. (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*. Ciudad de Panamá: Plan Internacional, Unicef.

Todas las Mujeres Todos los Niños (2015). *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030. Sobrevivir, Prosperar, Transformar*. Nueva York: Naciones Unidas, 2015.

United Nations (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, DVD Edition, http://www.un.org/en/development/desa/population/

UNFPA (2016). *Estudio sobre el Embarazo en la Adolescencia en 14 Municipios de Bolivia. Informe Final*.

UNFPA (2014). *Prevención del Embarazo en Adolescentes. Una Mirada Completa (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela)*. UNFPA/LACRO.

UNFPA (2013). *El Estado de la Población Mundial 2013. Maternidad en la niñez: enfrentar el reto de la maternidad en adolescentes*. Nueva York: UNFPA.

UNFPA (2013). *State of World Population 2013. Motherhood in Childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy*. New York: UNFPA.
www.statcompiler.com

UNICEF (2012). *Suicidio Adolescente en Pueblos Indígenas. Tres estudios de caso: Brasil, Colombia y Peru*.

UNICEF (2008). *Desarrollo positivo adolescente en América Latina y el Caribe, Temas de Políticas Públicas*. UNICEF LACRO.

UNICEF LACRO (2015). *Una Aproximación a la Situación de Adolescentes y Jóvenes en América Latina y el Caribe a Partir de Evidencia Cuantitativa Reciente*. Ciudad De Panamá: UNICEF.

World Health Organization-Human Reproduction Programme (WHO-HRP) (2016). Sexual and reproductive health [versión digital]. Disponible en: https://goo.gl/AjBFlI

World Health Organization (2015): Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.

Sitios web

www.measuredhs.com

www.cdc.gov/reproductivehealth/global/tools/surveys.htm

http://www.hbsc.org

https://www.unicef.org/ecuador/children_28772.htm

http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/2068-2106_HPFFPBriefColombiaSpanish.pdf

http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/2068-2104_HPFFPBriefChileSpanish.pdf

http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/2068-2102_HPFFPBriefPeruSpanish.pdf

http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml

http://lac.unfpa.org/temas/embarazo-en-adolescentes#sthash.tYVx0IF4.dpuf

http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=589:el-18percent-nacimientos-son-madres-adolescentes-america-latina-caribe&Itemid=340

http://www.orasconhu.org/documentos/Libro%20diagnostico%20del%20%20Embarazo%20Adolescentes%202009.pdf

http://www.prevenirconeducacion.org/index.php/declaracion-ministerial

Normas y políticas

- Consenso de Montevideo, 2013
- Consenso de Santo Domingo, 2013
- Estrategia de Montevideo, 2016
- Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2015
- Convención sobre el Consentimiento para el Matrimonio, la Edad Mínima para el Matrimonio y el Registro de Matrimonios (1962).
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979)
- Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescente 2013- 2021 - Perú
- Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar -Perú
- Plan Nacional de Atención a las y los Adolescentes 2015-2019 –Venezuela

ANEXO

ACTUALIZACIÓN Y COMPLEMENTACIÓN: SITUACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA SUBREGIÓN ANDINA

PLAN ANDINO DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

ACTUALIZACIÓN Y COMPLEMENTACIÓN DE INFORMACIÓN

Han transcurrido siete años desde la preparación del Diagnóstico de Situación del Embarazo en Adolescentes en la Subregión Andina (ver http://www.orasconhu.org/publicaciones/situaci%C3%B3n-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-la-subregi%C3%B3n-andina), por lo que se ha considerado oportuno desde el ORAS CONHU, y con apoyo del UNFPA-LACRO, actualizar y complementar dicho Diagnóstico, para lo cual solicitamos la colaboración de las distintas oficinas de país de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela.

Cabe resaltar que el proceso, que se extiende apenas hasta el 14 de noviembre para la entrega del documento final, incluye el intercambio vía correo electrónico y/o conversaciones telefónicas o por Skype para aclarar, completar, profundizar información, así como una fase de retroalimentación del informe borrador.

Les pedimos por favor enviar esta ficha, con sus 3 secciones completadas, más todos los documentos correspondientes, hasta el **viernes 30 de septiembre**, a los correos de las dos consultoras, María Dolores Castro (mdcastro.mantilla@gmail.com) y Silvia Salinas (ssalinasmu@hotmail.es). Para cualquier consulta, aclaración o sugerencia, por favor también dirigirse a las consultoras.

Agradecemos de antemano su gentil colaboración y apoyo, resaltando el poco tiempo del que se dispone para cumplir con el objetivo.

PAÍS:

NOMBRES Y CARGOS DE QUIENES COMPLETARON LA INFORMACIÓN

FECHA:

I. CUADRO DE ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

Les solicitamos el envío de información actualizada y/o complementaria (links, documentos digitales, referencias) relacionada con los temas listados en la primera columna, que corresponden al diagnóstico del 2009, vale decir la última información disponible en cada país sobre la situación del embarazo en adolescentes a partir del año 2009 a la fecha.

TEMA INCLUIDOS EN EL DIAGNÓSTICO	Fuentes de información (documentos/links)	Comentarios
CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO		
1. La población adolescente en la Subregión Andina		
2. Situación y tendencias sociales, económicas y culturales entre adolescentes		
a. Pobreza, educación y trabajo		
b. Salud, conductas de riesgo y violencia		
c. Participación y globalización		
d. Redes sociales de apoyo		
e. Cultura y sexualidad		
f. Culturas juveniles		
SITUACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA SUBREGIÓN ANDINA		
1. Situación y tendencias de la fecundidad, el embarazo y la maternidad adolescente		
a. La fecundidad		
b. La magnitud del embarazo y la maternidad		
2. Determinantes próximos del embarazo en la adolescencia		
a. Iniciación sexual y nupcialidad tempranas		
b. Anticoncepción		
c. Pobreza		
d. Escolaridad		
e. Género		
f. Violencia		
g. Migración		

II. NUEVOS TEMAS

Asimismo, requerimos conocer si hay otros temas relevantes relacionados con el embarazo adolescente que deban ser incorporados en el diagnóstico. En principio se han logrado identificar preliminarmente algunos temas nuevos que requieren información, como el tema de embarazo en adolescentes menores de 15 años, embarazo adolescente y el VIH, suicidio de adolescentes por embarazo, así como embarazo adolescente y aborto. En este sentido, les solicitamos en la siguiente ficha: a) enviarnos todas las fuentes disponibles para estos tres temas; b) en caso dado, y de existir evidencia suficiente, también

pueden sugerir otros temas nuevos y enviarnos los materiales correspondientes y cualquier comentario que consideren pertinente.

NUEVOS TEMAS PROPUESTOS	Fuentes de información (documentos/links)	Comentarios
Embarazo en adolescentes menores de 15 años		
Embarazo adolescente y el VIH		
Suicidio de adolescentes por embarazo		
Embarazo adolescente y aborto		

III. BALANCE EN RELACIÓN A LAS RECOMENDACIONES DE 2009

Por otro lado, también es importante realizar un balance en cuanto a las recomendaciones efectuadas en el Diagnóstico, de tal forma se solicita la revisión de las mismas para conocer si fueron implementadas o no, identificando los temas que aún quedarían pendientes y que deben mantenerse y/u otros aspectos que consideren deban ser incluidos como nuevas recomendaciones. Por favor marque para cada caso con una "X" la opción que corresponda bajo la columna "implementación". Asimismo, se requiere complementar esos criterios con información a manera de comentarios, donde pueden incluirse documentos electrónicos, links a páginas web, etc. Asimismo, al final de cada bloque temático encontrará una casilla en la que puede incluir alguna recomendación adicional o modificación a una de las antiguas. Al final de todo el cuestionario también se ha incluido un espacio para recomendaciones relacionadas con otros temas o comentarios adicionales.

RECOMENDACIONES EN TORNO A…	IMPLEMENTACIÓN		COMENTARIOS
	SI	NO	
1. Derechos humanos y equidad social			
- Garantizar los derechos humanos de los y las adolescentes en el ámbito de la salud, incluidos los sexuales y reproductivos.			
- Promover una visión positiva y amplia de la sexualidad que facilite el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las/os adolescentes.			
- Disminuir las condiciones de vulnerabilidad de la población adolescente, reconociendo la situación particular que viven los/las adolescentes y su impacto en el desarrollo.			
- Reducir brechas e inequidades sociales que afectan a la población adolescente, y que hace más vulnerables al embarazo y maternidad a los y las adolescentes socioeconómicamente más desfavorecidos y excluidos.			
- Articulación interinstitucional e intersectorial para prevenir la vulneración de los derechos de adolescentes y jóvenes y reducir brechas e inequidades en el acceso a servicios de educación, empleo, salud, incluido el acceso a los servicios de			

salud sexual y reproductiva, nutrición y protección social.			
- Promover, independientemente del contexto social y/o étnico-cultural, el respeto a las mujeres y/o parejas que no tienen hijos/as.			
- Garantizar que el embarazo adolescente no sea un factor de exclusión social, económica ni cultural, y que las normas sociales y culturales no restrinjan el acceso de las adolescentes embarazadas a los servicios de salud pre y postnatales.			
- La creación de un entorno que favorezca la educación de las jóvenes y disminuya la brecha de género en los resultados educativos, mediante reformas legislativas y de política que garanticen una proporción de mujeres en los centros educacionales –alumnas y personal docente en todos los niveles–, particularmente en el nivel secundario y terciario.			
- Promover y desarrollar acciones hacia una cultura de paz y para la negociación de conflictos se dé libre de violencia.			
- Desarrollar normas y servicios para proteger a las adolescentes migrantes e hijas de migrantes de todo tipo de abuso y violencia, tanto en el ámbito laboral como familiar.			
- Desarrollar mecanismos integrales y efectivos para proteger a los/las niños/as y adolescentes de madres migrantes que permanecen en el país de origen.			
- En lo que respecta al reconocimiento de la existencia y promoción de las identidades y organizaciones juveniles, promover la incorporación de conceptos y estrategias que garanticen el reconocimiento de la heterogeneidad y diversidad cultural.			
NUEVAS RECOMENDACIONES O MODIFICACIONES PROPUESTAS			
2. Conductas sexuales			
- Promoción de la sexualidad saludable y segura en la población en general y en los adolescentes en particular, incluyendo el uso de la anticoncepción.			
- Incremento de prevalencia de uso de anticoncepción entre los adolescentes, incluyendo el uso del preservativo como triple protección contra el embarazo, las ITS y el VIH/SIDA.			
- Incremento de la participación e interés de los adolescentes hombres en el uso de anticonceptivos.			
- Incorporar el abordaje de las masculinidades y la equidad.			
NUEVAS RECOMENDACIONES O MODIFICACIONES PROPUESTAS			
3. Institucionalidad y servicios			
- Fortalecer la implementación de la atención integral del adolescente, con servicios diferenciados según sus			

necesidades y expectativas, que oferten información y atención en SSR y MAC incluyendo la AOE y que se provean con calidad y calidez y garantizando la privacidad y confidencialidad de los servicios.			
- Promover la integración multisectorial e intersectorial en la atención a los adolescentes.			
- Creación y/o fortalecimiento redes de servicios de salud sexual y reproductiva específicos y de calidad para adolescentes.			
- Desarrollo de modelos de atención integral para adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos, género, generacional y sensibilidad cultural con énfasis en prevención y promoción de la salud en el primer nivel, incluyendo la salud mental.			
- Mejorar la cobertura de los servicios y el acceso de los adolescentes a los mismos, promoviendo un enfoque de oferta.			
- Eliminación de barreras de acceso socioeconómicas, culturales, institucionales, geográficas a los servicios de atención a los adolescentes.			
- Focalizar las acciones en los y las adolescentes con mayor vulnerabilidad: 10 a 14 años, los que viven en la calle, no acuden a la escuela, están en pandillas, los que trabajan, los que son padres o madres, los adolescentes indígenas y rurales, adolescentes que viven en zonas de conflicto, que enfrentan embarazo subsecuente, así como aquellos que son migrantes e hijos de migrantes o tienen capacidades diferentes.			
- Contar con personal de salud competente y sensible, para lo cual se deben desarrollar acciones de capacitación de recursos humanos.			
- Implementar y mantener actualizados sistemas de monitoreo y evaluación nacionales y subregional.			
- Desarrollar políticas que minimicen integralmente los impactos de la migración sobre la vulnerabilidad de las adolescentes, tanto en su calidad de migrantes como hijas de migrantes.			
- Promover medidas de información y servicios especializados para atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes, y en particular las adolescentes y jóvenes.			
- Fortalecer las capacidades de las instituciones y servicios para atender las situaciones asociadas a la migración desde una perspectiva de género.			
- Promover acuerdos bilaterales que faciliten los procesos de reunificación familiar.			
NUEVAS RECOMENDACIONES O MODIFICACIONES PROPUESTAS			
4. Marco normativo y las políticas públicas			
- Incorporar en la agenda pública nacional y de los gobiernos regionales y locales el tema adolescente como una inversión social.			
- Formulación o fortalecimiento de políticas públicas			

para los adolescentes con enfoque multisectorial, de desarrollo humano, género, derechos humanos e interculturalidad.			
- Capacitación actualizada, pertinente y oportuna a los/las proveedores de servicios en los distintos sectores involucrados en la atención de adolescentes.			
- Difundir e implementar la normatividad y las políticas en todos los niveles y traducirlas en programas efectivos y de calidad.			
- Diseñar programas de prevención más efectivos, agresivos, creativos y de amplia cobertura bajo el claro liderazgo de los sectores salud y educación, en coordinación permanente.			
- Fortalecer o promover las alianzas intersectoriales entre salud, educación y justicia.			
- Atender el problema del aborto adolescente como un problema de salud pública con sus especificidades.			
- Fortalecer las políticas públicas y los servicios asociados a la violencia entre y sobre adolescentes, con particular atención en la violencia en razón de género y considerando una mirada intercultural.			
- Trabajar de manera intensiva con adolescentes hombres.			
- Implementación de programas de desarrollo integral que consideren la ampliación de oportunidades, desarrollo de capacidades, y ejercicio de ciudadanía.			
- Impulsar marcos legales y de políticas públicas que involucren a los hombres y a las familias en la disminución de la violencia de género, garantizando los mecanismos institucionales y el presupuesto necesario para su implementación.			
- Promover medidas integrales e intersectoriales orientadas al empoderamiento de las mujeres, con particular atención en niñas y adolescentes, como factor clave de prevención de la violencia derivada de la relaciones de poder y subordinación de género.			
- Prestar atención especial a grupos de jóvenes y adolescentes que viven en condiciones de alta vulnerabilidad: discapacitados/as, en proceso de callejización, adolescentes viviendo en condiciones de conflicto, sexual, migrantes, rurales, afrodescendientes, fármaco-dependientes y aquellos adolescentes indígenas muy jóvenes (menores de 15 años), adolescentes que sufren explotación que no estudian ni trabajan.			
- Impulsar leyes migratorias en los países impulsores y receptores, desde un enfoque de género, generacional y de diversidad cultural.			
- En países que no las tengan, impulsar leyes contra el tráfico y la trata de personas, con un enfoque de género y generacional.			
- Promover políticas mediáticas que informen a las mujeres migrantes, con énfasis en las adolescentes, sobre sus derechos y los marcos legales que las			

amparan.			
NUEVAS RECOMENDACIONES O MODIFICACIONES PROPUESTAS			
5. Redes y participación social			
- Promover espacios de comunicación, diálogo y negociación intra e intergeneracionales.			
- Promover la participación de la sociedad civil y comunidad organizada a través de redes de apoyo local en función del desarrollo integral de las/los adolescentes.			
- Fortalecer la participación y actoría juvenil en la formulación, monitoreo y evaluación de políticas, programas, planes y proyectos, con particular énfasis en la participación de mujeres adolescentes.			
- Promover la participación activa de los adolescentes en toda actividad que se relacione a su salud, buscando su empoderamiento.			
- Lograr la articulación en redes sociales y de salud con los diferentes actores sociales institucionales y de la comunidad, a favor del desarrollo integral y la salud de la adolescencia y juventud como condición para desarrollo sostenible.			
- Potenciar las organizaciones juveniles como forma de participación positiva en su propio desarrollo, de sus pares, familias y comunidades.			
- Promover la participación social de adolescentes y jóvenes para la veeduría social.			
- Tener en cuenta los valores y normas socioculturales, así como los aspectos propios de la subcultura juvenil y la influencia de las construcciones de género que pueden favorecer u obstaculizar estos procesos y el acceso a los servicios.			
- Promover estrategias de solidaridad entre las/los propios adolescentes y jóvenes, desarrollando una conciencia más amplia de su situación mediante el intercambio de experiencias entre diferentes estratos sociales y culturales.			
- Promover la construcción de “redes culturales” que posibiliten concretar los esfuerzos de distintos agentes sociales (políticas culturales, sociedad civil, empresa privada, etc.) para el empoderamiento de movimientos juveniles socioculturales-musicales y otras colectividades, para articularles de una manera resistente, creativa y/o alternativa –no hegemónica– en las economías del mercado neoliberal “globalizado” y en las sociedades nacionales.			
- Promover la articulación de proyectos culturales de jóvenes con los medios de comunicación pública y privada, así como en las escuelas, de manera que se reconozcan las gestiones culturales y artísticas de los jóvenes populares.			
- Promover el concepto de que “la violencia es un delito” y la formación de un espíritu crítico, reflexivo y a la vez artístico en las distintas colectividades			

juveniles y en otros sectores y actores sociales.			
NUEVAS RECOMENDACIONES O MODIFICACIONES PROPUESTAS			
6. Educación			
- Mantener o en su caso profundizar la provisión a niños, niñas y adolescentes de una educación para la sexualidad integral y de calidad.			
- Desarrollar programas y contenidos interculturales en la educación para la sexualidad.			
- Procurar el desarrollo de programas con contenidos orientados a lograr la adecuada concepción de la paternidad en los adolescentes, como una etapa de disfrute y compromiso, en lugar de una "carga".			
- Procurar la participación activa de las/los adolescentes en los procesos de educación, entre otros mediante la formación de adolescentes como educadores de pares.			
- Promover el rol activo de la escuela en la construcción de los proyectos de vida de las y los adolescentes, como factor de protección.			
- Implementar alternativas de información y educación que respondan y aprovechen las nuevas formas de comunicación y establecimiento de redes sociales entre adolescentes.			
- Lograr que los padres y madres, y la sociedad en general, acepten que los/las adolescentes tienen una vida sexual, dando respuesta a su necesidad de confianza e información. En ese marco, promover y fortalecer el rol de padres y madres como informantes y educadores clave en sexualidad.			
- Involucrar, sensibilizar y capacitar a los medios de comunicación para el abordaje de la problemática de los/las adolescentes, y particularmente del embarazo adolescente.			
- Implementar políticas que propendan por el logro educativo de las jóvenes y las adolescentes, incluyendo medidas de acción afirmativa como becas, que puedan ayudar en la reducción de la desigualdad de acceso, debido a que la mayoría de las jóvenes deserta de la escuela por falta de ingresos en el hogar y para buscar empleo.			
- Precisar el sentido de la educación en el mundo globalizado, fomentar el desarrollo de nuevas competencias para la vida y preparar a las personas para el ejercicio de la ciudadanía y la construcción de una cultura de paz, como una cuestión estratégica para elevar la calidad educativa en toda la región y factor influyente para disminuir el embarazo adolescente.			
- Cerrar la brecha digital al interior de los propios países y en el contexto regional, pues las nuevas tecnologías son una oportunidad de acceso educativo para las/los jóvenes y adolescentes urbanos y rurales, y pueden potencialmente favorecer de manera particular a las mujeres y contribuir a cerrar la brecha educativa de			

género.			
NUEVAS RECOMENDACIONES O MODIFICACIONES PROPUESTAS			
7. Oportunidades laborales			
- Con miras a la prevención del embarazo en adolescentes, promover políticas tendientes a disminuir la pobreza entre las/los jóvenes y adolescentes. Orientar programas de inversión social que permitan cerrar brechas entre lo urbano y lo rural, así como las brechas étnica, cultural y de género.			
- Promover, en los distintos niveles de gobierno, la implementación de programas productivo-laborales de generación de ingresos para adolescentes –con particular atención en las adolescentes– garantizando su permanencia en el sistema escolar.			
- Proveer servicios de asesoría, capacitación técnico-productiva e inserción laboral para adolescentes embarazadas-madres.			
- Implementar marcos normativos y de políticas adecuados al perfil ocupacional, que garanticen la inamovilidad laboral por embarazo para las adolescentes.			
NUEVAS RECOMENDACIONES O MODIFICACIONES PROPUESTAS			
8. Información			
- Fortalecimiento de los sistemas estadísticos nacionales para lograr el mejoramiento de los registros administrativos y fuentes primarias de información (por ejemplo encuestas tipo DHS) para que recojan periódicamente información sobre la situación de salud, SSR y condiciones de vida de las y los adolescentes, el seguimiento estadístico de los factores de morbilidad y mortalidad entre los jóvenes, así como investigación sobre sus causas y efectos, que permitan evaluar y ajustar las políticas públicas dirigidas a este grupo poblacional.			
- Contar con un sistema de monitoreo y evaluación acerca del estado del embarazo en adolescentes en la región.			
- Fortalecer la producción estadística sobre migraciones, con datos desagregados por sexo y edad.			
NUEVAS RECOMENDACIONES O MODIFICACIONES PROPUESTAS			
9. Conocimiento e investigación			
- Desarrollar un análisis comparativo de los marcos normativos y de políticas relacionadas al embarazo adolescente entre los países de la Subregión Andina.			
- Desarrollar investigaciones diagnósticas sobre formas de vivencia de la sexualidad adolescente y sobre el embarazo adolescente en particular, en contextos étnicos y culturales indígenas, así como otros grupos específicos poco estudiados como los/as adolescentes no escolarizados.			

- Investigar los estilos y culturas juveniles como formas de construcción del "ser joven", vivencia de la sexualidad y del embarazo adolescente.			
- Realizar estudios que permitan comprender por qué las madres adolescentes tienden a ser hijas de madres adolescentes.			
- Promover investigaciones cuanti-cualitativas que profundicen en la relación educación- fecundidad, las consecuencias de las jefaturas jóvenes de hogares, el rol de los jóvenes en la transmisión intergeneracional de la pobreza.			
- Realizar investigación cuantitativa y cualitativa que evidencie la relación entre la falta de oportunidades para desarrollar proyectos de vida alternativos a la formación de una familia y la mayor incidencia del embarazo adolescente.			
- Visibilizar en las investigaciones y profundizar el conocimiento sobre la situación del embarazo adolescente en las poblaciones afrodescendientes.			
- Generar investigaciones en masculinidades adolescentes.			
- Identificar, a profundidad, factores socioculturales determinantes del embarazo adolescente.			
- Realizar estudios cuantitativos y cualitativos a profundidad sobre la relación migración-edad-género, tomando en cuenta tanto la migración interna como la externa.			
- Estudiar la relación entre migración internacional, cadenas del cuidado y embarazo adolescente.			
- Desarrollar estudios e investigaciones relativas al análisis de los diferentes aspectos de la trata, por ejemplo, los aspectos económicos de delitos en las áreas de prostitución, trabajos forzados, pornografía y corrupción.			
- Desarrollar investigaciones que amplíen el conocimiento sobre culturas juveniles desde perspectivas multidisciplinarias.			
- Profundizar en el conocimiento y análisis sobre la situación de las mujeres jóvenes en términos de su participación, liderazgo, discriminación y violencia al interior de las culturas juveniles.			
NUEVAS RECOMENDACIONES O MODIFICACIONES PROPUESTAS			
10. Enfoque intercultural			
- Desarrollar estrategias de diálogo entre jóvenes, líderes y/o tomadores de decisiones de pueblos indígenas y de los gobiernos nacionales y subnacionales, para acciones conjuntas y adecuadas en la prevención y atención del embarazo adolescente.			
- Promover normativas adecuadas culturalmente en los servicios de salud sexual y reproductiva. Allí donde ya existen, es necesario exigir su cumplimiento a través de mecanismos efectivos.			
- Desarrollar estrategias de intercambio de saberes			

entre especialistas de la medicina tradicional y de la academia, para acciones complementarias en relación a la atención del embarazo adolescente.			
- Capacitación y sensibilización a profesionales de la salud en relación a los usos, costumbres y valores relacionados con la sexualidad y reproducción en las poblaciones indígenas.			
- Adecuar a las necesidades de las poblaciones indígenas los discursos y la introducción de las tecnologías anticonceptivas, evitando que se generen rechazos, temores o cuestionamientos que en últimas afectarán a las propias adolescentes.			
- Promover investigaciones que profundicen sobre la llamada "cultura juvenil", identificando estrategias para abordar sus problemáticas y potencialidades.			

NUEVAS RECOMENDACIONES O MODIFICACIONES PROPUESTAS
COMENTARIOS O SUGERENCIAS ADICIONALES