



Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur:
Apuntes para la construcción de una agenda común



**Fecundidad y Maternidad Adolescente en el Cono Sur:
Apuntes para la Construcción de una Agenda Común**

INVESTIGADORA Y AUTORA PRINCIPAL

Georgina Binstock, PH.D

DIRECCION Y COORDINACION TECNICA

Alma Virginia Camacho-Hübner, Asesora Regional en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA/LACRO

Federico Tobar, Asesor Regional en Insumos de Salud Reproductiva, UNFPA/LACRO

EQUIPO EDITORIAL

Edición: **Ariadna Capasso**

Fotografía: **Joey O'Loughlin**

Diagramación: **Lucía Lozano**

AGRADECIMIENTOS

Ana Safranoff por su trabajo en la identificación y sistematización de legislación y programas de prevención del embarazo adolescente.

Juan Carlos Escobar, Ministerio de Salud de la Nación Argentina

Mónica Virginia Espina, Ministerio de Educación de Chile

Susana Grunbaum, Ministerio de Salud Pública de Uruguay

Thereza de Lamare, Ministério da Saúde, Brasil

Mirta Marina, Ministerio de Educación de la Nación Argentina

Gladys Mora, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay

Lorena Ramírez, Ministerio de Salud de Chile

Paz Robledo, Ministerio de Salud de Chile

Diego Rossi, Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública de Uruguay

COLABORACIÓN DE UNFPA

Mariela Cortes, UNFPA/Chile

Anna Cunha, UNFPA/Brasil

Jennifer Gonçalves, UNFPA Brasil

Mariana Isasi, UNFPA/Argentina

Juan José Meré, UNFPA/Uruguay

Valeria Ramos, UNFPA/Uruguay

Adrienne Salinas, UNFPA/Paraguay

© Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2016

Este documento fue producido por la Oficina Regional de América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA/LACRO) bajo la dirección técnica y coordinación de la Dra. Alma Virginia Camacho-Hübner. Se permite la reproducción total o parcial del documento siempre que se otorguen los créditos correspondientes. Las opiniones aquí expresadas no reflejan necesariamente las políticas oficiales de la organización, siendo de responsabilidad de la autora.

Presentación	5
Resumen ejecutivo	7
Introducción	9
Reproducción adolescente en América Latina y el Caribe	11
Reproducción adolescente en los países del Cono Sur	15
Respuestas institucionales: salud sexual y educación	33
Resumen y conclusiones	43
Referencias	46
Anexo: Respuestas institucionales	49



PRESENTACIÓN

La región de América Latina y el Caribe muestra tasas de fecundidad adolescente muy elevadas en comparación con el promedio mundial y con otras regiones del mundo, siendo superadas solamente por África. Adicionalmente, las tasas de fecundidad adolescente promedio de los países esconden enormes desigualdades entre áreas geográficas y/o grupos sociales que no han podido ser superadas, a pesar del desarrollo económico de la región en la última década y los avances significativos en términos de acceso a la salud y de expansión del sistema educativo.



El embarazo adolescente no solamente pone de relieve la falta de acceso de las niñas y adolescentes a bienes y servicios que les permitan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, sino que además constituye en sí mismo una barrera para que las niñas ejerzan su derecho a la educación y a un desarrollo saludable, y que logren una transición exitosa hacia la vida adulta. Sus consecuencias tienen amplio impacto a lo largo de la vida de las adolescentes e incluso en las siguientes generaciones.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) tiene un fuerte compromiso con la prevención del embarazo temprano como es evidente en las estrategias desplegadas tanto a nivel global (UNFPA, 2013 y UNFPA, 2015) como a nivel regional y en los países. En particular, en América Latina y el Caribe el UNFPA ha apoyado a los gobiernos en la implementación de programas regionales en la Región Andina y en Centroamérica y la República Dominicana en colaboración con los organismos de integración regionales que han contribuido al despliegue de novedosas estrategias multisectoriales para la prevención del embarazo en adolescentes.

El presente documento, responde al interés de los gobiernos del Cono Sur en fortalecer su respuesta a este problema. Si bien en la última década la subregión ha desarrollado legislación, políticas públicas y programas específicos para adolescentes, y en particular para la prevención del embarazo, no se cuenta con estudios que permitan hacer análisis comparativos y evaluar los progresos y los retos. Este estudio constituye un primer esfuerzo por sistematizar el estado de situación de la salud reproductiva de adolescentes, en particular su fecundidad, y de la respuesta institucional al problema en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. El documento analiza las tendencias de la fecundidad adolescente y de sus determinantes sociales, comparando las diferentes situaciones encontradas en los países. De igual manera, desarrolla un análisis comparativo de la legislación, políticas y programas vinculados a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes con un enfoque multisectorial.

Esperamos que la información presentada aquí contribuya al fortalecimiento de las políticas públicas y capacidades nacionales de los países del Cono Sur para identificar brechas y prioridades para la acción en este ámbito. Asimismo, deseamos que estimule nuevas alianzas de cooperación y colaboración Sur-Sur entre los países para facilitar el intercambio de buenas prácticas y el aprendizaje en base a lecciones aprendidas, siendo la meta que trabajando conjuntamente podamos asegurar un futuro mejor para todos los y las adolescentes de nuestra región.

Esteban Caballero

Director Regional, América Latina y el Caribe
Fondo de Población de las Naciones Unidas



Resumen Ejecutivo

El presente trabajo constituye un primer esfuerzo para sistematizar el estado de situación en relación a la fecundidad y maternidad adolescente en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. La primera parte del trabajo se focaliza en las tendencias y desigualdades sociales, y la segunda parte, sintetiza y compara legislación y programas vinculados a la salud sexual y reproductiva adolescente.

Estos son los principales resultados que hemos hallado en relación a la fecundidad y maternidad adolescente:

- La tendencia de la fecundidad adolescente durante la última década ha sido errática, con leves ascensos y descensos. Sólo en Brasil hubo un descenso sostenido, aunque venía de un ascenso importante en la década previa.
- Entre el 15 y el 20 por ciento de los nacimientos corresponden a madres adolescentes, y esta proporción se ha mantenido estable la última década.
- Hay indicios, al menos en Brasil y en Paraguay, de que la estructura de edad de las madres adolescentes se ha rejuvenecido en la última década, dato que debe ser estudiado con mayor cautela en el resto de los países.
- Un 20% de los nacimientos que ocurren anualmente en adolescentes son de orden 2 o más, es decir de madres adolescentes que ya han tenido uno o más hijos. En el caso de Chile dicha proporción es algo menor (14%).
- La repetición de la maternidad ha descendido en todos los países.
- Una de cada cinco mujeres será madre antes de terminar la adolescencia, proporción que descendió sólo en Paraguay en las últimas dos décadas.

- En todos los países se registran diferencias sociales, étnicas, educativas y económicas en relación a la maternidad adolescente.

- La maternidad en la adolescencia ha descendido en todos los estratos, pero más en los sectores más aventajados profundizando la desigualdad.

- Entre el 40% y 55% de las adolescentes ha tenido relaciones sexuales. La iniciación sexual se ha adelantado en todos los países.

- El uso de anticonceptivos en la iniciación sexual ha aumentado, al igual que en relaciones posteriores, pero persisten desigualdades sociales.

- La ocurrencia de embarazos no planificados es muy frecuente en todos los países.

- La mayoría de las adolescentes que fueron madres están fuera del sistema educativo al momento del embarazo. A su vez, de estar estudiando, el embarazo y nacimiento precipita el abandono escolar.

Los principales resultados en torno a la situación educativa de los y las adolescentes son:

- La matriculación neta secundaria varía entre el 67 y 83 por ciento, y ha aumentado en la última década particularmente en Paraguay, con diferencias entre estratos de ingresos entre el 10% excepto en Argentina y Uruguay que son más altas (entre 25% y 35%).

- Las brechas entre estratos se han reducido en comparación con la década anterior pero a expensas de aumentos de estudiantes con rezago escolar, particularmente en Argentina y Uruguay.

- Las escuelas de gestión pública albergan mayor proporción de estudiantes provenientes de hogares de clima educativo bajo, con rezago escolar.



Los principales resultados sobre la legislación y los programas:

- Los cinco países tienen algún tipo de marco normativo que garantiza el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población, con importantes esfuerzos encaminados a atender las necesidades de la población adolescente.
- Se suministran diversos métodos anticonceptivos de manera gratuita a través del sistema de salud (condones masculinos, anticoncepción hormonal oral y anticoncepción de emergencia, entre otros).
- Se promueve y difunde el derecho de los adolescentes a acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva (entre ellos, los métodos anticonceptivos) en forma autónoma, sin obligación de acompañamiento de un adulto y en el marco del respeto de la confidencialidad.
- En la práctica se detectan algunas trabas a la hora de obtener insumos en salud sexual y reproductiva.
- Los cinco países tienen un programa específico de salud adolescente, aunque el grado de alcance y desarrollo es diferente.

- Se han creado servicios de atención diferenciados o amigables. Sin embargo, en varios países se reporta que, en la práctica, estos espacios tienen una cobertura insuficiente, tienen horarios de atención poco convenientes y no funcionan adecuadamente guardando la confidencialidad.
- Todos los países tienen educación sexual, aunque el grado de institucionalización y alcance es diferente. Argentina es el único país con una ley específica en la materia.
- Se requiere mayor formación docente para lograr un abordaje adecuado de la educación sexual.
- Todos los países analizados cuentan con algún tipo de iniciativa legislativa para regular el derecho a la educación de las estudiantes embarazadas y/o madres, aunque el grado de especificidad y desarrollo es distinto.
- En materia de aborto, Chile es el país más restrictivo, con legislación que lo prohíbe en todas sus formas. En el otro extremo está Uruguay en donde la interrupción voluntaria del embarazo no está penalizada si se realiza en las primeras 12 semanas de gestación. En Brasil, Argentina y Paraguay la legislación contempla algunas causales en las que el aborto no es punible. Aún en estos casos, se detectan barreras para su acceso.

Introducción

Hoy en día, y de acuerdo a estimaciones de Naciones Unidas, nacen aproximadamente 14 millones de niños de madres adolescentes (15 a 19 años) de los cuales casi 2 millones ocurren en América Latina y el Caribe, lo que representa el 13% de todos los nacimientos. De acuerdo a las mismas estimaciones, dos de cada tres de dichos nacimientos (alrededor de 1.250.000) ocurren en los países del Cono Sur.

El embarazo y la maternidad temprana han sido, tanto en países desarrollados como en América Latina, temas de preocupación de larga data, y desde diversas aproximaciones (Sedgh et al, 2015; Samadari y Speizer, 2010). Desde el punto de vista de la salud, porque tanto las madres como los niños se encuentran en situación de mayor riesgo, destacándose la morbi-mortalidad materna (asociada entre otros factores a los riesgos derivados de los abortos inseguros), la prematuridad y el bajo peso al nacer de hijos de madres adolescentes, particularmente aquellas menores de 15 años (Pantelides, 2004; Conde Agudelo, Belizán y Llamers, 2005).

También han sido destacados por los impactos negativos que cargan el embarazo y maternidad temprana en el curso de vida de las adolescentes, como la continuidad educativa, con las consecuencias en las oportunidades laborales, que podrían posteriormente llevar a la pobreza. Otro conjunto de investigaciones sostiene, en cambio, que la pobreza y la falta de oportunidades no son la consecuencia sino la causa del embarazo en la adolescencia (Stern y García, 2001; Luker, 2003; Geronimus y Korenman 1992; entre otros). Paralelamente, estudios de corte socio-antró-

pológico ilustran que en contextos en los que las jóvenes tienen muy pocas oportunidades y, por ende, expectativas, la maternidad puede constituir una experiencia positiva en tanto provee reconocimiento social, auto estima y respeto por parte de la comunidad (Reis dos Santos y Schor 2003; Pantoja 2003; Aquino et al. 2003; Cabral 2002; Geronimus 1997; Massini et al 2008) y ser un incentivo para retomar la educación o conseguir un empleo (Duncan, 2007; Pantoja, 2003).

Más recientemente, se ha planteado la problemática del embarazo y maternidad adolescente desde un enfoque de derechos ya que –especialmente cuando no es fruto de la planificación y deseo, es una clara manifestación de la vulnerabilidad de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes y, por ende de sus derechos humanos.

La salud sexual y reproductiva es un derecho humano e implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos. En este sentido, se estima que una proporción significativa de los nacimientos de madres adolescentes no son planificados, o al menos considerados inoportunos.

En un contexto regional de descenso de la fecundidad general, si bien con variaciones importantes en el tiempo y ritmo entre países, la fecundidad adolescente ha persistido relativamente alta, manifestando la complejidad y especificidades de las conductas reproductivas en esta etapa. Muchos estudios han monitoreado la fecundidad y maternidad adolescente en América Latina y el Caribe, ya sea a nivel regional, así como en países específicos, en general para los que se dispone información comparativa.

En contraste, no hay antecedentes de estudios comparativos que se focalicen en los países del Cono Sur, en parte debido a la falta de encuestas comparables que faciliten su análisis específico. El embarazo y maternidad adolescente han ganado relevancia en las políticas públicas de la región, así como específicamente en el cono sur. El nuevo milenio inició o profundizó la implementación de políticas públicas generales o específicas para adolescentes tendientes a reconocer y garantizar sus derechos sexuales y reproductivos con el objetivo –entre otros– de reducir el embarazo y la maternidad, particularmente cuando no es planificada.

El presente trabajo constituye un primer esfuerzo para sistematizar el estado de situación en relación a la fecundidad y maternidad adolescente en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. La primera parte del trabajo se focaliza en las tendencias así como en las desigualdades y los determinantes sociales que impactan en la ocurrencia de un embarazo en la adolescencia en cada uno de los países.

Para ello se utiliza información variada, que va desde análisis de datos primarios (en base a censos, encuestas de hogares, encuestas que incluyan componentes vinculados a la salud sexual y reproductiva), así como de información y resultados de investigaciones publicadas tanto en base a fuentes secundarias como a encuestas o estudios específicos realizados en base a datos primarios. Se priorizó incluir información que pueda ser comparable entre los países. La segunda parte, sintetiza y compara legislación y programas vinculados a la salud sexual y reproductiva adolescente, con especial énfasis en el área de la salud y en el área de educación, a nivel nacional.

Se espera que la información compilada permita fortalecer las capacidades e intercambios de los países del Cono Sur, para poder implementar o focalizar programas de prevención y atención integral que garanticen la salud sexual de los adolescentes, el acceso a sus derechos, y la disminución del embarazo en la adolescencia.

Gráfico 1. Tasa global de fecundidad (promedio de hijos por mujer) por tasa de fecundidad adolescente, grandes regiones 2005-2010.



Reproducción adolescente en América Latina y el Caribe

La tasa de fecundidad adolescente (15-19) de América Latina y el Caribe (ALC), con un valor de 73,2 por mil se destaca por ser muy elevada, comparada con 48,9 a nivel mundial, y de 52,7 en los países en desarrollo. Prácticamente duplica los niveles del resto de las regiones, y sólo es superada por África, en donde alcanza 103 por mil. En Asia, América del Norte y Oceanía las tasas varían entre el 32,8 y 37,3 por mil, mientras que en Europa, con el nivel más bajo, es 19 por mil (**gráfico 1**).

Las diferencias tan marcadas en los comportamientos reproductivos de las adolescentes en ALC en relación a las otras regiones cobran aún más relevancia cuando se la contrasta con la tasa global de fecundidad (TGF), es decir el promedio de hijos por mujer. En efecto, la TGF de ALC es de 2,3 hijos, por debajo del promedio mundial (2,53) y cercano a los niveles de Asia y Oceanía. El **gráfico 1** evidencia la disociación existente entre los niveles de fecundidad general y adolescente en la región, ya que la segunda es alta en relación a lo que se esperaría en relación a la fecundidad total, acorde a lo que ocurre en el resto de las regiones¹.

Esta disociación es el resultado de un descenso continuo de la fecundidad general, particularmente durante la segunda mitad del siglo XX que no ha sido acompañado por cambios significativos en la fecundidad adolescente.

Si se contempla el comportamiento de estos indicadores a partir de 1980, se observa la reducción de la fecundidad general de casi 4 a 2,3 hijos, mientras entre las adolescentes ha permanecido prácticamente estable a lo largo de todo el período y sólo se registra una leve reducción en la última década (**gráfico 2**). Asimismo, la resistencia a la baja significativa de la fecundidad adolescente es también discordante con el nivel de desarrollo de la región, así como respecto de los avances e incremento del acceso a

servicios de salud, y expansión de la educación durante las últimas décadas.

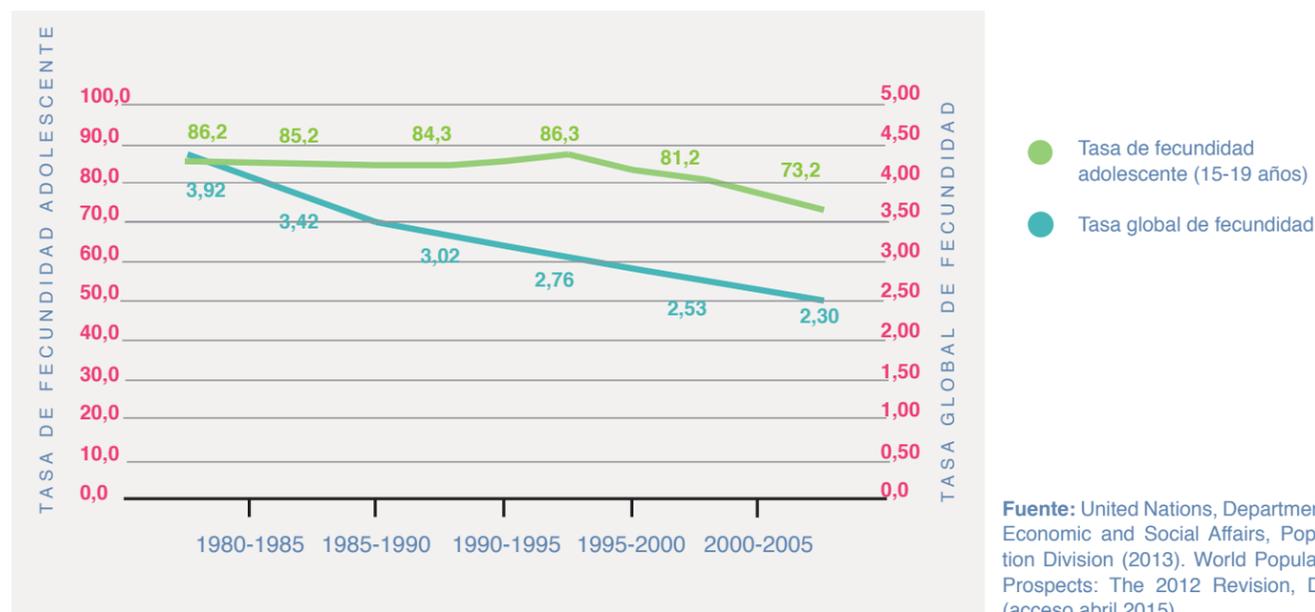
La relación entre el nivel de fecundidad adolescente con el de la fecundidad de las mujeres adultas se refleja también en la fracción de los nacimientos que corresponden a madres adolescentes. En este aspecto, América Latina y el Caribe es la región que exhibe la mayor proporción, con 18 de cada 100 nacimientos que corresponden a madres de entre 15 y 19 años. En el mundo dicha relación es de 10 por cada 100 nacimientos y en regiones como Europa o Asia es aún más baja (entre 5 y 7 de cada 100), mientras que en África es de 15 de cada 100 (**cuadro 1**).

La formación de uniones o casamientos a edades tempranas es otro de los indicadores que suele examinarse para interpretar patrones de fecundidad, dado que históricamente ha constituido la transición que denota el inicio de la vida reproductiva. En este sentido, actualmente la proporción de adolescentes casadas o unidas es del 15%, algo mayor que el promedio a nivel mundial (13%), y bastante más que en el resto de las regiones (que ronda entre el 5 y 7%) siendo una vez más, únicamente superada por África (19%). En este caso no es simple establecer en qué medida dichas uniones son consecuencia de embarazos y nacimientos tempranos y en qué medida es la formación familiar temprana lo que precipita la maternidad durante la adolescencia. Existe, en cambio, extensa evidencia que señala que el descenso de la fecundidad en ALC no ha sido acompañado por cambios en el calendario nupcial, lo que ha sido una característica distintiva en las pautas reproductivas de la región. Asimismo, y como se verá más adelante, la iniciación sexual está prácticamente disociada de la unión conyugal.

El **cuadro 2** presenta otro conjunto de indicadores vinculados a la situación educativa de la población y de los y las adolescentes en particular, dada su importancia en establecer brechas en el conocimiento sobre salud sexual, preferencias y conductas reproductivas, y mejores opor-

¹ Como bien indica Rodríguez Vignoli (2014), esto es esperable por motivos tanto sustantivos como estadísticos, ya que la fecundidad adolescente forma parte de la fecundidad general.

Gráfico 2. América Latina y el Caribe. Tasa global de fecundidad (hijos por mujer) por tasa de fecundidad adolescente, 1980-2010.



Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). World Population Prospects: The 2012 Revision, DVD Edition (acceso abril 2015).

tunidades laborales, así como en las consecuencias que puede acarrear un embarazo a edades tempranas en el curso de vida. Los resultados se presentan para mujeres y varones, separadamente.

Uno de los aspectos que distingue a ALC del resto de las regiones en que mujeres y varones no exhiben grandes diferencias en los indicadores educativos, mientras que en el resto del mundo, los varones muestran una situación más ventajosa. Esta mayor paridad de género no implica necesariamente un destaque de la educación secundaria en comparación con el resto de las regiones. En efecto, algo más de la mitad de la población adulta mayor de 25 años (53%) ha iniciado la escolaridad secundaria. Dicha proporción es más baja que el promedio mundial, especialmente entre los varones (64%) y significativamente más baja que las de Europa y Asia Central (70 y 80% entre mujeres y varones respectivamente).

Sin embargo, un dato alentador que refleja los avances en materia educativa en la región es el promedio de años de

escolaridad entre las mujeres (7,7 años) y entre los varones (8 años) que en ambos casos supera a los respectivos promedios mundiales, y ubica a la región en segundo lugar luego de Europa y Asia Central (**cuadro 2**). Dichos avances en el ingreso y permanencia en el sistema educativo también se reflejan en la tasa bruta de matrícula en el nivel medio en donde la región muestra los niveles más altos.

En síntesis, la fecundidad adolescente en ALC, aun cuando ha descendido algo en la última década, continúa siendo alta en comparación con el promedio mundial y los niveles del resto de las regiones. También es alta en función al nivel de la fecundidad general de la región y de su continuo descenso a lo largo de las décadas, así como del nivel de desarrollo, la expansión educativa, la equidad en el acceso a la educación entre varones y mujeres, y otros indicadores sociales asociados a los patrones reproductivos. En base a esta combinación de características específicas se considera que los niveles altos de fecundidad adolescente constituyen una “anomalía” a escala mundial (Rodríguez Vignoli, 2014).

Cuadro 1. Indicadores seleccionados sobre fecundidad y conyugalidad, por regiones, circa 2010-15.

Región	% de nacimientos de madres 15-19 años	Tasa global de fecundidad (TGF)	Tasa de fecundidad adolescente (TFA)	% adolescentes en unión conyugal
Mundo	10,9	2,53	48,9	12,8
África	14,9	4,88	103,6	19,9
Asia	8,6	2,25	34,8	11,8
Europa	5,5	1,54	73,2	5,0
América Latina y el Caribe	17,6	2,30	2,30	14,8
Norteamérica	9,4	2,02	37,3	5,2

Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). World Population Prospects: The 2012 Revision, DVD Edition (acceso abril 2015).

Cuadro 2. Indicadores educativos seleccionados, por grandes regiones.

Región	% que ingresó al nivel secundario (25 años y más)		Promedio de años de escolaridad		
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Razón M/F
Mundo	54,1	64,2	6,0	7,4	1,23
Estados Árabes	32,9	46,4	4,9	6,7	1,37
Asia (este) y Pacífico	54,6	66,4	6,8	7,9	1,16
Europa y Asia Central	70,4	80,6	8,8	9,8	1,12
América Latina y Caribe	53,3	53,9	7,7	8,0	1,04
Asia Meridional	28,4	49,9	3,5	5,8	1,64
África Subsahariana	21,9	31,9	3,7	5,4	1,45

Fuente: United Nations Development Programme. Human Development Report 2014. Table 5: Gender-related development index (GDI) (acceso online abril 2015)



Cuadro 3. Países del Cono Sur. Tasa global de fecundidad (TGF) y tasa de fecundidad adolescente (15 a 19 años), 1980-2010²

Tasa global de fecundidad general (TGF)						
País	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
Argentina	3,15	3,05	2,90	2,63	2,35	2,25
Brasil	3,80	3,10	2,60	2,45	2,25	1,90
Chile	2,67	2,65	2,55	2,21	2,00	1,90
Paraguay	5,20	4,77	4,31	3,88	3,48	3,08
Uruguay	2,57	2,53	2,49	2,30	2,20	2,12
Tasa de fecundidad adolescente (TFA)						
Argentina	74,2	73,4	73,2	69,8	60,7	56,9
Brasil	75,0	80,4	83,8	89,7	86,0	75,6
Chile	64,3	64,0	68,1	66,9	61,6	58,5
Paraguay	98,3	91,6	92,4	91,9	82,3	72,3
Uruguay	62,6	66,4	70,5	67,3	63,5	61,1

Fuente: United Nations Development Programme. Human Development Report 2014. Table 5: Gender-related development index (GDI) (acceso online abril 2015)

2. Cabe señalar que el cuadro 3 se basa en datos estimados en períodos quinquenales, por lo cual no coinciden estrictamente cuando posteriormente se presentan año a año durante la última década.

Reproducción adolescente en los países del Cono Sur

Fecundidad adolescente

Los países del Cono Sur, en distintos momentos y a distintos ritmos iniciaron un descenso importante de la fecundidad general el cual ha sido ininterrumpido. En el caso de Argentina y Uruguay, se remonta hacia finales del siglo XIX, siendo los países pioneros en la región en el descenso de la fecundidad, seguido por Chile. En Brasil y Paraguay, el descenso se inició en la segunda mitad del siglo XX. Actualmente, los países han ido convergiendo y, como se observa en el **cuadro 3**, las tasas de fecundidad actuales son cercanas o incluso inferiores al nivel de reemplazo (2,1). La única excepción la constituye Paraguay donde se estima que la fecundidad ronda los 3 hijos por mujer, siendo algo más elevada que el resto de los países de la región.

La fecundidad adolescente de cada uno de los países, en cambio, muestra un patrón de estabilidad y resistencia al descenso, exceptuando la última década donde, de acuerdo a las estimaciones de Naciones Unidas, ha descendido en cada uno de los países, particularmente en Paraguay y Brasil. En el caso de Brasil, el descenso ocurrido en la última década ha sido precedido por un importante aumento durante la década de 1990 (**cuadro 3**).

Algo distinto es el panorama si se concentra la mirada año a año durante el período 2000-2011. En este caso, se utilizaron datos anuales de los respectivos países, y surgen patrones distintivos. El primero es el caso de Brasil que ha continuado un descenso sostenido de la fecundidad adolescente a lo largo de toda la década. Si bien hacia inicios de los 2000 ostentaba los niveles más elevados (88,1 por mil) entre los países considerados, disminuyó sostenidamente alcanzando tasas de 64,8 por mil en el 2011, con niveles por debajo de Argentina y Paraguay. En este mismo grupo puede incluirse Uruguay, si bien su descenso ha sido algo más errático, iniciando la década con una tasa de 66,9 por mil para luego descender hasta el 52,8 por mil hacia inicios de la década de 2010.

El caso de Chile muestra otro patrón, con un descenso durante los primeros años (que se prolongaba de la última mitad de la década anterior) mientras que el resto de la década se mantiene relativamente estable. Por otro lado, ya en el año 2000 era el país con la tasa de fecundidad adolescente más baja en la región (60,1 por mil) manteniendo su posición relativa hacia finales de la década (51,9 por mil).

Argentina, en cambio, muestra otra variante. Los primeros años de la década desciende levemente (continuando la tendencia de la década previa) hasta el año 2003 cuando registra el nivel más bajo (57,5 por mil). A partir de dicho año se registra un incremento sostenido alcanzando al 69,6 por mil en el 2011 y, consecuentemente situándose con el nivel de fecundidad más alto entre los países de la región aquí contemplados. Cabe señalar que los últimos datos disponibles correspondientes al año 2012 y 2013 muestran un leve descenso (65,6 por mil y 64,9 por mil respectivamente), pero es aún precipitado determinar si constituye un cambio en la tendencia.

Finalmente, el caso de Paraguay, donde la tasa de fecundidad adolescente venía descendiendo sostenidamente desde el inicio de la década de 1990 (cuando alcanzaba 107 por mil) hasta llegar a 65 por mil a principios de la década del 2000. A partir de allí la fecundidad se ha mantenido relativamente estable, registrándose en 63 por mil para el período 2005-08, última medición disponible.

En síntesis, la tendencia en la fecundidad adolescente desde el año 2000 en el Cono Sur ha sido errática, con leves ascensos y descensos. La única excepción la constituye Brasil, con un descenso continuo si bien, a su vez, venía de experimentar un ascenso importante en la década previa.

Gráfico 3. Países del Cono Sur. Tasa de fecundidad adolescente (15 a 19 años), 2000-2011

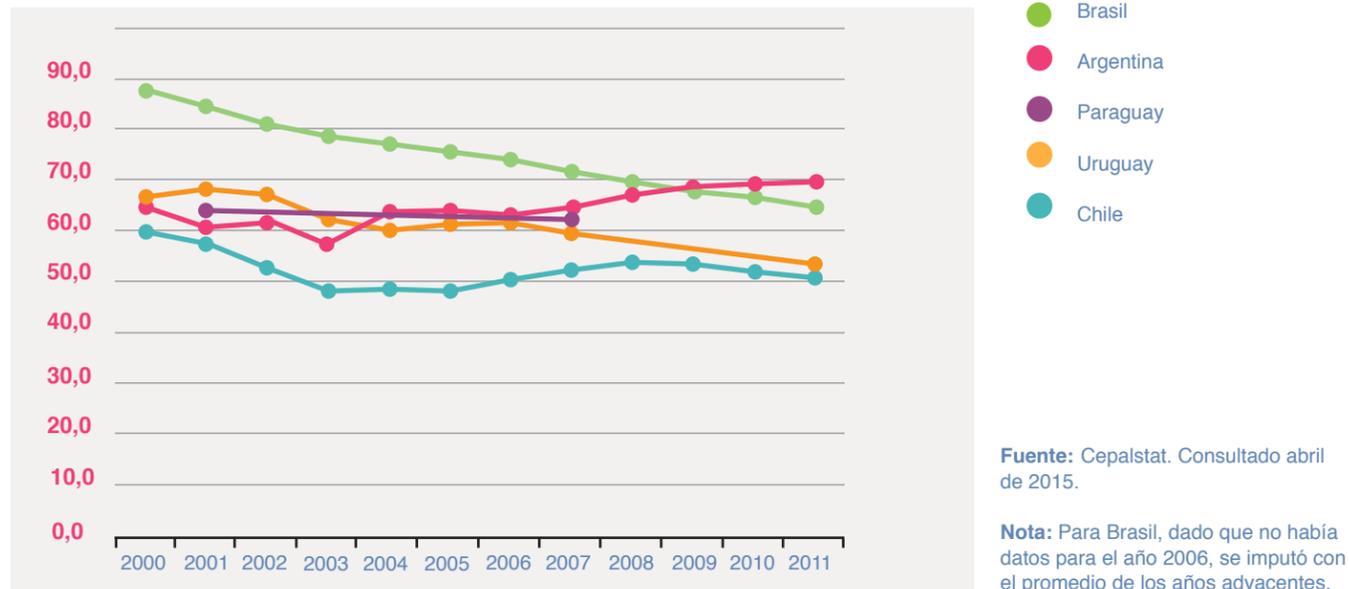
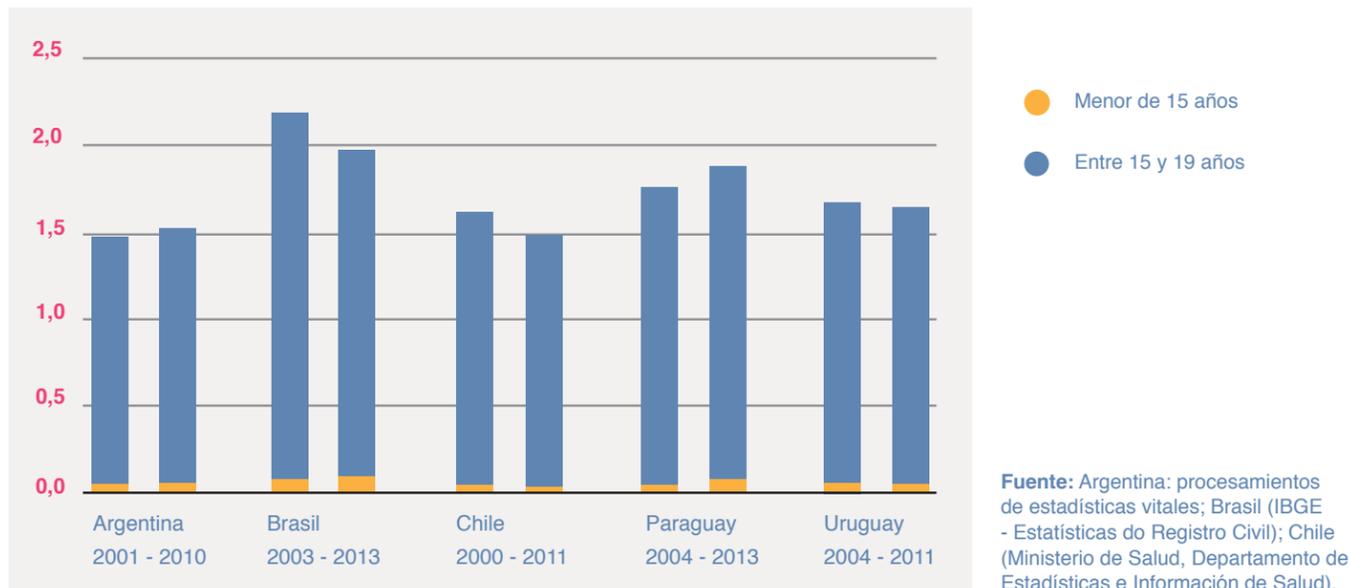


Gráfico 4. Países del Cono Sur. Porcentaje de nacimientos que corresponden a madres adolescentes, 2000-2010.



Nacimientos de madres adolescentes

Otro de los indicadores comúnmente utilizados para el estudio y monitoreo de la maternidad temprana es la fracción del total de nacimientos que corresponden a madres menores de 20 años. Este varía entre el 15% en Argentina y Chile y 20% en Brasil. El **gráfico 3** también evidencia la estabilidad que ha tenido este indicador con respecto a su nivel en el año 2000, con aumentos o disminuciones que no superan los dos puntos porcentuales.

El **gráfico 4** permite distinguir los nacimientos de adolescentes precoces, es decir de aquellas que son menores de 15 años. Ésta ronda entre el 0,4% de los nacimientos en Argentina y Chile, 0,5% en Uruguay, 0,6% en Paraguay y 0,9% en Brasil.

Si bien las proporciones son bajas, estos nacimientos y la situación de esas adolescentes madres, merecen un tratamiento, análisis, y políticas sociales y de prevención específicas dado que una porción importante es resultado de situaciones forzadas y de abuso, o coerción (Pantelides, 2014).

Por otra parte, si bien la mayoría de los nacimientos de madres adolescentes ocurre entre quienes tienen 18 y 19 años, hay indicios en algunos de los países que sugieren que los nacimientos entre las de menor edad se están incrementando. En efecto, en el caso de Brasil, Cavenaghi (2013) afirma en base a datos censales que el promedio de edad de las madres adolescentes se reduce. Así, en más del 55% de los nacimientos del 2010 las madres tenían 18 o 19, proporción que era del 63% en 1991³. En el caso de Paraguay, pareciera que ocurre algo similar ya que en 2004, 80% de los nacimientos de madres adolescentes correspondieron a madres entre 17 y 19 años, proporción que en el 2013 era del 74%. En el caso de Argentina, en cambio, no se han encontrado diferencias importantes en la estructura etarea de las madres adolescentes comparando el año 2001 con el 2010.

3. Como lo señala la autora, esta proporción puede deberse a un aumento relativo mayor del número de mujeres jóvenes o a una variación mayor de las más jóvenes en relación a las de 18 y 19 años.

Repetición de la maternidad

Otro de los aspectos que permiten distinguir las estadísticas vitales sobre los nacimientos es la frecuencia de la repetición de la maternidad en la adolescencia. Un segundo embarazo y nacimiento a edades tempranas no sólo supone intervalos intergenésicos cortos y no recomendables, 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.

La proporción de nacimientos de madres adolescentes que son de segundo o mayor orden es de alrededor del 20 por ciento, exceptuando en Chile donde es 13,9%. Un dato auspicioso es que en todos los países se observa que la repetición de la maternidad en la adolescencia ha descendido, conclusión a la que también se arriba en base a datos censales (Rodríguez Vignoli, 2014).

En Argentina, los nacimientos de segundo o mayor orden de madres adolescentes descendieron del 25 al 20 por ciento entre el 2001 y 2011, y entre las adolescentes de 18 y 19 años, el descenso fue del 35 al 28 por ciento⁴. En Chile, Rodríguez (2011) en base a datos de censos y encuestas de juventud, señala un sostenido descenso de las madres adolescentes con al menos dos hijos, el que fue particularmente importante entre 2002 y 2009.

En Uruguay, se estimó en base a las estadísticas vitales la proporción de madres que al momento del nacimiento indicaron haber tenido al menos un embarazo previo. Dicha proporción en el año 2010 es del 26% (y 34,5% en las de 18 y 19 años)⁵. En el caso de Paraguay, los datos de las estadísticas vitales del año 2013 muestran que 18 por ciento de las adolescentes que parieron ese año tenía por lo menos un hijo previo, proporción que era 21,4% en 2004.

4. Elaboración propia en base a los datos de las estadísticas vitales.

5. Estimado en base a los datos del Ministerio de Salud Pública, Estadísticas Vitales.

Situación conyugal de las madres adolescentes

De acuerdo a la información de las estadísticas vitales, entre el 35 y 44 por ciento de las madres menores de 14 años está en pareja al momento del nacimiento (en Paraguay, Argentina y Uruguay) y entre el 50 y 62 por ciento entre las madres entre 15 y 19 años. En el caso de Chile la proporción que brindan las estadísticas vitales es significativamente menor (1,5%) pero se refiere únicamente a las casadas y no incluye a quienes conviven con la pareja.

Como ha sido extensamente documentado, las uniones libres o convivenciales se han incrementado substancialmente particularmente entre las nuevas generaciones quienes mayoritariamente optan este tipo de unión como inicio de la vida conyugal.

Comparando con la situación una década atrás, no han ocurrido cambios en este aspecto, al menos en Argentina, Paraguay y Uruguay donde se cuenta con información comparable. Sin embargo, cabe mencionar que dos estudios realizados en Argentina muestran que una proporción significativa de las adolescentes madres que tienen un hijo en el contexto de una unión, son uniones precipitadas por el embarazo (Gogna et al. 2005; Binstock y Gogna, 2014)⁶.

Maternidad adolescente

La maternidad adolescente se define como el porcentaje de madres de 15 a 19 años con relación al número total de mujeres de esa edad. Si bien este indicador no ofrece información sobre el número de hijos que tiene cada adolescente, es altamente relevante para las políticas públicas, ya que identifica su condición de madre, la cual genera desventajas en las sociedades modernas (Rodríguez

6. Estimado en base a los cuadros de nacimientos del Sub-Sistema Informático de Estadísticas Vitales (SSIEV), Dirección General de Información General Estratégica en Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay.

7. La proporción de madres 15-19 era del 32,9% en 1991 y 26,7% en 2002, si bien estas cifras corresponden a datos censales por lo que no son estrictamente comparables a las de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva (ENDSR). Sin embargo, análisis basados únicamente en las ondas previas de la encuesta confirma el importante descenso.

Vignoli, 2014), y supone otras necesidades para su propio bienestar como el del hijo. Asimismo, es un indicador fácil de calcular y, por sobre todas las cosas, sencillo de interpretar.

El **gráfico 6** ilustra para cada uno de los 5 países analizados la proporción de madres entre las adolescentes entre 15 y 19 años en las últimas tres décadas. La última medición indica que entre el 9,5% y el 13% de las adolescentes son madres. Las proporciones más bajas se registran en Paraguay y Uruguay y la más alta en Argentina.

La tendencia es algo errática, si bien las variaciones no son muy importantes particularmente en Argentina y en Chile. En Brasil y en Uruguay hubo un aumento entre 1990 y 2000, y un descenso casi comparable entre el 2000 y el 2010. Y finalmente en Paraguay el descenso ha sido sostenido⁷, equiparando su posición a la del resto de los países.

El **gráfico 7** profundiza la mirada y presenta para el año más reciente, la proporción de madres a cada edad simple⁸. Esta aproximación tiene la ventaja de que se puede interpretar como la probabilidad de haber sido madre a cada edad determinada y es más directa la comparación entre países. Para el cálculo en Argentina, dado que no se dispone de información censal por edad simple, se utilizó la ENSSyR del año 2013⁹.

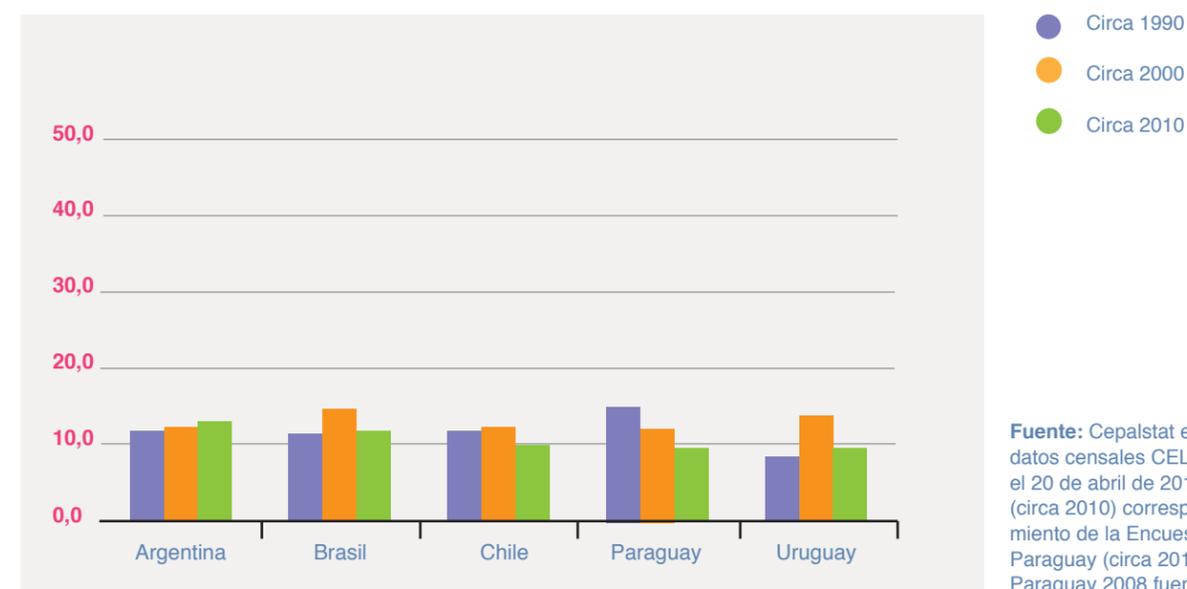
Los resultados muestran un patrón muy similar en la progresión de la maternidad conforme aumenta la edad, particularmente a partir de la edad 17. Para las edades 15 y 16, la variabilidad entre países es algo mayor, pero dentro de proporciones pequeñas dado que a dichas edades la probabilidad de ser madre es mucho menor¹⁰.

8. El indicador del porcentaje de madres tiene dos limitaciones: 1) es influenciado por la estructura etaria de la población de 15 a 19 años; 2) es un indicador truncado en tanto las adolescentes consideradas en los cálculos no han culminado su exposición al riesgo de ser madres. Estas limitaciones se mitigan con la estimación por edad simple.

9. El resultado de la proporción de madres entre adolescentes de 15 a 19 años de la ENSSyR es del 12,5%, algo inferior al obtenido con datos censales para el año 2010 (13%), si bien es una diferencia esperable dado que la encuesta es urbana.

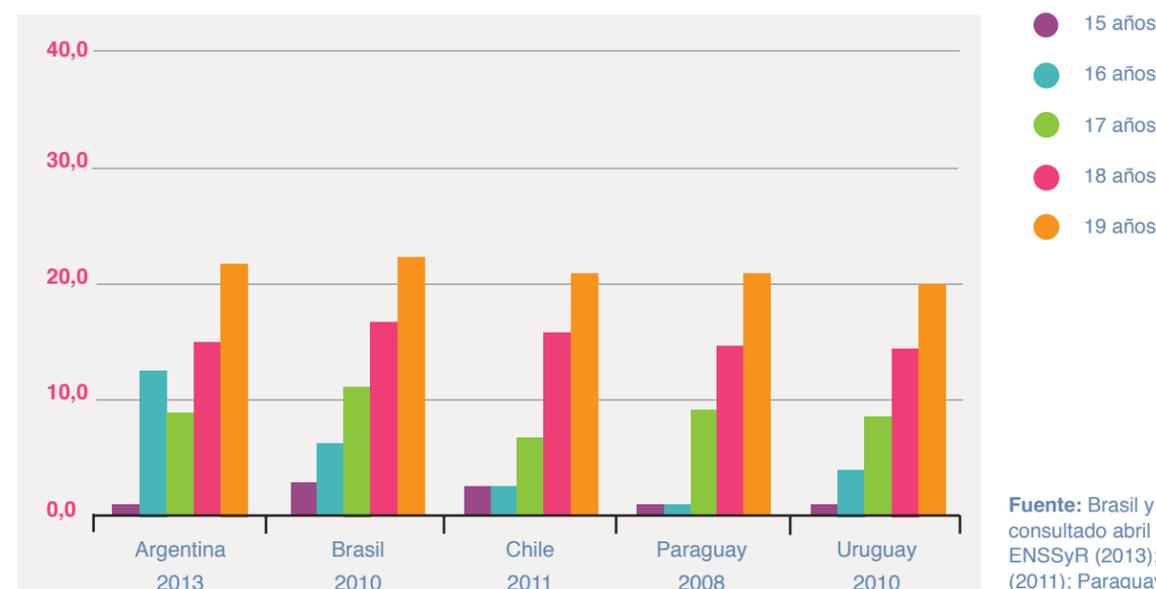
10. La única excepción la constituye la comparativamente alta proporción de madres a edad 16 en Argentina, pero es altamente probable que se deba a errores muestrales.

Gráfico 6. Países del Cono Sur. Porcentaje de madres entre adolescentes de 15 a 19 años, 1990-2010.



Fuente: Cepalstat en base a microdatos censales CELADE. Consultado el 20 de abril de 2015. Datos de Chile (circa 2010) corresponde a procesamiento de la Encuesta CASEN 2011; y Paraguay (circa 2010) corresponde a Paraguay 2008 fuente (CEPEP 2011).

Gráfico 7. Países del Cono Sur. Porcentaje de madres entre adolescentes por edad simple, circa 2010.



Fuente: Brasil y Uruguay (cepalstat, consultado abril 2015). Argentina: ENSSyR (2013); Chile: CANSEN (2011); Paraguay: CEPEP (2011).



Particularmente relevante resulta la mirada específica a la proporción de madres a edad 18 y a edad 19 en tanto se pueden interpretar como indicadores indirectos de la proporción de mujeres que culminará cada edad habiendo sido madre. Esta proporción es relativamente similar en todos los países: entre el 14 y 17 por ciento a edad 18, y entre el 20 y 22 por ciento a edad 19. En otras palabras, una de cada cinco mujeres en los países del Cono Sur, será madre antes de terminar la adolescencia y, exceptuando el caso de Paraguay, esta conclusión no se ha modificado durante las últimas dos décadas.

Desigualdad y reproducción temprana

El embarazo y la maternidad adolescente es un tema de inequidad, que afecta principalmente a las mujeres de los estratos socialmente más vulnerables. Estas conclusiones derivan del análisis de estudios nacionales en los países respectivos, así como de estudios que incluyen la comparación de al menos dos de los países aquí considerados, que examinan tasas de fecundidad adolescente, porcentaje de nacimientos que corresponden a madres adolescentes, y/o porcentaje de madres entre adolescentes en función de aspectos culturales, y atributos sociales y económicos y distribución espacial que implican diferencias en la estructura de oportunidades y condiciones de

vida, y por ende, en los comportamientos reproductivos de las adolescentes. A continuación se precisan algunas diferencias que ejemplifican la permanencia e incluso la profundización de las desigualdades. Principal atención se pone a desigualdades regionales, ya que la precisión de un recorte geográfico que concentre población vulnerable y necesitada de programas específicos, resulta esencial para reducir la desigualdad y reducir la ocurrencia de embarazos no planificados.

Desigualdades étnicas y culturales

Las desigualdades étnicas y culturales en todos los países son importantes. En Brasil la maternidad adolescente indígena representa el doble de la no indígena (26,4 vs. 11,8%) (Rodríguez Vignoli, 2014). Tanto en Brasil como en Uruguay, también se observan diferencias étnico-raciales, con una mayor proporción de adolescentes madres entre las mujeres afrodescendientes (del Popolo et al. 2009; Varela et al. 2014)¹¹.

11. En Uruguay, el último censo indagó por la ascendencia indígena, y el 4 por ciento de la población indicó tener ascendencia indígena. Utilizando dicha variable clasificatoria, Rodríguez Vignoli (2014) encuentra diferencias entre las mujeres indígenas y no indígenas en la proporción que son madres, aunque las brechas son menores y son producto principalmente de diferencias entre las adolescentes residentes en áreas urbanas (11,6 vs. 9,3%).

Cuadro 4. Países del Cono Sur. Porcentaje de madres entre adolescentes de 15 a 17 y 18 y 19 años según condición étnica, circa 2000.

Población	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay
15 a 17 años				
Indígena	10,4	17,9	7,1	31,3
Resto	6,7	6,9	7,1	5,0
Afrodescendiente		9,7		
18 y 19 años				
Indígena	27,3	41,2	21,9	66,6
Resto	19,9	28,2	20,4	21,0
Afrodescendiente		20,9		

Fuente: Del Popolo et al. (2009), cuadro 10.

Por su parte, Del Popolo y otros (2009), en base a datos censales de la onda del año 2000, encuentra diferencias importantes en la proporción de madres tanto entre las adolescentes entre 15 y 17 años como entre las de 18 y 19 años, como se evidencia en el **cuadro 4**. En Chile, en cambio, 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).

En Paraguay, se dispone de otro indicador adicional sobre pautas culturales, que es la lengua que se habla en el hogar, encontrándose que la maternidad adolescente entre las adolescentes donde en sus casas se habla únicamente guaraní duplica a la de las adolescentes en donde se habla únicamente español (16 vs. 8,4 por ciento, CEPEP, 2011).

Desigualdad por nivel socioeconómico

En todos los países se registran importantes diferencias en la prevalencia de la maternidad de acuerdo a la situación socioeconómica y de pobreza de las adolescentes. Así, por ejemplo, en Paraguay la proporción de madres o adolescentes embarazadas entre las de estrato bajo, casi duplica a las de estrato medio, y más que triplica a las

de estratos altos (CEPEP, 2011). En Brasil, la tasa de fecundidad adolescente disminuye conforme aumentan los ingresos del hogar (Cavenaghi, 2013). En efecto, las adolescentes que residen en un domicilio con ingresos iguales o inferiores al 25% del salario mínimo per cápita presentan una tasa de fecundidad de más de 126 nacidos vivos por 1000 mujeres. Entre las que residen en hogares con ingresos familiares per cápita entre 2 y 3 veces superior al salario mínimo la tasa de fecundidad se reduce a 31 nacimientos por 1000 mujeres, y entre las que residen en hogares con ingresos más altos (iguales o mayores a 5 veces el salario mínimo) la tasa es del 8 por mil (Cavenaghi, 2013).

En el caso de Chile, Rodríguez y Robledo (2011) estiman que las chances de embarazo no planificado de las adolescentes de sectores socioeconómicos más acomodados son un sexto de las chances del grupo más vulnerable. También en Argentina así como en Uruguay hay extensa evidencia sobre la mayor incidencia de la maternidad entre las adolescentes de sectores socioeconómicos menos aventajados (Gognaet al. 2005, Pantelides y Binstock, 2004, Varela y Fonsik, 2011).

Un estudio reciente de Rodríguez Vignoli (2014), en base al análisis de siete países latinoamericanos, en el que incluye a Brasil y a Uruguay, concluye que concomitantemente con el descenso de la maternidad adolescente en todos los quintiles o deciles de ingresos, la desigualdad ha aumentado dado que el descenso ha sido mucho mayor entre las adolescentes de estratos más aventajados, consolidando a la maternidad adolescente como expresión de la desigualdad reproductiva y social.

Desigualdad territorial

En todos los países del Cono Sur hay una gran disparidad regional. Sea analizado por provincias o departamentos, municipalidades o grandes regiones, o comparando residencia urbana-rural, las regiones socialmente más aventajadas (en términos de pobreza, recursos, empleo, etc.) y las áreas urbanas presentan tasas de fecundidad o proporción de nacimientos de madres adolescentes, o porcentaje de adolescentes madres más bajas. En algunos países las diferencias son importantes.

Así, por ejemplo, en **Argentina**, datos del año 2012 muestran que la fecundidad adolescente de la provincia con niveles más altos es 2,8 veces la de los niveles más bajos: 95,4 por mil y 33,1 por mil en Misiones y Buenos Aires, respectivamente (Ministerio de Salud, PNSIA, 2014). Si se compara con la situación en el 2001, la brecha entre las provincias con el nivel más bajo y el más alto se ha reducido (la cual era de 4,2 veces), si bien a expensas tanto de un descenso de la fecundidad en las provincias con fecundidad adolescente más alta, pero también por el aumento de la fecundidad adolescente en la Ciudad de Buenos Aires, que igual ha mantenido su posición relativa de ser la jurisdicción con la tasa más baja¹². Diferencias importantes también se registran en función del porcentaje de madres adolescentes en cada provincia.

En **Brasil**, la tasa de fecundidad adolescente en el área rural es 1,6 veces la del área urbana (103,6 versus 64,2 por mil), y presenta diferencias significativas a nivel regio-

nal (54,5 en la región sureste y 111,8 en la región norte) (Cavenaghi, 2013). En su análisis regional, Cavenaghi (2013) también muestra que aun cuando la fecundidad en zonas rurales es más alta en todos los estados, se advierten importantes diferencias de acuerdo a la región, siendo mucho más homogéneo en el sudeste del país que en el norte, donde la disparidad social y económica de la población es mucho más aguda.

En **Uruguay** existen diferencias importantes a nivel regional, con una variación en la proporción de madres adolescentes de 15 a 19 años que va entre 7,4% y 14,1% (en los departamentos de Lavalleja y Río Negro respectivamente), lo que representa una brecha de 1,9¹³. Asimismo, Varela (2014) destaca la heterogeneidad en la ciudad capital, con importantes variaciones en la maternidad adolescente a nivel barrial (con algunos barrios con la proporción de madres cercana a 0 y otros en donde dicha proporción alcanza el 17%).

En **Paraguay** la maternidad adolescente es más frecuente en zonas rurales. Residir en un área rural aumenta en casi un 50% la chance de tener hijos antes de los 20 años. También es más frecuente en la Región Norte y menos frecuente en el Gran Asunción, mientras que adquiere valores intermedios en las regiones Centro Sur y Este (CEPEP, 2011).

En síntesis, las desigualdades territoriales en relación a la maternidad adolescente persisten en todos los países y en algunos, incluso se han profundizado. En este sentido, Rodríguez Vignoli (2014) señala que tanto para Brasil como para Uruguay, la desigualdad urbano-rural en la fecundidad adolescente se ha incrementado entre el 2000 y 2010. El lugar de residencia implica un acceso a bienes y servicios diversos, pero también a espacios de socialización y modelos y dinámicas sociales y culturales específicas (Varela et al. 2014). Los países donde se ha realizado un análisis territorial detallado, como por ejemplo en Brasil y en Uruguay, evidencian el ocultamiento de realidades

12. En el año 2001 la tasa de fecundidad adolescente (15 a 19 años) variaba entre 23,9 en la Ciudad de Buenos Aires y 101,1 en Chaco (Binstock y Pantelides, 2005).

13. De acuerdo a datos de Varela et. al 2013, en 1996 el porcentaje de madres variaba entre el 10,9% en Montevideo y 21,6% en Artigas, lo que representa una brecha de 1,98.

heterogéneas en cuanto al comportamiento reproductivo en el análisis espacial agregado, y revelan las importantes dispersiones incluso dentro de una misma ciudad, y la convivencia de realidades sociales bien diversas en espacios limitados. Estos estudios estimulan análisis más detallados a nivel espacial, que permitan identificar las unidades geográficas más vulnerables en el acceso a sus derechos reproductivos, para poder proponer programas específicos.

Desigualdad educativa

Otros de los rasgos en los que claramente madres y no madres adolescentes se diferencian son todos los aspectos vinculados a indicadores educativos. En todos los países existen marcadas diferencias entre las adolescentes madres y no madres en los niveles de asistencia escolar, analfabetismo, y el nivel de instrucción alcanzado (Binstock y Pantelides, 2005; Rodríguez Vignoli, 2014; Varela y Fonzik, 2014; Chagas de Almeida y Aquino, 2011; Heilborn y Cabral, 2011; CEPEP, 2011; Cavenaghi, 2013) que posiciona a las primeras en una situación de desventaja.

Esta asociación ha sido por largo tiempo en parte interpretada como la dificultad de las adolescentes de continuar su educación cuando se embarazan o son madres, y muchos esfuerzos se han puesto para mantener a las adolescentes embarazadas y madres dentro del sistema escolar. Esto sin duda es necesario e imprescindible dado que muchos trabajos muestran que la ocurrencia de un embarazo trunca la educación de las adolescentes.

Pero esos mismos estudios, que han atendido más específicamente a la secuencia temporal entre la trayectoria educativa y el embarazo y maternidad visibilizan la realidad de que muchas de las adolescentes madres ya estaban fuera del sistema educativo al momento del embarazo.

En efecto, la proporción de adolescentes madres que ya había abandonado la escuela antes de la ocurrencia del embarazo era del 75% en Paraguay (CEPEP, 2011), de 40% en Brasil (Heilborn y Cabral, 2011), del 55% en Argentina (Binstock y Gogna, 2014, en base a un estudio regional), y 71% en Uruguay (Varela y Fonsik, 2011).

En el caso de Paraguay, por ejemplo, la proporción de quienes ya estaban fuera de la escuela es mayor en el ámbito rural, de quienes provienen de hogares de estratos bajos, y de hogares donde se hablaba predominantemente guaraní (CEPEP, 2011).

Los mismos estudios muestran que, de estar asistiendo a la escuela al momento del embarazo, las chances de abandono son altas, y muchas no continúan estudiando ya sea inmediatamente o al poco tiempo, y en muchos casos a pesar de haber sido contactadas por las escuelas y habersele ofrecido facilidades para su continuidad educativa (Binstock y Gogna, 2014; Binstock, G. y E. Näslund-Hadley, 2013).

Como resultado, sea por haber truncado su educación antes del embarazo, como por haber abandonado por la ocurrencia del mismo, las adolescentes madres hacen su transición a la adultez en una situación de mayor precariedad, particularmente en materia educativa.

Maternidad adolescente no planificada

Uno de los aspectos más relevantes desde el punto de vista del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, así como desde la eficiencia de las políticas públicas que contemplan el bienestar social, de salud y educativo de la población adolescente, es si el embarazo es planificado o, por el contrario inesperado o inoportuno.

Esta pregunta varía en los relevamientos de cada país. Así, en Paraguay y en Argentina, las encuestas respectivas de salud sexual y reproductiva preguntan sobre la intención al momento del embarazo del último hijo nacido vivo. Mientras que en Brasil, la información sobre la planificación se obtuvo para el embarazo en curso. En Chile, en cambio, la encuesta nacional de juventud indaga por la ocurrencia de embarazos no planificados, al igual que en el único estudio que se detectó en Uruguay que se pregunta por este aspecto específico, pero que fue administrado únicamente entre las adolescentes de Montevideo. A estas consideraciones debe sumarse los potenciales sesgos de las respuestas sobre la planificación y deseabilidad de un embarazo de un hijo ya nacido. Los resultados, aun con

sus limitaciones, brindan un panorama estimativo de la situación regional y resulta un indicio clave para evaluar en qué medida se garantizan los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes.

En **Argentina**, el 30% de las adolescentes madres indicó que cuando quedó embarazada no quería tener hijos y un 15% adicional indicó que hubiera preferido esperar para tenerlo. En conjunto esto significa que casi la mitad (45%) de las adolescentes madres no planificó su embarazo. La proporción que indica que hubiera preferido esperar o no quería quedar embarazada aumenta conforme al nivel educativo de la adolescente¹⁴.

Entre las adolescentes madres **paraguayas**, se reporta una proporción similar a la observada en Argentina (45%), si bien en este caso se incluyen primordialmente adolescentes que indicaron que hubieran preferido tenerlo más tarde (Melian, 2013). Más preocupante se torna el panorama cuando se comparan esos resultados con los obtenidos en encuestas previas, que muestran una disminución en la proporción de los nacimientos deseados con la contrapartida de un incremento en los nacimientos inoportunos. En la encuesta realizada en el año 1995/96 el porcentaje de adolescentes madres que indicó que quería tener el hijo cuando quedó embarazada era del 79% mientras que las que indicaron que hubieran preferido esperar era del 15% y un 6% adicional que manifestó que no quería tener hijos en ese momento (Melian, 2013). Este resultado, mirado en conjunto con el descenso de la fecundidad adolescente, sugiere un cambio en las preferencias reproductivas en relación a la edad oportuna para ser madre, que no ha podido ser alcanzado, al menos para una importante proporción de adolescentes.

14. La proporción de embarazos no planificados es aún mayor si se contemplan los datos obtenidos del Sistema Informático Perinatal (SIP), ya que el 70% reporta que no planificó su embarazo (Ministerio de Salud, PNSIA 2014). Los resultados del SIP no son estrictamente comparables con los obtenidos por la ENNyS ya que el primer relevamiento se realiza durante el embarazo o puerperio (lo que seguramente es más confiable) pero se restringe únicamente a los embarazos y partos atendidos en el sector público. Si bien el rango es amplio, aún los datos de la ENNyS (que abarcan la población urbana) que pueden considerarse más conservadores dado el lapso de tiempo ocurrido, son altos.

En **Brasil**, en el año 2006, de acuerdo a Cavenaghi (2013), dos de cada tres adolescentes que cursaban un embarazo indicaron que no fue planificado, destacándose particularmente el norte del país donde dicha proporción asciende al 73%. Esto también es más frecuente en las zonas urbanas que en las rurales (70% vs. 50%).

En **Chile**, más de un cuarto de las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente iniciadas reportó haber tenido al menos un embarazo no planificado. Las diferencias por estrato socioeconómico son muy marcadas, y van desde el 41% en el estrato más vulnerable al 10% en el estrato más aventajado (Rodríguez y Robledo, 2011). Datos preliminares sugieren un descenso en la ocurrencia de embarazos no planificados durante la adolescencia. Así en 2009 el 17% del total de adolescentes indicó la ocurrencia, y descendió al 13,8 % en 2012¹⁵.

En **Uruguay**, el 63% de las adolescentes en Montevideo entre 14 y 19 años que tuvieron un embarazo indicaron que no fue planificado. La ocurrencia de embarazos no planificados es mayor en los segmentos socioeconómicos medio y alto que las de estrato bajo (86% vs. 54%) y está inversamente asociada a la edad (78% entre las de 14 y 15 años, 60% entre las de 16 y 17 años, y 48% entre las de 18 y 19 años). Más aún, entre las adolescentes que no tuvieron la experiencia de un embarazo se observa una postura menos resistente a la idea de un embarazo conforme aumenta la edad y desciende el nivel socioeconómico de su hogar (MORI, 2011).

Iniciación sexual y uso de anticoncepción

La iniciación sexual es la transición a partir de la cual las mujeres entran en riesgo de embarazo. Cuanto más temprano, por ende, mayor el período de exposición. El conocimiento, acceso y uso consistente y eficaz de anticoncepción es sin duda un elemento esencial en la prevención de embarazos no deseados.

15. En base a datos procesados por REDATAM en INJUV. Esta posibilidad se refuerza contemplando que el descenso también se observa en el grupo entre 20 y 24 años, entre quienes la ocurrencia de embarazos no planificados descendió del 28,8 al 22,5 por ciento entre 2009 y 2012.



Entre el 40% y 55% de las adolescentes entre 15 y 19 años ha tenido relaciones sexuales. La proporción de sexualmente iniciadas en dicho grupo etareo está afectada por el comportamiento de las mujeres más jóvenes ya que, como es de anticipar la proporción de iniciadas va aumentando conforme a la edad. La proporción de iniciadas a edad 19, que resume cuantas lo hacen durante la adolescencia es del 78,5% en Brasil (Cavenaghi, 2013), 64,0% en Paraguay (CEPEP, 2011), y 81,4% en Argentina¹⁶ y el 76% en Uruguay (a edad 18). Por lo tanto, la mayoría de las mujeres se inicia sexualmente a lo largo de la adolescencia, y precede a una unión conyugal¹⁷ (**cuadro 5**).

Asimismo, las nuevas generaciones, particularmente las mujeres adelantan la iniciación sexual. Así, por ejemplo, el porcentaje de mujeres sexualmente activas entre 15 y 19 años aumentó del 31 al 53% entre 1996 y 2006 en Brasil (García y Koyama, 2009), y del 45% al 52% en Argentina entre 2005 y 2013 (Pantelides, Binstock y Mario, 2005). La misma tendencia de adelantamiento del debut sexual se advierte en el resto de los países (por ejemplo, Pantelides,

16. Calculado en base a la ENSSyR, 2013.

17. Así, en Paraguay la iniciación sexual es prematrimonial en el 95% (CEPEP, 2011), lo que ha constituido un cambio importante en lo observado 10 años antes (CEPEP, 2008), particularmente entre las más jóvenes.

Binstock y Mario, 2005¹⁸; Binstock y Gogna, 2015; Rodríguez, 2009; CEPEP, 2008).

La mayoría de las adolescentes indica que la iniciación sexual ocurre con el novio¹⁹, pero poco sabemos sobre el ritmo con que progresa una relación. En este sentido, una investigación que lo indagó en Argentina encontró que la duración de los noviazgos al momento de la iniciación sexual no es muy prolongada: el 16% un mes o menos, el 21% entre dos y tres meses, y 20% entre 4 y 6 meses²⁰ (Binstock y Gogna, 2015)²¹.

Si bien el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos (MAC) es prácticamente universal (96%), el uso de

18. En Argentina, datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del 2005 indican que la proporción de sexualmente iniciadas entre las adolescentes de 15 a 19 era del 45%.

19. El 87% en Uruguay (MYSU, 2013), el 84% en Argentina (y el 87% quería tenerla en ese momento) (ENSSyR, 2013); el 86% en Brasil (Heilborn y Cabral, 2011).

20. El 40% restante indicó que la duración de su relación al momento del debut sexual era de al menos 7 meses).

21. Esta misma investigación encontró que cuanto más joven la adolescente comienza a salir e inicia relaciones proto-afectivas y románticas más se acelera una serie de comportamientos tendientes al debut sexual, hallazgo que se replica en otra investigación en Paraguay (Binstock y Näslund-Hadley, 2010).

Cuadro 5. Países del Cono Sur. Porcentaje de adolescentes(15-19 años) sexualmente iniciadas, y porcentaje de uso de métodos anticonceptivos (MAC) en la iniciación sexual y en la última relación sexual.

País	% iniciadas sexualmente	% iniciadas a edad 19	% Usó MAC en la IS	% usó preservativo	% usó MAC en última RS	Año
Argentina	52,4	81,4	90,2	95,0	90,3	2013
Brasil	55,1	78,5	67,4	83,7	46,7	2006
Chile	46,4		58,8		68,7	2009
Paraguay	38,6	64,0	75,8	81,0	83,4	2008
Uruguay	49,3	74,0	86,7	89,0	87,0	2012

Fuente: En Uruguay que se refiere de 15 a 18 años. En Argentina (ENSSyR) se refiere a las que utilizan un MAC entre quienes actualmente tienen relaciones sexuales. En Uruguay (Estudio MYSU) se refiere a la última relación sexual. En Paraguay (ENDSSR) se refiere a la relación más reciente entre quienes habían tenido relaciones sexuales en los tres últimos meses. En Chile (Encuesta Nacional de Juventud) se refiere a la última relación sexual en el año previo. En Brasil (PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde) se refiere a la última relación sexual y únicamente respecto del uso de preservativo. Entre quienes no usaron preservativo en la última relación el 80% utilizó pastillas.

algún tipo de protección en la iniciación sexual varía entre el 60% en Chile y 90% en Argentina. El preservativo es el método que más frecuentemente se utiliza (95% en Argentina, 68% en Brasil, 81% en Paraguay, y 91% en Uruguay). En los países donde se tiene información comparable, se observa un aumento importante de la protección en la iniciación sexual. En Chile pasa del 41,3 al 58,8 por ciento del 2003 al 2006 entre adolescentes de 15 a 18 años (Rodríguez, 2009). En Paraguay, del 24 al 70 por ciento entre 1995 y 2008 (CEPEP, 2011). En Argentina, la información disponible permite únicamente comparar la frecuencia de uso de anticoncepción en la iniciación sexual entre las jóvenes y las adolescentes el cual se incrementó del 78 al 85 por ciento²².

La edad a la iniciación sexual varía de manera significativa entre sectores sociales. En cada uno de los países, se registra un inicio sexual a edades más tempranas que la de sus pares de estratos más altos, en cada uno de los países examinados. Así, en Chile, que utiliza una categorización de 5 estratos sociales, la proporción de adolescentes se-

22. En base a procesamientos de la ENSSyR (Indec, 2013) que compara el uso de MAC entre jóvenes 20 a 29 años que se iniciaron durante la adolescencia, con quienes al momento de la encuesta tienen entre 14 y 19 años. Este incremento del uso de MAC en la iniciación sexual es consistente con lo observado en otras investigaciones (Binstock y Gogna, 2015).

xualmente iniciadas es del 53% y del 43% en el estrato más bajo y más alto respectivamente (Rodríguez y Robledo, 2011). En Uruguay, en cambio, la información se basa en una escala de tres categorías de nivel socioeconómico, y el rango en la proporción de sexualmente iniciadas varía entre el 44 y 63 por ciento en el sector más alto y más bajo respectivamente (MYSU, 2013). La proporción de sexualmente iniciadas también varía de acuerdo al rezago escolar (con aquellas que tienen retraso duplicando a las que no, 66% vs. 33%) (MYSU, 2013). En este sentido, en un estudio reciente sobre Argentina con una perspectiva de análisis longitudinal entre adolescentes y jóvenes de estratos sociales bajos se estimó que la asistencia a la escuela durante un año disminuye las chances del debut sexual durante dicho año en un 36 por ciento, controlando por el contexto de crianza y del nivel y año de escolaridad al que asisten (Binstock y Gogna, 2015).

Las desigualdades sociales en la frecuencia del uso de protección en la iniciación sexual son aún mucho más marcadas. En Paraguay, la proporción de uso de métodos del estrato social más bajo es la mitad que la del estrato más alto (38% vs. 76%) (CEPEP, 2011).

En Argentina, la proporción de uso de anticoncepción a la iniciación sexual de las adolescentes con al menos secun-

daria completa es 13% y 23% mayor que sus pares menos educadas (con secundaria incompleta o primaria completa respectivamente)²³.

Resulta interesante señalar que la iniciación sexual no denota necesariamente la continuación de una vida sexual activa. Así por ejemplo en Paraguay, si la adolescente no se encuentra en una relación estable, sea ésta de noviazgo o convivencia, las relaciones sexuales probablemente sean poco frecuentes y discontinuas (CEPEP, 2011). En el mismo sentido, un estudio regional en Argentina muestra que para el 16% de las adolescentes, el debut sexual es una relación aislada, y un 25% tuvo dos o tres encuentros sexuales posteriores con la misma pareja (Binstock y Gogna, 2015).

El uso de anticoncepción en la última relación sexual varía entre el 70% y 90% y aumenta en relación a la primera relación en Chile y en Paraguay. En Argentina y Uruguay, con los valores más altos en la iniciación, se mantiene estable.

Estos niveles altos de uso de anticoncepción en la iniciación así como en las relaciones posteriores, y del preservativo o de pastillas anticonceptivas no condice ni con la estabilidad y resistencia a la baja de los indicadores vinculados al embarazo y fecundidad adolescente, ni mucho menos con la frecuencia que ocurren embarazos clasificados al menos como inoportunos.

Por lo tanto es evidente que la extensión del uso de anticoncepción es menor a la declarada o el uso no es constante o consistente. En este sentido, datos de la ENDS en Brasil muestran que la mitad de las adolescentes que indicaron utilizar preservativo, lo hacía de manera eventual (García y Koyama). En Argentina, un estudio encontró que el 40% de las adolescentes usuarias lo hacía de manera intermitente, y que aún quienes reportan que se cuidan de manera constante y sistemática, suelen reconocer en el marco de entrevistas en profundidad que por diversos motivos algunas veces han mantenido relaciones sexuales sin protección (Binstock y Gogna, 2014). En este sentido,

23. Procesamiento de datos de la ENSSyR, 2013.

datos de la ENSSyR de Argentina muestran que 40% de las adolescentes que no querían quedar embarazadas en el momento que ocurrió el embarazo usaban anticoncepción, principalmente pastillas o condón. También un estudio reciente muestra que un tercio de las adolescentes que pasaron por un parto o aborto reportó que utilizaba un MAC al momento de quedar embarazadas (Zamberlin et al., en prensa).

Como ha sido ya señalado, el “dominio de la contracepción”, se inscribe en un proceso de aprendizaje y de toma de decisiones en el cual el conocimiento de los métodos no es decisivo (Reis-Brandao y Heilborn, 2006, Guzmán et al, 2001, Kornblit y Adaszko, 2006). A ello debe agregarse que tampoco es decisivo el saber que la protección debe ser consistente.

Anticoncepción de emergencia

Algunas encuestas recientes indagan específicamente por el conocimiento y uso de la anticoncepción de emergencia. En Uruguay, entre las mujeres de 15 a 18 años la proporción que espontáneamente indicó conocerla es del 18% (MYSU, 2013), pero cuando se les pregunta directamente sobre conocimiento de este recurso, el guarismo se incrementa al 86%. Adicionalmente, el 21,6% de las adolescentes sexualmente iniciadas lo usó, y ese porcentaje se incrementa a 27,8% cuando se indaga sobre su uso en los últimos doce meses (MYSU, 2013). En Argentina, una proporción algo menor (11%) indicó espontáneamente conocerlo de acuerdo a los datos de la ENSSyR 2013. Y en otro estudio regional previamente citado (Binstock y Gogna, 2014), la proporción de adolescentes entre 18 y 19 años que indicó conocer la pastilla del día después es del 71,6% y un 25% la había usado.

En Chile, un estudio realizado por Morán Faúndes (2013) indica 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.

Aborto

Con excepción de Uruguay, donde en el año 2013 se legalizó la interrupción voluntaria del embarazo, en el resto de los países es una práctica penada por la ley. Excepto Chile, las demás legislaciones contemplan situaciones en las cuales el aborto es legal (como violación o riesgo para la salud o de vida de la mujer embarazada).

Según el registro del Sistema Nacional de Información (SINADI) del Ministerio de Salud Pública (MSP), en el año 2014 en Uruguay se produjeron 8500 interrupciones voluntarias de embarazo (IVE), lo que significa una relación de 12 IVEs por cada 1000 mujeres de entre 15 y 45 años (proporción menor a la de los países que a nivel internacional se conocen, como por ejemplo en los países nórdicos). El 18% de las interrupciones corresponden a menores de 20 años²⁴. Resulta interesante señalar que dicho porcentaje replica a la porción del total de nacimientos que corresponden a madres adolescentes.

Para el resto de los países, en cambio, la información es escasa, dadas las dificultades de su indagación a partir de encuestas. Asimismo, aun cuando algunas encuestas incluyen la pregunta, es de esperar que las respuestas sean condicionadas y sesgadas, ya que se pregunta por una conducta censurada tanto desde el punto de vista legal, así como para parte de la población, también desde un punto de vista moral o religioso. Es por ello que en el resto de los países su incidencia es estimada de manera indirecta, con los recaudos interpretativos de sus resultados, muchas veces en función de estadísticas hospitalarias. Más allá de la magnitud y los sesgos de las estimaciones, los datos indican que las mujeres, y particularmente las adolescentes se realizan abortos, y que si bien al ser una práctica clandestina todas las mujeres corren algún riesgo, son las de menores recursos las que corren los riesgos mayores.

En Brasil, Risi y Cavenaghi (2012, citado en Cavenaghi 2013) indican que cada 1000 mujeres de 15 a 19 años

se registraron 13,1 abortos inducidos en 2010, proporción algo mayor a la de la población general que se estimó en 11,6 abortos.

En Argentina, en los datos oficiales de estadísticas hospitalarias del año 2013 se registran 8251 egresos hospitalarios por aborto en adolescentes (DEIS, 2015)²⁵. Esta cifra debe considerarse como un proxy de la ocurrencia del evento ya que la centralización de ese indicador presenta dificultades. Además contabiliza sólo la ocupación de cama y no así la atención por guardia, lo que deja fuera muchas situaciones de aborto que no presentan complicaciones y no requieren internación. En Chile, el 6 por ciento de las mujeres que manifestaron haber tenido un embarazo no planificado, se había hecho un aborto de acuerdo a datos de la Encuesta Nacional de Juventud del 2009 (Rodríguez y Robledo, 2011). En Argentina, dicha proporción entre las adolescentes es del 3% de acuerdo a datos de la ENSSyR 2013. Cabe reiterar que estas cifras deben tomarse con cautela dada la dificultad de medir prácticas ilegales y penalizadas como lo es el aborto.

La situación educativa de los y las adolescentes

La asistencia escolar en el Cono Sur es prácticamente universal entre niños y niñas. Las tasas de escolarización entre la población de 12 a 14 años varían entre el 94% y 99%. En el caso de adolescentes de entre 15 y 17 años las tasas de escolarización se reducen y varían entre el 73% y 92% de acuerdo a datos de la SITEAL. En general, y con la excepción de Uruguay, no se registran diferencias significativas entre varones y mujeres.

En cuanto a la tasa neta de matriculación secundaria (definida por el cociente entre la población que por su edad debería estar asistiendo a la educación secundaria, y la que efectivamente está escolarizada en ese nivel) se observa una variación que va del 72 por ciento entre los varones

25. Estimaciones indirectas de Mario y Pantelides (2009) indican un rango entre 372.000 y 522.000 abortos al año, lo que significa alrededor de 0,64 abortos por cada nacimiento, pero las autoras no pueden discriminar la proporción que corresponde a adolescentes.

24. Información obtenida de: <http://www.msp.gub.uy/noticia/interrupci%C3%B3n-voluntaria-de-embarazo>



uruguayos al 86 por ciento entre las mujeres argentinas. Argentina y Chile son los países con tasas más altas (mayores al 80%) tanto entre varones como entre mujeres. Paraguay y Uruguay tienen las mayores diferencias en la matriculación entre varones y mujeres. Paraguay, si bien presenta las tasas más bajas, ha aumentado significativamente sus tasas netas de escolarización en el nivel secundario (entre el 28 y 32 por ciento).

Los objetivos en materia educativa de los países de la región hacia la universalización del derecho a la educación implicaron reformas normativas, sanción de nuevas leyes y extensión de la educación obligatoria, lo que confluente en incrementar los esfuerzos, particularmente estatales. De acuerdo a datos de la SITEAL, con excepción de Chile donde tanto en el nivel primario como en el secundario más de la mitad de los estudiantes (54%) asiste a establecimientos de gestión privada, en el resto de los países lo hace en establecimientos públicos (entre el 75% y 90% en el nivel medio) (SITEAL, 2013).

Las tasas netas de escolarización varían por estrato socioeconómico. Si se compara la brecha entre estratos de

ingresos altos y bajos se observa que la diferencia ronda entre el 10% y 15% en la mayoría de los países, a excepción de Uruguay donde es 25% entre las mujeres y 34% entre los varones. El dato alentador es que en todos los países y tanto entre varones y mujeres se observa una disminución en la brechas de asistencia por sector socioeconómico comparado con el 2001. Asimismo, son los establecimientos gestionados por el Estado los que tienen una proporción mayor de estudiantes provenientes de los estratos sociales más desfavorecidos, es decir de aquellos de hogares con clima educativo bajo (SITEAL, 2011).

Este panorama del estado de situación en materia educativa de los adolescentes de la región se modifica cuando se considera la sobreedad de los asistentes en el nivel medio. Este indicador, que se presenta para los adolescentes entre 15 y 17 años, se estima como el cociente de los asistentes al nivel medio que tienen dos años o más de edad que la esperada para el grado o año al que asisten y el total de alumnos de dicho grupo de edad, por cien. El rezago escolar expresa las dificultades en la relación del sistema educativo y los estudiantes durante el proceso de enseñanza y el proceso de aprendizaje, y por lo tanto alu-

de al grado de ajuste entre las estrategias pedagógicas y la matrícula efectiva (SITEAL, 2011).

Actualmente, el rezago escolar de los adolescentes entre 15 y 17 años varía entre el 22 y 39 por ciento en Argentina, Paraguay y Uruguay. En Chile y en Brasil (con excepción de los varones) no supera el 10%. En todos los países, se observa un mayor rezago de los adolescentes varones en comparación con sus pares mujeres.

Comparado con la situación una década atrás, el rezago escolar se ha reducido en todos los países, exceptuando Argentina donde se ha incrementado. Este incremento es posiblemente el resultado de la incorporación de adolescentes al sistema educativo a partir de diversos planes de reinserción educativa, así como de la obligatoriedad de asistencia como contraprestación de planes sociales.

Cabe destacar que el porcentaje de estudiantes con dos o más años de rezago entre los escolarizados en instituciones de gestión estatal supera al de los de gestión privada. En Argentina y Uruguay se registran las diferencias más notables, con brechas que superan los 24 puntos porcentuales, mientras en el resto de los países la brecha oscila entre 7 y 12 puntos porcentuales (SITEAL, 2011, no se muestra en cuadros)

El rezago escolar de los adolescentes en el nivel medio varía de manera importante de acuerdo al estrato de ingresos, lo que resulta en brechas y desigualdades sociales bien marcadas en cada uno de los países. Hoy en día, la tasa de sobreedad de los adolescentes de estratos bajos es entre 2 y 5 veces la tasa de los adolescentes de estratos de ingresos altos. Como muestra el **cuadro 6**, Argentina y Uruguay se encuentran en situación más crítica, ya que entre el 32 y 45 por ciento de los adolescentes de estratos bajos que asisten al ciclo medio tienen al menos 2 años o más que lo esperado por el año educativo al que asisten. En el resto de los países dichas proporciones varían entre el 10 y 20 por ciento, destacándose el caso de Chile que tiene los niveles más bajos, particularmente en los estratos de ingresos bajos, así como en las brechas entre estratos. En el informe **Metas Educativas 2021: Desafíos y Opor-**

tunidades, los países de la región se clasifican en 5 grupos conforme al grado de acceso y egreso en los distintos niveles educativos. En dicho esquema, los países del Cono Sur aquí analizados se posicionan de la siguiente manera: Argentina y Chile en el grupo con alto egreso en el nivel primario, alto egreso en el nivel secundario, en un segundo grupo se ubica Brasil, con alto egreso en el nivel primario, egreso medio en el nivel secundario y, finalmente, Paraguay y Uruguay, con alto egreso en el nivel primario, bajo egreso en el nivel secundario. A estas diferencias se le suma la heterogeneidad entre países en momentos clave de la escolarización. Como señala el mismo informe, la universalización de la educación no se limita a que en las escuelas haya más niños y adolescentes, sino que las escuelas sean cada vez mejores para todos y **“disminuyan la brecha entre quienes acceden a una educación de calidad de los que tienen como única oportunidad una escolaridad sin recursos, pobre y, muchas veces, abandonada a su suerte”**. En este sentido, y de acuerdo a algunas evaluaciones estandarizadas, persisten importantes deudas y desafíos en esta materia.

En síntesis, la tasa neta de educación secundaria varía entre el 67 y el 83 por ciento y en todos los países ha aumentado levemente con respecto a una década atrás, con la excepción de Paraguay donde dicho incremento ha sido importante. Las tasas netas de educación secundaria en el estrato de ingresos altos son alrededor del 10 por ciento más altas que las del estrato de ingresos bajo. En Uruguay, así como entre los varones paraguayos dichas diferencias son más marcadas (entre el 25 y 35 por ciento más). Si bien las brechas en las tasas netas de educación secundaria por sector de ingresos se han reducido entre el 2000 y 2010, dicha reducción ha sido a expensas de incrementos en la sobreedad escolar de una proporción importante de adolescentes en los sectores más desfavorecidos, particularmente en Argentina y Uruguay. Las escuelas de gestión pública son las que enfrentan mayores desafíos, ya que son las que albergan mayor proporción de estudiantes provenientes de hogares de clima educativo bajo, así como de estudiantes con rezago escolar, factores que a su vez están asociados al abandono escolar (**cuadro 7**).

Cuadro 6. Tasas de escolarización de adolescentes entre 15 y 17 años, tasa neta de escolarización secundaria y razón de tasa neta de escolarización secundaria entre estratos de ingresos, 2000 y 2011.

País	Sexo	Tasa de escolarización (15-17 años)	Tasa neta de escolarización secundaria (TNES)		Razón TNES Estrato Ingreso Alto / Estrato Ingreso Bajo	
			2001	2011	2001	2011
Argentina	Varones	86,7	79,5	83,3	1,29	1,15
	Mujeres	89,9	83,3	85,7	1,22	1,12
Brasil	Varones	83,1	67,9	75,1	1,53	1,11
	Mujeres	84,4	72,5	78,1	1,36	1,09
Chile	Varones	91,7	76,6	80,3	1,14	1,07
	Mujeres	92,4	78,6	84,5	1,17	1,08
Paraguay	Varones	76,7	51,1	67,5	1,76	1,32
	Mujeres	78,5	57,2	73,7	1,39	1,12
Uruguay	Varones	72,9	51,1	72,0	1,47	1,34
	Mujeres	81,8	76,9	80,2	1,35	1,25

Fuente: SITEAL

Cuadro 7. Tasas de sobreedad población 15 a 17 años, por sexo y estrato de ingresos, y brechas entre estratos de ingresos, 2000 y 2011.

País	Sexo	Tasa de sobreedad (TS) (15 a 17 años)		TS (estrato ingresos bajo)		TS (estrato ingresos alto)		Razón TE (estrato ingresos bajo / estrato ingresos alto)	
		2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001
Argentina	Varones	30,7	38,5	36,5	39,3	21,0	20,6	1,74	1,91
	Mujeres	23,3	28,2	30,4	34,3	13,4	9,1	2,27	3,77
Brasil	Varones	25,1	16,0	39,4	21,1	18,0	8,2	2,19	2,57
	Mujeres	17,6	8,1	27,2	10,9	11,9	4,8	2,28	2,27
Chile	Varones	14,0	9,0	17,7	12,0	5,7	4,3	3,12	2,79
	Mujeres	9,3	5,0	12,4	5,4	5,4	2,9	2,30	1,88
Paraguay	Varones	34,1	21,4	38,8	15,1	28,0	9,0	1,39	1,68
	Mujeres	33,9	23,2	41,4	27,1	18,8	15,8	2,21	1,71
Uruguay	Varones	26,7	32,4	40,0	45,7	8,7	14,0	4,60	3,26
	Mujeres	22,5	22,9	33,2	32,5	9,6	6,4	3,47	5,09

Fuente: SITEAL



Respuestas institucionales: salud sexual y educación

Esta parte del documento se focaliza en las respuestas institucionales de los países del Cono Sur en relación a la salud sexual y reproductiva adolescente, con énfasis en acciones vinculadas a la prevención de embarazos. Como se verá en detalle en las próximas secciones, se están realizando esfuerzos encaminados a atender las necesidades de este estrato poblacional. En términos generales, se observa que se intenta garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, promoviendo su derecho a acceder al sistema de salud en forma autónoma y en el marco del respeto de confidencialidad.

En primer lugar, se sintetiza y compara la situación en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay en lo que respecta a legislación, programas, planes y/o políticas sobre salud sexual y reproductiva vigentes en cada país. Seguidamente se detalla el panorama en lo que se refiere a la

anticoncepción. En tercer lugar, se explicitan los programas específicos dirigidos a la población adolescente y, en cuarto lugar, se compara el panorama en relación a la educación sexual. Por último, se sintetiza el marco normativo que protege a las estudiantes embarazadas y la situación legal vigente en torno al aborto en cada país. A continuación, se caracterizan brevemente los sistemas de salud de cada país.

Sistemas de salud

Todos los países analizados cuentan con un sistema de salud público y privado. Los servicios ofrecidos por el sector público son aquellos a los que tienen derecho todos los habitantes del país, aunque, mayoritariamente, se detecta que los sectores de menores ingresos son los que tienen mayor dependencia de ellos. Entre el 40 y 80 por ciento de la población de cada país se atiende en el sistema público.

Cobertura de la población según sistema de salud

Argentina	El subsistema público provee atención a casi un 40% de la población que no posee otra cobertura. El subsistema de seguridad social (obras sociales) cubre a alrededor de un 50% de la población. El subsistema privado cubre al 10% restante.
Brasil	Existe alrededor de un 75% de la población que está cubierta por el sistema público.
Chile	Alrededor del 80% de los chilenos están cubiertos por los servicios de salud del sector público, financiados con recursos del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Aproximadamente un 18% de los chilenos está afiliado a alguna Institución de Salud Previsional (ISAPRE), compañías aseguradoras privadas que reciben las cuotas obligatorias de los trabajadores para administrar diversos planes de salud. Otro grupo pertenece a las FF.AA y un reducido sector de la población paga por la atención a la salud directamente de su bolsillo.
Paraguay	El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) atiende alrededor del 65% de la población total del país. El Instituto de Previsión Social (IPS) –seguridad social– cubre alrededor del 15% de la población paraguaya. Entre 7% y 9% de la población se beneficia de esquemas de aseguramiento del sector privado.
Uruguay	La cobertura se desglosa de la siguiente manera: 27% de la población está cubierta por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE, prestador público); 56% por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC, prestadores privados); 4,7% por la Sanidad Policial y Militar y 1,7% por seguros privados.

Marco normativo para la salud sexual y reproductiva de toda la población

Argentina	Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2003); Decreto reglamentario de la Ley 25.673 de Salud Sexual (2003)
Brasil	Ley de Planificación Familiar 9.263 (1996)
Chile	Ley 20.418 que fija normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en materia de Regulación de la Fertilidad (aprobada 2010, reglamentada 2013)
Paraguay	Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2014 - 2018)
Uruguay	Ley 18.426 de Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (promulgada 2008, reglamentada 2010) Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE, 2012)

Salud sexual y reproductiva

Los cinco países tienen algún tipo de marco normativo (leyes y/o programas) que regulan los derechos en salud sexual y reproductiva de toda la población. A grandes rasgos, el objetivo general de estos instrumentos es garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población (no sólo la población adolescente). Se encuentran en el marco de los ministerios de salud y la anticoncepción resulta una de sus prioridades.

Estos marcos normativos mayoritariamente orientan sus esfuerzos a fortalecer las acciones que garanticen el acceso y mejoren la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para toda la población. Con este objetivo promueven el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual.

Anticoncepción

El reparto de anticonceptivos es una de las principales estrategias adoptada por los distintos países para promover y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población, incluyendo adolescentes.

Los cinco países proveen métodos anticonceptivos de manera gratuita a través de sus sistemas de salud, si bien se distinguen algunas especificaciones por país, que se detallan a continuación.

En **Argentina** la canasta de métodos anticonceptivos de distribución gratuita incluye anticoncepción hormonal oral (regular y de lactancia), inyectables, dispositivo intrauterino (DIU), preservativos masculinos y anticoncepción de emergencia (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2011)²⁶. Además, en el año 2014, se incorpora en la canasta el implante subdérmico y, a partir del 2015, el sistema intrauterino (SIU) (Presentación realizada en la Reunión Regional sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en Montevideo, mayo 2015). Las instituciones públicas también deben proveer de manera gratuita la anticoncepción quirúrgica (ligadura de trompas y vasectomía) a población mayor de 18 años.

En **Chile** se indica que “se debe poner a disposición de la población métodos anticonceptivos, tanto hormonales como no hormonales. A modo ejemplar se señalan, entre los primeros, los métodos anticonceptivos combinados de estrógeno y progestágeno, los métodos anticonceptivos de progestágeno solo, los métodos anticonceptivos hormonales de emergencia. Entre los segundos, por su parte, se incluyen tanto los naturales como los artificiales” (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2010).

²⁶. De acuerdo al análisis de datos de la ENSSyR (2013) entre las adolescentes usuarias de métodos la mayoría (58%) utiliza métodos hormonales (pastillas anticonceptivas) y el 39% preservativo. El 43% de las adolescentes usuarias obtuvo el método de manera gratuita (49% entre usuarias de pastillas y 30% entre usuarias de preservativo), en hospitales y/o centros de salud.

En **Uruguay**, los métodos comprendidos incluyen “anti-concepción oral hormonal combinado monofásico y trifásico, para uso durante la lactancia, de emergencia y condones masculinos. Otro resultado clave es la incorporación de la ligadura de trompas y vasectomía como prestación obligatoria” (Stapff y Ramos, 2013). Estos métodos son los que están incluidos en el decreto de obligatoriedad; sin embargo, en Uruguay, la canasta también incluye el DIU, el condón femenino y, desde 2014, se está implementando la integración piloto de la oferta del implante subdérmico.

En **Paraguay** se indica como objetivo lograr “accesibilidad a todos los métodos anticonceptivos, las 24 horas, todos los días, en los servicios hospitalarios de la red pública, incluyendo a píldoras de anticoncepción de emergencia, con consejería/orientación” (“Plan Nacional de SSyR 2014-2018”, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social).

En **Brasil** se distribuye gratuitamente tanto el condón masculino como el femenino. En relación a esto último resulta un caso ejemplar en la región ya que existe un limitado acceso a este método (ONUSIDA y UNFPA, 2015). Para las adolescentes, también están disponibles métodos anticonceptivos inyectables mensuales y trimestrales y el DIU. La anticoncepción de emergencia está presente en todos los sistemas de salud de los países analizados.

En Argentina y Uruguay la obligatoriedad de las prestaciones anticonceptivas abarca tanto al sistema público como privado de salud. En cambio, en Chile y Paraguay el alcance es sólo para el sistema público de salud²⁷.

Uno de los aspectos que se examinó específicamente es si existía algún tipo de restricción al acceso a servicios de salud reproductiva y anticoncepción para adolescentes o, si en cambio, se explicitaba específicamente su derecho.

²⁷. No se ha podido precisar el alcance en Brasil.

²⁸. En Argentina no resulta posible considerar los 14 años de edad como límite fijo. El decreto reglamentario de la Ley 25.673 dispone que, en menores de 14 años, se debe propiciar la presencia de un adulto en la consulta. No obstante, los principios que emanan de la Convención de los Derechos del Niño (de rango constitucional) y que retoma la Ley Nacional 26.061 plantean el derecho a la salud sin discriminación para niños, niñas y adolescentes y el concepto de autonomía progresiva que se debe aplicar para dar respuesta a las necesidades de adolescentes independientemente de su edad.

Mayoritariamente, en los distintos países se promueve y difunde el derecho de adolescentes a acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva (entre ellos, los métodos anticonceptivos) en forma autónoma, sin obligación de acompañamiento de un adulto y en el marco del respeto de la confidencialidad. En el informe “**Análisis sobre Legislaciones y Políticas que afectan el acceso de adolescentes y jóvenes a los Servicios de SSR y VIH en América Latina**” (ONUSIDA y UNFPA, 2015) se especifica la edad mínima para el acceso libre al condón masculino en cada país: Argentina, 14 años²⁸; Brasil, todas las edades; Chile, 14 años; Paraguay, 10 años; Uruguay, 13 años.

En Chile los servicios de salud están autorizados para prescribir y proporcionar gratis métodos anticonceptivos a adolescentes mayores de 14 años, sin necesidad del consentimiento de sus padres. Sólo en los casos de adolescentes menores de 14 años que soliciten el método anticonceptivo de emergencia, el funcionario o facultativo que corresponda, sea del sistema público o privado de salud, procederá a la entrega de dicho medicamento, debiendo informar, posteriormente, al padre, madre o adulto responsable que señale la adolescente. Para el resto de los métodos no existen restricciones. Argentina, Brasil y Uruguay priorizan la “**autonomía progresiva**”²⁹ de las adolescentes y jóvenes que requieran servicios de salud sexual y reproductiva. En Paraguay no se hace mención a la necesidad de consentimiento de un adulto para que el adolescente pueda acceder a los métodos anticonceptivos y/o a servicios de salud sexual y reproductiva³⁰.

²⁹. En Uruguay la “autonomía progresiva” del adolescente está resguardada por la Ley 18.426, por la Ley 18.335 (que regula los derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud) y por distintas guías de atención a la salud adolescente. En Argentina, por la ley de Protección Integral de Derechos de Niños, niñas y adolescentes (26.061), además de la Constitución Nacional que incorpora la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).

³⁰. En Paraguay, en lo que se refiere a los servicios de SSyR, en el “Manual Clínico - Adolescencia, Manejo Integral de Adolescentes con Enfoque de Derechos” del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, entre algunos de los derechos de personas adolescentes se explicitan: la confidencialidad, ser preguntado sobre si desea o no que se le informe a sus padres o tutores sobre su estado de salud y dar o negar su consentimiento sobre informar a sus padres o tutores sobre su estado de salud o el motivo de su consulta.

En **síntesis**, los cinco países analizados suministran diversos métodos anticonceptivos de manera gratuita a través de sus sistemas de salud (condones masculinos, anticoncepción hormonal oral, anticoncepción de emergencia y DIU, entre otros). Sin embargo, sobre todo en relación al acceso de la anticoncepción de emergencia, se detectan trabas en el acceso.

En los distintos países se promueve el derecho de los y las adolescentes a acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva (entre ellos, los métodos anticonceptivos) en forma autónoma y en el marco del respeto de la confidencialidad. Sin embargo, se demuestra que, en la práctica, esto no se cumple totalmente, lo cual constituye una importante barrera.

Algunos desafíos: Si bien en los distintos países se intenta promover la **confidencialidad y privacidad** a la hora de obtener insumos en salud sexual y reproductiva, en la práctica se detecta que ello no se cumple totalmente. Esto constituye una importante barrera para el acceso y ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes. Por ejemplo, en Chile, se detecta que los y las adolescentes no acuden a pedir anticonceptivos porque dudan sobre la confidencialidad (Centro Cultural, 2009-2010). En Argentina, a pesar de que el marco jurídico es claro y completo, en muchas ocasiones aparecen prejuicios, mitos, temores y concepciones infundadas por parte del personal de salud que actúan como barreras al acceso y al ejercicio del derecho a la salud de los y las adolescentes. Esto muchas veces es producto del desconocimiento del marco legal por parte de los profesionales pero, en otros casos, si bien se conocen las leyes no se aplican por temor a que provoquen un conflicto legal con los padres o adultos encargados del adolescente. Es frecuente que se exija la compañía o autorización de adultos para recibir atención o entrega de métodos anticonceptivos, cuando no es necesaria, y esto es más frecuente cuanto menor es la edad del adolescente. 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 debido a las resistencias o desinformación existente entre algunos profesionales de la salud. En el informe **“Análisis sobre Legislaciones y Políticas que afectan el acceso de adolescentes y jóvenes a los Servicios de SSR y VIH en América Latina”** (ONUSIDA y UNFPA, 2015) se señala otro tipo de barrera en el acceso a los métodos anticonceptivos vinculada con la posible **discordancia entre la edad de acceso libre a preservativos y la edad de consentimiento sexual (sin que medien consecuencias penales)**. En Chile existe cierta discordancia en este sentido dado que, si bien no existen limitaciones de edad para la provisión de preservativos (según artículo 3 de la Ley 20.418), el consentimiento sexual para las relaciones heterosexuales es a los 14 años y para las relaciones homosexuales a los 18 años. En este último caso, el Código Procesal Penal Chileno castiga la relación carnal homosexual con un menor de 18 años, aún cuando no se cumplan las condiciones que definen la violación o el estupro. Esto puede constituir una barrera específica en el acceso a los métodos anticonceptivos para las parejas, particularmente las homosexuales, por temor a las consecuencias penales en que puedan incurrir (en la medida que, por ejemplo, a los 15 años pueden acceder libremente a la provisión de preservativos pero no tienen la edad necesaria para iniciar relaciones sexuales sin consecuencias penales).

En **Brasil** también resulta posible encontrar una serie de desafíos en este ámbito. Por un lado, la legislación vigente (Ley 12.015/2009) tipifica las relaciones sexuales con personas menores de 14 años como “violación de una persona vulnerable” y el individuo puede ser condenado a entre 8 y 15 años de prisión. Tal como se explica en la publicación “Aspectos Jurídicos do Atendimento às vítimas de violência sexual” (Ministerio de Salud, 2011) esto implicaría suponer que toda persona menor de 14 años es vulnerable y carece del criterio suficiente para consentir y de las condiciones personales para ofrecer resistencia. De esta forma, todas las personas menores de 14 años son condenadas a la abstinencia absoluta en sexualidad, lo cual resulta inaceptable. Por otro lado, en Brasil, los casos sospechosos o confirmados de violencia hacia niños/as y adolescentes deben ser obligatoriamente notificados

por los servicios de salud (Ley 8.069/1990 y Ordenanza Ministerial 1968/2001).

En resumen, se detecta que, en cierta manera, las legislaciones vigentes en Brasil desafían la autonomía de los adolescentes y su derecho a la confidencialidad y privacidad (Cunha y Pucheta, 2013).

Programas de salud específicos para adolescentes

Esta sección se centra en las leyes, programas, planes y/o políticas sobre salud enfocados en la población adolescente vigentes en cada uno de los cinco países. A grandes rasgos, el objetivo general de estos instrumentos es garantizar el ejercicio del derecho a la salud del adolescente, en muchos de ellos con un énfasis especial en la salud sexual y reproductiva (aunque no de forma exclusiva). Se encuentran en el marco de los ministerios de salud.

En **Argentina**, en el año 2007, se crea el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA). Como parte del mismo, que, si bien pone un énfasis especial en la salud sexual y reproductiva, se han desarrollado espacios diferenciados para adolescentes desde el enfoque de la salud integral; y al mismo tiempo, se diseñaron prestaciones que garantizan el acceso de los adolescentes al sistema de salud.

En **Paraguay**, con un énfasis en la población adolescente, se ha impulsado la Política Nacional de Niñez y Adolescencia (POLNA: 2003-2013; 2013-2018) y un Plan Nacional de Acción (PNA) asociado a ella. Sin embargo, éstos no ponen un énfasis especial en la salud sexual y reproductiva, sino, sobre todo, en el abuso y explotación sexual (además de en otros ejes relativos a la protección integral de niñas, niños y adolescentes, no sólo en el ámbito de la salud). En Paraguay, la salud sexual y reproductiva de adolescentes se guía a partir del Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Adolescencia 2010-2015. Este plan incorpora acciones para intervenir sobre los principales problemas de salud de los y las adolescentes, incluyendo la salud sexual y reproductiva. En el marco de este plan, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social realiza acciones específicas para la población adolescente: distribución de las Libretas de Salud destinadas a adolescentes, reorganización y creación de espacios amigables, foros de adolescentes y planes comunicacionales para la prevención del embarazo adolescente.

En **Uruguay**, las acciones específicas en salud sexual y reproductiva hacia la adolescencia están asociadas al Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud (2007), así como también al Área de Salud Sexual y Reproductiva. En el marco de este programa, se adopta una

Programas en los que se enmarca la atención a la salud sexual y reproductiva específicamente de la población adolescente

Argentina	Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (2007)
Brasil	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens (2006)
Chile	Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (2008)
Paraguay	Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Adolescencia 2010-2015 (2010)
Uruguay	Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud (2007)

serie de medidas específicas: implementación del carné de salud adolescente, creación de espacios de salud adolescente e instauración de la figura del médico de referencia.

En **Chile**, las acciones específicas en salud sexual y reproductiva hacia la adolescencia están asociadas al Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (2008). En el marco de este programa, se adoptan una serie de medidas específicas: desarrollo de espacios amigables de atención, implementación del control de salud integral de adolescentes, la visita domiciliaria integral y las consejerías en salud sexual y reproductiva.

En **Brasil**, en el año 2006 se aprobó la Política Nacional de Atención Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens con el fin de garantizar el derecho a la salud de los jóvenes en el Sistema Único de Salud. La salud sexual y reproductiva aparece como un área prioritaria de la salud. Como una estrategia de acción se instituyó la Cartilla de Salud, así como también se crearon servicios de atención más acogedores³¹. También está disponible en Brasil una Política Nacional de Atención Integral a la salud de los adolescentes de ambos sexos en conflicto con la ley (Portaria nº 647, 2008).

En síntesis, la salud sexual y reproductiva de adolescentes es abarcada desde los ministerios de salud desde dos marcos diferentes. Por un lado, se encuentra el programa general de salud sexual y reproductiva, el cual garantiza el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población (no exclusivamente de los adolescentes). Por otro lado, se encuentra el programa dirigido específicamente a la población adolescente pero, en este caso, se garantiza el ejercicio del derecho a la salud integral del adolescente (no exclusivamente salud sexual y reproductiva). En todos los países se observa que la población adolescente es abarcada desde ambos marcos de acción (general y específico), aunque el grado de especificidad, alcance y desarrollo varía.

31. No se ha podido precisar en qué medida estos servicios de atención a la salud de los adolescentes "más acogedores" (presentación realizada en la Reunión Regional sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes, Montevideo, mayo 2015) se asimilan a los "espacios amigables" existentes en los otros países.

Entre los desafíos, aun contemplando los avances en la atención de la población adolescente en todos los países analizados, se detectan aún limitaciones. Mayormente los países analizados cuentan con servicios de atención diferenciados o amigables para adolescentes. Sin embargo, en varios países se reporta que, en la práctica, estos espacios tienen una cobertura insuficiente, tienen horarios de atención poco convenientes y no funcionan adecuadamente guardando la confidencialidad (OMS, UNFPA y FCI, 2014).

Educación sexual

Todos los países imparten educación sexual, aunque el grado de institucionalización y alcance es diferente. **Argentina** es el único país que tiene una ley específica en la materia, sancionada en 2006, cuyo ámbito de implementación es el sistema educativo. La Ley 26.150 de Educación Sexual Integral establece el derecho de todos los educandos a recibir educación sexual integral y crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI), a cargo del Ministerio de Educación. Las acciones que promueve este programa están destinadas a los educandos de establecimientos públicos y privados desde nivel inicial hasta el superior. A través de sus "**Lineamientos Curriculares**" se propone organizar espacios transversales de formación desde la educación inicial y primaria, para luego considerar la apertura en la educación secundaria de espacios específicos, que puedan formar parte de asignaturas ya existentes en el currículo, o de nuevos espacios a incorporar.

En **Uruguay**, si bien no hay una ley específica, la Ley General de Educación 18.437 (2009) establece que la educación sexual es un eje transversal del sistema educativo público. En este marco, se crea el Programa de Educación Sexual de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) que propone incorporar la educación sexual como eje transversal en el currículo y su alcance para todo el sistema formal (instituciones públicas y privadas). Desde el mismo se coordinan las diversas estrategias de curricularización de la temática en todo el sistema educativo de la ANEP (desde educación inicial hasta bachillerato). Una estrategia que prioriza el programa es la formación

Marco normativo para la educación sexual

Argentina	Ley 26.150 (2006) Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI)
Brasil	Ley 9.394 de Directrices y Bases de la Educación Nacional (1996) Decreto 6.286: Programa Saúde na Escola (PSE), (2007)
Chile	Ley 20.418 sobre Regulación de la Fertilidad (Ministerio de Salud)
Paraguay	Ley General de Educación Nº 126 (1998) Acta de Compromiso (2007) Plan Nacional de Educación 2024 (2009)
Uruguay	Programa de Educación Sexual (ANEP-CODICEN, 2006) Ley General de Educación 18.437 (2009)

de las y los docentes de todo el subsistema, incluyendo la formación docente de posgrado, actividad que se viene desarrollando desde el año 2008.

Chile hace mención a la educación sexual en su Ley 20.418 sobre Regulación de la Fertilidad, en el marco del Ministerio de Salud. Ésta 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. Junto con lo anterior, se establecen objetivos de aprendizajes curriculares a ser abordados por las escuelas y liceos. En cuanto a programas específicos, se observan iniciativas individuales y aisladas en este terreno, sin la continuidad necesaria para lograr su institucionalización. Se detecta que la educación sexual está más extendida en las escuelas privadas que en las públicas. Actualmente se están revisando los planes curriculares en MINEDUC, con aportes de MINSAL, para incorporar la educación sexual en los planes curriculares.

En **Paraguay**, en el año 2007, el Ministerio de Educación y Cultura firmó un Acta de Compromiso con diversas instituciones (entre ellas, el Ministerio de Salud) para ejecutar

un proyecto con el objetivo de incorporar en los currículos académicos contenidos de educación sexual. En este contexto, se estableció un **Marco Rector Pedagógico para la Educación Integral de la Sexualidad**, el cual define los principios y las directrices orientadoras y reguladoras para su abordaje e implementación en el sistema educativo paraguayo formal y no formal, con base en el Plan Nacional de Educación 2024 (2009). Si bien la Ley General de Educación Nº 126 (1998) brinda el marco de derechos y equidad en los que se inserta una Educación Integral de la Sexualidad, el proceso de explicitación de la Educación de la Sexualidad se concreta con este Plan Nacional de Educación 2024. Sin embargo, finalmente, el Ministerio de Educación resolvió no poner en vigencia el Marco Rector Pedagógico debido a la fuerte oposición de grupos fundamentalistas. En el año 2013, se incorpora la educación en sexualidad en la malla curricular de los bachilleratos técnicos en salud.

En **Brasil**, en 1996, se aprueba la Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional (Ley Nº 9.394). Es el instrumento que coloca el precedente legal por medio del cual el Ministerio de Educación y Cultura tiene las atribuciones de marcar las directrices de la educación en todos los

establecimientos educativos a través de los Parámetros Curriculares Nacionales (aprobados en 1996). Las instituciones educativas deben atender a lo estipulado en estos parámetros (Denise Quaresma da Silva, 2013). En ellos se plantea el tratamiento de la educación sexual como un tema transversal que debe conectarse con los contenidos de todas las asignaturas y las actividades extracurriculares. Además, en el año 2007 en Brasil, se creó el Programa Saúde na Escola (PSE, Decreto 6.286), como una política intersectorial entre el Ministerio de Educación y el de Salud, con el propósito de contribuir a la formación integral de los estudiantes de la enseñanza pública básica a través de acciones de prevención, promoción y atención de la salud, entre ellas la salud sexual y reproductiva.

A pesar de los grandes avances en educación sexual, existen aún **desafíos y limitaciones** en este terreno. Por un lado, se destaca la necesidad de regular los contenidos básicos de forma tal de evitar la discrecionalidad de los centros educativos y los docentes en la implementación de los programas. En este sentido, por ejemplo, en Chile faltan normativas ministeriales en el ámbito educativo que regulen la educación sexual (que está regulada desde el terreno sanitario). Se detecta una falta de coordinación de acciones entre el sector educativo y sanitario. Por el contrario, en Uruguay se valora positivamente la alianza estratégica entre ambos sectores, lo cual le otorgó legitimidad a la propuesta. La insuficiente formación de los docentes se resalta también como un obstáculo para un abordaje adecuado de la educación sexual en los países analizados. En Argentina, desde el año 2012, se están realizando grandes esfuerzos en el terreno de capacitación docente así como en el desarrollo de materiales específicos para facilitar la tarea docente, y para integrar la temática en el núcleo familiar. Recientemente se han iniciado también evaluaciones de las capacitaciones docentes. En Uruguay también se prioriza la formación docente en esta temática, ya que se entiende como necesaria la formación de una masa crítica de docentes como elemento indispensable para la sustentabilidad de la propuesta. Desde el año 2008 se han realizado formaciones a docentes de los distintos subsistemas en múltiples temáticas relacionados con la educación sexual. Asimismo, en estos momentos, se co-

mienza a implementar una evaluación que permitirá valorar el impacto de las acciones del programa en el sistema educativo nacional. Finalmente, la oposición de los grupos conservadores también puede destacarse como una barrera para la implementación de la educación sexual. En Paraguay la fuerte oposición de estos grupos impidió la entrada en vigencia del Marco Rector Pedagógico para la educación sexual.

Estudiantes embarazadas y madres

Todos los países analizados cuentan con algún tipo de iniciativa legislativa para regular el derecho a la educación de las estudiantes embarazadas y/o madres, aunque el grado de especificidad y desarrollo es diferente.

Aborto

Uruguay es el país menos restrictivo en lo que se refiere al aborto. En el año 2012, a partir de la aprobación de la Ley 18.987, se despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo por sola voluntad de la mujer dentro de las 12 semanas y 14 en caso de violación (siempre y cuando sea realizado por un médico dentro del sistema de salud). En el otro extremo, Chile es el único país que no ha despenalizado el aborto bajo ninguna causal. Sin embargo, es parte de la agenda legislativa del actual gobierno de la Presidente Bachelet, está en discusión en la cámara la despenalización del aborto ante 3 causales: riesgo de muerte materna, malformación incompatible con la vida y violación. Argentina no penaliza el aborto en casos de violación y cuando representa un riesgo para la vida o la salud de la mujer. En Brasil se ha despenalizado el aborto por inviabilidad fetal para los casos de anencefalia fetal, y es legal también en casos de violación o cuando existe peligro para la vida de la mujer. Finalmente, en Paraguay sólo es legal en caso de peligro para la vida de la mujer.

Sin embargo, a pesar de que la legislación contempla causales en las que el aborto no es punible, se detecta que, en todos los países, las mujeres encuentran barreras para acceder a un aborto legal y seguro en los servicios públicos de salud. Por ejemplo, en Argentina, si bien se han logrado avances, muchas instituciones no cumplen con

Marco normativo que regula el derecho a la educación de las estudiantes embarazadas y/o madres

Argentina	Ley Nacional de Régimen Especial de Alumnas Embarazadas 25.273 (2000) Ley Nacional de Acciones contra alumnas embarazadas 25.584 (2002) Ley Nacional de Educación 26.206, artículo 81 (2006)
Brasil	Licença Médica à Gestante – Lei 6.202 (1975) Reglamentación: Portaria N° 04, de 25/04/2011– PROEG
Chile	Ley N° 19.688 de Derecho de las estudiantes embarazadas/madres lactantes (2000) Ley General de Educación N° 20.370 (2009)
Paraguay	Ley 4.084 de Protección de la Maternidad (2010)
Uruguay	Circular 2380: Estudiantes - Régimen especial de control de asistencia de Alumnas Embarazadas (1999) Ley General de Educación N° 18.437 (2009) – Art. 74

su obligación de brindar la práctica de interrupción legal del embarazo según el fallo FAL de la Corte Suprema de Justicia (2012) y el “Protocolo para la Atención Integral de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo” del Ministerio de Salud de la Nación. En Paraguay, si bien la ley expresa que el aborto puede ser realizado cuando la vida de la madre corre peligro, el Código Penal vigente (Ley 3.440, artículo 109) restringe esta posibilidad; además, no existe una reglamentación que explicita cuáles son los casos reconocidos como peligro serio de la vida de la madre.

En **síntesis**, en materia de aborto, Chile es el país más restrictivo, ya que está prohibido en todas sus formas. En el otro extremo está Uruguay en donde la interrupción voluntaria del embarazo no está penalizada si se realiza en las primeras 12 semanas de gestación. En Brasil, Argentina y Paraguay la legislación contempla causales en las que el aborto no es punible.



Resumen y conclusiones

Este trabajo se propuso sistematizar el estado de situación en relación a la fecundidad y maternidad adolescente en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay en perspectiva comparativa. Para ello, se analizaron las tendencias, los rasgos que introducen desigualdad, y la situación de los factores determinantes próximos como la iniciación sexual y el uso de métodos anticonceptivos. En la segunda parte del trabajo se relevó la legislación y programas nacionales vinculados a la salud sexual y reproductiva adolescente

A lo largo de este recorrido se han mostrado avances, pero también se han evidenciado muchos desafíos para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes, y por sobre todas las cosas, que puedan disfrutar de una sexualidad plena sin riesgo de embarazos no planificados ni deseados.

La fecundidad adolescente en los países del Cono Sur se ha mantenido relativamente estable. La última década ha mostrado un patrón errático, con leves ascensos y descensos. La única excepción la constituye Brasil, con un descenso continuo si bien, a su vez, venía de experimentar un ascenso importante en la década previa. A la luz de los niveles de fecundidad general en cada uno de los países, la fecundidad adolescente continúa siendo alta.

Los niveles de otros indicadores relacionados que se vinculan con la reproducción temprana, como son la proporción de nacimientos que corresponden a madres adolescentes, así como la proporción de madres entre las adolescentes también han mostrado una tendencia de gran estabilidad en todos los países. Entre el 15 y el 20 por ciento de los nacimientos corresponden a madres adolescentes, y esta proporción se ha mantenido estable la última década. Y, en base a la proporción de madres, se estima que una de cada cinco mujeres será madre en la adolescencia. Con excepción de Paraguay, donde ha descendido de manera importante, en el resto de los países se ha mantenido estable por al menos dos décadas. Esto habla de la estabilidad del calendario reproductivo, al menos de determinados sectores sociales.

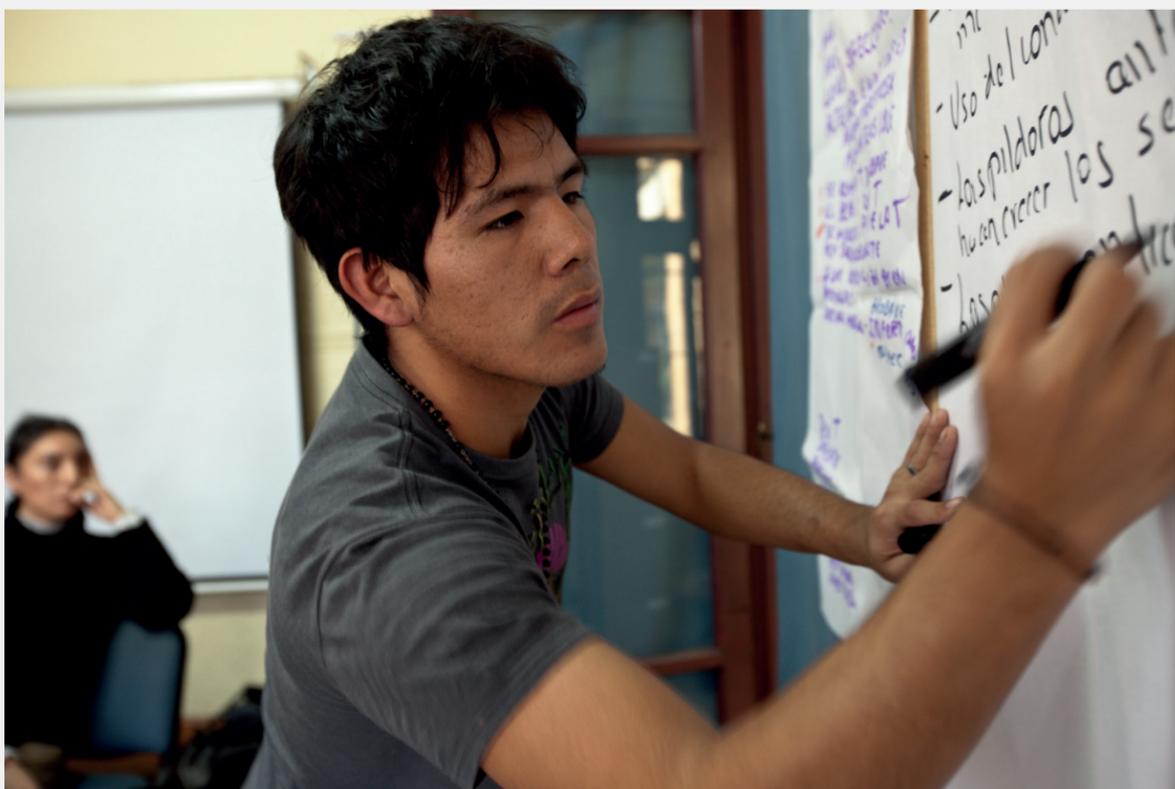
Un dato auspicioso, es la reducción de la repetición de la maternidad, lo cual ocurrió en todos los países. Alrededor del 20% de los nacimientos de las adolescentes corresponde a un segundo hijo, con excepción de Chile en donde es del 14%.

El embarazo y maternidad adolescente es un tema de inequidad y desigualdad social que, a su vez, se retroalimenta y agudiza las desigualdades iniciales. El resultado de esta dinámica posiciona a las adolescentes madres en comparación a sus pares que no lo son en situación de mayor vulnerabilidad social. Esta situación cobra aún más relevancia cuando se contempla que su situación de madre es el resultado de un embarazo no planificado o que ocurrió de manera inoportuna.

A lo largo del trabajo se mostró la existencia de desigualdades territoriales, culturales, económicas y educativas en la probabilidad de ser madre. También que en muchos aspectos la brecha de las desigualdades se incrementó.

En cuanto al vínculo entre educación y embarazo y maternidad temprana en todos los países se ve que en una proporción importante el abandono escolar precede al embarazo. Y, de estar estudiando, la probabilidad de discontinuidad es también alta. Consecuentemente, por una u otra razón, las adolescentes madres están en desventaja educativa en comparación a sus pares no madres.

Esta situación implica esfuerzos importantes en dos direcciones, que de hecho se están realizando a través de leyes y programas. El primero, es el de mantener o reinsertar a las adolescentes en riesgo de abandono escolar. El segundo, es proteger, garantizar y facilitar la continuidad escolar de las adolescentes embarazadas y madres. Estas iniciativas, sin embargo, necesitan ser acompañadas por esfuerzos aún mayores para mejorar las escuelas y la educación en conjunto y disminuir las brechas en la calidad en la formación que reciben los adolescentes. Y también de espacios para el cuidado de bebés y niños para facilitar la asistencia de las y los adolescentes a la escuela.



El relevamiento de las legislaciones y programas en cada uno de los países muestra grandes avances. En los cinco países existe algún tipo de marco normativo que garantiza el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población. El reparto de anticonceptivos es una de las principales estrategias adoptada para promover y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población.

En Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, la salud sexual y reproductiva de la población adolescente es abarcada desde el ministerio de salud desde dos marcos diferentes. Por un lado, desde un programa general de salud sexual y reproductiva, el cual garantiza el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población (no exclusivamente de los adolescentes). Por otro lado, desde un programa dirigido específicamente a la población adolescente pero, en este caso, se garantiza el ejercicio del derecho a la salud integral del adolescente (no exclusivamente salud sexual y reproductiva). Paraguay, en cambio, carece de un programa específico para la población adolescente en salud sexual y reproductiva, y la población adolescente se atiende desde el programa general.

Con el objetivo de mejorar el acceso de los adolescentes al sistema de salud, se han creado servicios de atención diferenciados o amigables, si bien en algunos países se plantean desafíos en cuanto a su cobertura, horarios y garantía de confidencialidad.

Finalmente, en materia de aborto, Chile es el país más restrictivo, ya que está prohibido en todas sus formas. En el otro extremo está Uruguay en donde la interrupción voluntaria del embarazo no está penalizada si se realiza en las primeras 12 semanas de gestación. En Brasil, Argentina y Paraguay la legislación contempla causales en las que el aborto no es punible, pero el acceso a la práctica suele ser dificultoso. Como claramente manifiestan las estadísticas, la prohibición de la interrupción voluntaria del embarazo no impide que una adolescente se realice un aborto, sino que la obliga a realizárselo en condiciones clandestinas con los riesgos de salud y de vida que ello supone.

En materia de programas específicamente educativos, todos los países cuentan con algún tipo de iniciativa para incluir la educación sexual, así como de iniciativa legislativa para regular el derecho a la educación de las estudiantes embarazadas y/o madres. Argentina es el único país con una ley específica en materia de salud sexual reproductiva, que establece el derecho de todos los educandos (asistan a establecimientos públicos o privados) a recibir educación sexual integral y creó el **Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI)**, a cargo del Ministerio de Educación.

A pesar de los grandes avances en educación sexual, existen aún desafíos y limitaciones en este terreno. Por un lado, se destaca la necesidad de regular los contenidos básicos de forma tal de evitar la discrecionalidad de los centros educativos y los docentes en la implementación de los programas. En este sentido, por ejemplo, en Chile faltan normativas ministeriales en el ámbito educativo que regulen la educación sexual (que está regulada desde el terreno sanitario). Se detecta una falta de coordinación de acciones entre el sector educativo y sanitario. Por el contrario, en Uruguay se valora positivamente la alianza estratégica entre ambos sectores, lo cual le otorgó legitimidad a la propuesta. Finalmente, la insuficiente formación de los docentes se resalta también como un obstáculo para un abordaje adecuado de la educación sexual en los países analizados.

Para concluir, se detecta la falta de evaluaciones sistemáticas de los programas. Si bien el monitoreo de los indicadores vinculados a la salud sexual y reproductiva adolescente, y particularmente la ocurrencia de embarazos no planificados son, en última instancia, la evidencia de la efectividad de las acciones, lo cierto es que en muchos casos los resultados llevan tiempo. Aun así, también son necesarias evaluaciones intermedias para ir identificando limitaciones y desafíos de todos los actores involucrados, para poder mejorar las acciones y programas.

Referencias

Aquino, E., M.L. Heilborn, D. Knauth, M. Bozon, M. Almeida, J. Araújo y G. Menezes (2003). Adolescência e reprodução Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. En: Cadernos de Saúde Pública, Vol. 19, N.o 2, pp. 377-388.

Benedet, L. 2014. "La educación sexual en el sistema educativo formal durante el período 2005 – 2009. Análisis desde un enfoque de género y de política pública". Tesis de Maestría en Género, Sociedad y Políticas. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 2010. "Historia de la Ley 20.418". Chile.

Binstock, G. y E. Näslund-Hadley (2013). Maternidad adolescente y su impacto sobre las trayectorias educativas y laborales de mujeres de sectores populares urbanos de Paraguay. Papeles de Población. Vol.19, N°78, pp: 15-40.

Binstock, G. y M. Gogna (2014). Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia. En S.Cavenaghi y W. Cabella (org.) Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa. Río de Janeiro, ALAP. Serie e-Investigaciones n°3.

Binstock, G. y M. Gogna (2015). La iniciación sexual entre mujeres de sectores vulnerables en cuatro provincias argentinas. Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana. N°20, agosto, pp: 113-140.

Bozon, Michel. 2009. Las encuestas cuantitativas en comportamientos sexuales: emprendimientos sociales y políticos, productos culturales, instrumentos científicos. Sexualidad, salud y sociedad, Revista latinoamericana, n°3.

Bozon, M y M. L. Heilborn, "Inicição à sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais," in O Aprendizado da Sexualidade: Reprodução e Trajetórias Sociais de Jovens Brasileiros, M. L. Heilborn, E. M. L. Aquino, M. Bozon, and D. R. Knauth, Eds., pp. 156–205, Garamond/Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, Brazil, 2006.

Casas, L. y C. Ahumada. 2009. "Sexualidad y derechos de la adolescencia en Chile: de la negación al castigo". Reproductive Health Matters (en Español), 17(34):88–98.

Cavenaghi, S. (2013), "Acceso a la salud sexual y reproductiva y fecundidad de jóvenes en Brasil: desigualdades territoriales", Notas de Población, 96, 7-52.

CEDES, CELS, ELA, FEIM (entre otras). 2012. "Comunicación Conjunta para Examen Periódico Universal: Los derechos sexuales y los derechos reproductivos". Sesión 14. Argentina.

CEPEP (Centro Paraguayo de Estudios de Población) (2011). Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes y Jóvenes, Resultados en base al análisis de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Asunción: CEPEP. UNFPA.

CEPEP (2009). Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2008 ENDSSR 2008. Informe Final. Asunción: CEPEP.

CEPEP (2009), "Salud sexual y reproductiva 2008, ENDSSR 2008. Informe final", Asunción: USAID, CDC, UNICEF e IPPF.

Conde Agudelo A, Belizán JM y Lammers C, 2005. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 19 (2): 342-349.

Consortio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (Conders). 2010. "Monitoreo social y exigibilidad sobre los derechos sexuales y reproductivos en Argentina: Informe nacional". Argentina.

Cultura Salud. 2009/2010. "Estudio Barreras de Acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile, 2009 2010". Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Cunha, A. y R. Pucheta. 2013. "Sexuality in adolescence (10-14 years), Brazilian law and health care: recent discussion in Salvador". Briefing Note. Brasil.

Del Popolo, F, M. López, y M. Acuña (2009). Juventud indígena y afrodescendiente en América Latina: inequidades sociodemográficas y desafíos de políticas. Madrid: Organización Iberoamericana de Juventud.

Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS) 2015. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Año 2013; Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

Fariás, C. "Programa de educación sexual del sistema educativo uruguayo en los distintos sub sistemas: modalidades de implementación". Consultoría.

Flórez, C. y J. Nuñez (2003). "Teenage childbearing in Latin American countries", in Duryea, S.; Cox, A. y M. Ureta. Critical decision at a critical age. Adolescents and young adults in Latin America, Washington, BID.

Flórez, C. y J. Núñez (2001). Teenage Childbearing in Latin American Countries, Inter-American Development Bank, Latin American Research Network, Research Network Working paper #R-434.

García, S. y M. (2009). Longevidade sexual e práticas sexuais desprotegidas: desafios para a promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres.(cap.6) En Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do proceso reprodutivo e da saúde da criança, Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

Geronimus, A. and S. Korenman.1992. The Socioeconomic Consequences of Teen Childbearing Reconsidered.The Quarterly Journal of Economics, Vol. 107(4): 1187-1214.

Gogna, M.; S. Fernández y N. Zamberlin (2005). Historias reproductivas, escolaridad y contexto del embarazo: hallazgos de la encuesta a púerperas, en M. Gogna (coord.), Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas, CEDES/ UNICEF/Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, pp. 251-284.

Guzmán, J.M. et al. 2001. "El conocimiento en salud sexual y reproductiva y la educación sexual" en: Guzmán, J.M. et al. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina y el Caribe. México D.F., UNFPA, Cap. V, 2001.

Heilborn, M. L. y C.S. Cabral, (2011) "A New Look at Teenage Pregnancy in Brazil," ISRN Obstetrics and Gynecology, vol. 2011, Article ID 975234.

Hakkert, R., 2001. Preferencias reproductivas en adolescentes, en: Guzmán, J.M., Hakkert, R., Contreras J.M. y Falconier de Moyano, M., 2001. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina y el Caribe. México, D.F.: UNFPA.

Loaiza, E. & Liang, M. 2013. Adolescent pregnancy: A review of the evidence, New York: UNFPA.

Luker, K. 2003. Dubious conceptions.The politics of teenage pregnancy. Harvard University Press, Cambridge.

Mario, S. y E.A. Pantelides (2009). Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. Notas de Población N°87, pp: 95-120.

Melián, M. M. (2013). Intenciones reproductivas y factores asociados con los nacimientos no planeados, Paraguay 2005-2008. Revista Panamericana de Salud Pública 33 (4), pp:244-51.

Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Analise e Planejamento (2008). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança de Mulher. PNDS 2006. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministerio da Saúde. 2011. "Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde". Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno n°7. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. 2011. "Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde". Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno n°3. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Ministério de Salud de la Nación. 2011. "Políticas de Salud Sexual y Reproductiva: Avances y Desafíos". Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ministério de Salud Pública y Bienestar Social. 2012. "Adolescencia: Manual Clínico. Manejo Integral de Adolescentes con Enfoque de Derechos". Asunción, Paraguay.

Ministério da Saúde. 2013. "Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde". Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA). 2014. Situación de salud de l@s adolescentes en la Argentina. Informe preliminar no publicado (actualización 2014).

Ministerio de Salud Pública. 2014. "Sistematización de Políticas y Estrategias del Departamento Salud Sexual y Salud Reproductiva: Período 2010-2014". Informe Técnico. Uruguay.

Morán Faúndes, J.M. (2013). La anticoncepción de emergencia en Chile: estructuración de su demanda en función de variables socioeconómicas.

Revista Brasileira de Estudos de População, vol. 30, pp: 125-144. MORI. (2011). Estado de la situación sobre la salud sexual y reproductiva de las adolescentes en Uruguay. Informe de presentación de resultados preliminares.

MYSU (2013). Observatorio Nacional de Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2011-2012: Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres adolescentes uruguayas. Montevideo: MYSU.

Oliveira, M.C. y J. Melo Vieira (2010). "Gravidez na adolescência e bem estar infantil: evidencias para o Brazil 2006" en: Revista Latinoamericana de Población Vol. 3, N° 6, enero-junio, pp: 11-39

ONUSIDA y UNFPA. 2015. "Análisis sobre Legislaciones y Políticas que afectan el acceso de adolescentes y jóvenes a los Servicios de SSR y VIH en América Latina". Informe preliminar no publicado.

OMS, UNFPA y Family Care International. 2014. "Meeting Report: Expert Consultation on the Development of Regional Adolescent Sexual and Reproductive Health Standards in Latin America and the Caribbean". Panamá.

Pantelides, E. A., 2004. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina, in CELADE y Université Paris X Nanterre, La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿transición o revolución?, CELADE-UPX, Santiago de Chile: 167-182.

Pantelides, E.A.; Binstock, G. y S. Mario. (2007). La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina 2005. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Pantelides, E. A. y Geldstein, R. N., 1998. Encantadas, convencidas o forzadas: iniciación sexual en adolescentes de bajos recursos. En: AEPA, CEDES, CENEP, Avances en la investigación en salud reproductiva y sexualidad. Buenos Aires: AEPA, CEDES, CENEP: 45-53.

Pantelides EA, 2004. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. Notas de Población, XXXI (78): 7-34.

Pantelides, E.A. y M. Fernández y É. Marconi. 2014. Maternidad temprana en la Argentina: Las madres menores de 15 años. Buenos Aires, Informe de Investigación (no publicado).

Pantoja, N. 2003. 'Ser algué na vida': uma análise sócio-anropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Vol. 19, N.o 2, pp. 335-343.

Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 2014. "Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: 2014-2018". Paraguay.

Reis Brandão, E. y M. L. Heilborn. 2006. "Sexualidade e gravidez em jovens de camadas médias". Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (7): 1421-1430.

Reis dos Santos y Schor. 2003. Vivências da maternidade na adolescência precoce. Revista de Saúde Pública, Vol. 37, N.o 1, pp. 15-23.

Reunión Regional sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva de Adolescentes: Diálogo regional para la construcción de una agenda común de trabajo con énfasis en Embarazo Adolescente en países del Cono Sur. Presentaciones realizadas por los representantes de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Montevideo, Uruguay. Mayo 2015.

Rodríguez, J. (2009). Variables intermedias de la fecundidad adolescente en Chile: Evolución, desigualdad e implicancias de políticas. Revista Chilena de Salud Pública 2009; Vol 13 (3): 127-135.

Rodríguez, J. y P. Robledo (2011). Desigualdades y convergencias sociales en materia sexual y reproductiva entre adolescentes en Chile: Novedades de la Encuesta Nacional de Juventud 2009. Revista Chilena de Salud Pública. Vol 15 (3), pp: 180-192.

Rodríguez Vignoli, Jorge. 2014. La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Documento de proyecto. Santiago de Chile: CEPAL.

Rodríguez Vignoli, J. y S. Cavenaghi. 2014. Adolescent and youth fertility and social inequality in Latin America and the Caribbean: what role has education played? Genus, LXX (No. 1), 1-25.

Rodríguez Vignoli, Jorge. 2011. Reproducción adolescente y desigualdad: VI Encuesta Nacional de Juventud, Chile. Revista Latinoamericana de Población, año 5, n°8, enero-junio, pp: 87-113.

Samandari, G. y Speizer, I. 2010. Adolescent Sexual Behavior and Reproductive Outcomes in Central America: Trends over the Past Two Decades. En: International Perspectives Sexual and Reproductive Health. 2010 March; 36(1): 26-35. doi:10.1363/ipsrh.36.026.10.

Sedgh, G. Et al, 2015. "Adolescent Pregnancy, Birth, and Abortion Rates Across Countries: Levels and Recent Trends" en: Journal of Adolescent Health 56, pp: 223-230.

Silva, D. Q. y O. Ulloa Guerra. 2013. "Educación sexual: estudio comparativo entre escuelas en Brasil y en Cuba". Cadernos de Pesquisa, 43(148), 280-301.

SITEAL. Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina. (2011). Escuelas públicas y privadas: desafíos diversos ante la expansión educativa. Dato Destacado 24. SITEAL.

SITEAL. Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina. (2013). Cobertura relativa de la educación pública y privada en América Latina. Dato destacado 23. SITEAL.

Stapff, C. y Ramos, V. 2013. "Hacia la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos en Uruguay". UNFPA.

Stern, C. and E. García. 2001. Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente. In: C. Stern and J. G. Figueroa (eds), Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación, El Colegio de México, México, pp. 331-358.

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. 2015. Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy, New York: UNFPA.

Varela Petito, C. y A. Fonsik, 2011. Maternidad adolescente en el Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez? Revista Latinoamericana de Población, año 5, n°8, enero-junio, pp: 115-140.

Varela Petito, C. Pardo, I. Lara, C. Nathan, M. Tenenbaum y M. (2014), La fecundidad en el Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferenciales en el comportamiento reproductivo, Montevideo: Trilce, fascículo 3.

Zamberlin, N. (2005), "Percepciones y conductas de las/los adolescentes frente al embarazo y la maternidad/paternidad", en GOGNA, M. (coord.), Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas, Buenos Aires, UNICEF, CEDES, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, pp. 285-316.

Zamberlin N. Keller V. Rosner M. y Gogna M. (en prensa) "Adopción y adherencia al uso de métodos anticonceptivos posevento obstétrico en adolescentes". Revista Argentina de Salud Pública (en prensa).

Respuestas institucionales

Anexo



Argentina

Sistema de salud

El sistema de salud argentino está conformado por tres subsectores: público, seguridad social y privado. El sistema argentino de salud está asentado sobre la provisión pública a la que tienen derecho todos los habitantes del país, con independencia de que tengan, adicionalmente, algún tipo de aseguramiento social o privado. Los trabajadores privados que se desempeñan en el mercado formal y los del sector público nacional, así como sus respectivos grupos familiares tienen una cobertura adicional provista por instituciones de la seguridad social denominadas “obras sociales”. De este segmento no participan los trabajadores que se desempeñan en los sectores públicos provinciales y sus familias, que están asegurados en las “obras sociales provinciales”. Otro aspecto característico del sistema de seguro social argentino es la introducción de una institución destinada a proveer servicios a los jubilados y pensionados y sus grupos familiares, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como “PAMI”. Y, por último, existen seguros voluntarios en empresas de medicina prepaga.

El subsistema público provee atención a casi un 40% de la población que no posee otra cobertura (aproximadamente un 45% entre la población adolescente). El subsistema de seguridad social (obras sociales) cubre a alrededor de un 50% de la población. El subsistema privado cubre al 10% restante.

La falta de integración entre los tres subsectores es una de las particularidades del sistema. El sector salud de Argentina se caracteriza, en consecuencia por ser muy segmentado, heterogéneo y poco equitativo tanto en relación con la organización y financiamiento como con el acceso a los servicios

Los resultados de la última Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación realizada en 2005, muestran la variación en el porcentaje de cobertura de seguros de acuerdo con los

quintiles de ingreso per capita del hogar. El estudio demuestra que la carencia de cobertura de seguros de salud, y, consecuentemente, la mayor dependencia de los servicios ofrecidos por el sector público, aumenta a medida que disminuye el nivel de ingresos per capita de las familias.

Salud sexual y reproductiva

En 2003, se puso en marcha el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) que tiene a su cargo la implementación de la Ley Nacional N° 25.673 (2003) de Salud Sexual y Procreación Responsable (“Ley Nacional de Salud Sexual”). Estando en el ámbito del Ministerio de Salud entre los objetivos del programa se encuentran: a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable; b) Prevenir embarazos no deseados; c) Promover la salud sexual de los adolescentes; d) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable. El programa propone abarcar a la población general (no sólo adolescentes).

Resultados: En el año 2006, el 78% de los establecimientos sanitarios en el sector público ofrecían servicios de salud sexual y reproductiva (hace referencia a la provisión de información, consejería y a la entrega de métodos anticonceptivos). Esta proporción subió, hacia finales del año 2014, al 96% del total de efectores de salud del subsistema público de salud (Informe anual de Gestión 2014, Programa nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación).

Anticoncepción

El reparto de anticonceptivos gratuitos fue la principal estrategia del **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable** (PNSSyPR). El mismo estableció la garantía para la población del acceso universal y gratuito a métodos anticonceptivos. Los adolescentes tienen acceso sin restricciones y sin necesidad de autorización

adulto a los métodos anticonceptivos. Desde el año 2003, el PNSSyPR distribuye, de manera gratuita, anticoncepción hormonal oral, inyectable y de lactancia, DIU y preservativos masculinos. En el año 2004, estos métodos anticonceptivos fueron incluidos en el Plan Médico Obligatorio (PMO), lo que significa que, desde entonces, las obras sociales y prepagas están obligadas a garantizarlos a sus afiliados sin cargo. En el año 2006, se incorporaron la ligadura de trompas y la vasectomía, como métodos anticonceptivos permanentes a los que tienen derecho el varón y la mujer, sin restricciones, a partir de la mayoría de edad. En el año 2007, se incorporó la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE), también conocida como la “píldora del día después”. En el año 2012, se incorporó el inyectable trimestral, el DIU Multiloal y el test de embarazo. Por último, en el año 2014, el PNSSyPR se propuso ampliar la canasta de métodos anticonceptivos incorporando una mayor variedad de métodos anticonceptivos orales y métodos de larga duración. En esta línea, se incorporó: anticonceptivo oral combinado de sólo progestágeno (APDG), anticonceptivos orales combinados II, el implante subdérmico y el SIU-LNG. En una primera etapa el implante subdérmico fue destinado a adolescentes de 15 a 19 años con antecedentes obstétricos, parto o aborto, con la finalidad de reducir la repitencia del embarazo en las adolescentes.

Desde el año 2010, el PNSSyPR distribuye los insumos principalmente a través del “Plan Remediar”, lo cual ha implicado una nueva logística para la distribución de insumos. Remediar es el sistema nacional de distribución de medicamentos básicos gratuitos a todo el país del Ministerio de Salud de la Nación. A través de Remediar, el PNSSyPR distribuye botiquines con insumos anticonceptivos a centros de salud de todo el territorio nacional. En el año 2014 la distribución se realizó en 5833 centros de salud del primer nivel de atención.

Resultados: En el año 2014 se entregaron métodos anticonceptivos en 983 de los 1146 hospitales públicos del país, y en 7280 de los 7511 Centros de Atención Primaria de la Salud de todo el país, lo que implica una cobertura en la entrega de métodos del 96,5% en el caso de los hospitales y del 95% en los centros de salud. El PNSSyPR

arrancó, en 2003, con 993.348 mujeres que recibían en forma gratuita métodos anticonceptivos. En 2010 se logró el mayor alcance del programa, con alrededor de un millón y medio (1.433.543) de mujeres atendidas.

Presupuesto: En el período que va de 2003 a 2014, el PNSSyPR distribuyó un total de 194.089.545 tratamientos anticonceptivos, con una inversión de \$232.891.477 pesos a valores corrientes. El incremento más significativo se produjo a partir de 2010, año en que se distribuyeron más de treinta y nueve millones (39.365.275) de tratamientos, con una inversión de más de veintiún millones de pesos (\$21.014.531).

Desafíos: A pesar de que el marco jurídico en lo que se refiere a la anticoncepción es claro y completo, en muchas ocasiones aparecen prejuicios, mitos, temores y concepciones infundadas por parte del personal de salud que actúan como barreras al acceso y al ejercicio del derecho a la salud de los y las adolescentes. Esto muchas veces es producto del desconocimiento del marco legal por parte de los profesionales. En otros casos, si bien se conocen las leyes no se aplican por temor a que provoquen un conflicto legal con los padres o adultos encargados del adolescente. Es frecuente que se exija la compañía o autorización de adultos para recibir atención o entrega de métodos anticonceptivos, cuando no es necesaria, y esto es más frecuente cuanto menor es la edad del adolescente.

Educación sexual

En 2006 se sancionó la ley nacional N° 26.150 que estableció el derecho de todos los educandos a recibir educación sexual integral y creó el **Programa Nacional de Educación Sexual Integral** (ESI).

Las acciones que promueva el Programa Nacional de Educación Sexual Integral están destinadas a los educandos del sistema educativo nacional, que asisten a establecimientos públicos de gestión estatal o privada, desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria.

El Ministerio de Educación elaboró unos “Lineamientos Curriculares” para la ESI así como también diferentes materiales educativos para facilitar la tarea docente a la hora de aplicarlos en los distintos niveles (inicial, primario y secundario). Cada comunidad educativa adapta/adeúa estos lineamientos a su realidad. Existe un coordinador por nivel para orientar en este proceso. Se plantean dos posibles formas de abordar la educación sexual: desde una perspectiva transversal o como un espacio curricular específico. Se propone organizar espacios transversales de formación desde la educación inicial y primaria, para luego considerar la apertura en la educación secundaria de espacios específicos, que puedan formar parte de asignaturas ya existentes en el currículo, o de nuevos espacios a incorporar.

Desde el año 2012, se puso en marcha una propuesta presencial de formación docente denominada “Es parte de la vida, es parte de la escuela”. En cada jurisdicción se trabaja combinando capacitadores y capacitadoras nacionales y provinciales, con el objetivo de garantizar la contextualización y adecuación de la propuesta, y el fortalecimiento de perfiles de especialistas en ESI en el ámbito local. Las Jornadas de Formación se desarrollan a lo largo de tres días intensivos, y concluyen en una Jornada Institucional específica para multiplicar la acción de capacitación docente en las escuelas participantes a fin de que la ESI sea una realidad en las aulas. Durante 2014 se creó la Mesa Nacional de Seguimiento, cuyo objetivo es acompañar a aquellas jurisdicciones que han concluido la capacitación para dar continuidad al proceso de implementación de la ESI en todas las escuelas.

Desafíos: En el año 2012, en un informe conjunto realizado por varias asociaciones (CEDES, CELS, ELA, FEIM, entre otras) se destaca que las capacitaciones a docentes son insuficientes. Se señala que la cifra total de docentes capacitados/as en los tres últimos años llega apenas al 4,5% del total de docentes en la Argentina, que según el censo de 2004 es de 825.250 docentes en todo el país (“Comunicación Conjunta para Examen Periódico Universal: Los derechos sexuales y los derechos reproductivos”, CEDES, CELS, ELA, FEIM - entre otras - 2012). En este

sentido, desde el año 2012, tal como anteriormente se explicó, se están realizando esfuerzos en esta línea.

Programa específico: adolescencia

En 2006, se sanciona la Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. En su Art. 14 garantiza el derecho a su salud integral, indicando en el decreto reglamentario que: “El derecho a la atención integral de la salud del adolescente incluye el abordaje de su salud sexual y reproductiva previsto en la Ley N° 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”. En este contexto, se crea, en el año 2007, el **Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA)**. Desde este marco, se promueve y difunde el derecho de los adolescentes a acceder al sistema de salud en forma autónoma, sin obligación de acompañamiento de un adulto y en el marco del respeto a la confidencialidad. Los objetivos sanitarios del PNSIA están relacionados con la disminución de la morbi-mortalidad por gestación en la adolescencia (referido al embarazo no planificado); y la disminución de la morbi-mortalidad por causas externas (a través de la disminución de la tasa de suicidios y el consumo episódico excesivo de alcohol). En el marco de estos objetivos, las principales líneas de acción están relacionadas a:

- Instalar/fortalecer espacios de atención a adolescentes en todo el país.
- Fortalecer el sistema de análisis, monitoreo e información disponible sobre la situación de salud de la población adolescente.
- Informar a los y las adolescentes y su grupo familiar sobre sus derechos al acceso a la salud y los recursos disponibles.
- Promover demanda de los y las adolescentes al sistema de salud local.
- Capacitación de equipos de gestión, del PNSIA y efectores.

- Monitorear la calidad de la atención con foco en confidencialidad y autonomía en la atención.

Como parte de la definición de los objetivos y estrategia de capacitación se desarrollaron los “Lineamientos para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad”. Esta guía fue desarrollada en el marco de un convenio de colaboración entre el Ministerio de Salud de la Nación, UNICEF y la Sociedad Argentina de Pediatría. Su objetivo es contribuir a la mejora del acceso de los adolescentes a servicios de salud de calidad. Brinda herramientas para la instalación de nuevos espacios de atención, así como para la adecuación de los puntos de contacto que ya tienen en el sistema sanitario. Junto con ésta, se crearon los “Lineamientos para la atención del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes” y “Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en adolescentes”. Estos documentos brindan herramientas tendientes a contribuir al desarrollo de dispositivos integrales de atención en guardias hospitalarias. El material fue realizado por el PNSIA y la Dirección de Salud Mental y Adicciones, junto a respectivos consejos de expertos en la materia.

Además se desarrollaron: “Recomendaciones para la atención clínica de adolescentes” y “Lineamientos de Trabajo sobre Estrategias de Prevención y Promoción de la Salud destinada a Equipos de salud que trabajan con adolescentes”. Esta última guía está dirigida a orientar el trabajo comunitario y la realización de talleres con esta población.

Un avance importante en la definición de la oferta que el Estado Argentino brinda a sus adolescentes ha sido la explicitación de la cobertura para esta población, realizada a través del lanzamiento del **Programa Sumar**, en el año 2012. El mismo es una herramienta del Ministerio de Salud de la Nación que permite explicitar la cobertura de salud y mejorar la calidad de la atención brindada a la población que cuenta exclusivamente con el sistema público. En Argentina, la población de adolescentes que cuenta sólo con esta cobertura de salud es de alrededor de 2 millones 800 mil adolescentes (aproximadamente el 40% del total). Dicho programa tiene como objetivos:

• Generar un nuevo modelo de relación entre la nación, las provincias, los municipios y los establecimientos de salud (Celebración de convenios formales - Metas crecientes).

• Aumentar la inversión en salud bajo un modelo de asignación de recursos (financiamiento), basado en los resultados alcanzados.

• Crear y desarrollar Seguros Públicos de Salud, los cuales brindan diferentes prestaciones: en el caso de adolescentes, incluyen: examen periódico de salud, control ginecológico, odontológico, oftalmológico, prestaciones de medicina preventiva y promoción de la salud (inmunizaciones, consejería en salud sexual y consejería posaborto, talleres en sala de espera y comunidad); prestaciones de pesquisa (diagnóstico temprano y confidencial de embarazo), colocación de DIU en adolescentes, prestaciones clínicas (asma bronquial: seguimiento y urgencia; sobrepeso y obesidad); así como la atención de urgencia para adolescentes por intento de suicidio y consume episódico excesivo de alcohol (CEEA).

Por otra parte, en el marco del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad materno infantil, de la mujer y los adolescentes (PO), que lleva adelante la Subsecretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación, de la cual depende el Programa de Adolescencia, acordado en el 2008, y al que adhirieron el conjunto de provincias que conforman el Consejo Federal de Salud (COFESA), se desarrollan capacitaciones en servicio, con el objeto de fortalecer los espacios de atención para adolescentes en las diferentes jurisdicciones, haciendo hincapié en la promoción de la atención confidencial y el desarrollo de la autonomía en adolescentes y jóvenes, para ofrecer respuestas integrales en salud en función al derecho, ya sea en centros con recursos limitados o servicios con mayor trayectoria. Hasta fines del año 2014 se realizaron más de 100 eventos de capacitación con equipos de salud en las provincias, de los cuales participaron más de 3000 personas; se fortalecieron y crearon 70 espacios de atención de salud a adolescentes en 12 provincias, y 4 regiones sani-

tarias de la provincia de Bs. As. En este marco, se realizaron también diferentes cursos de capacitación: ‘Derechos para equipos de salud, gerentes y decisores políticos; y ‘Anticoncepción para pediatras’, en diferentes provincias. Dicho proceso de capacitación permitió fortalecer los equipos profesionales locales, poner en agenda provincial la atención de adolescentes y darle mayor visibilidad a este grupo poblacional y sus necesidades en salud.

En la línea de generación de la demanda, se desarrollaron diferentes encuentros de jóvenes, bajo el lema: ‘Nada sobre nosotr@s, sin nosotr@s’, con el objetivo de que los propios adolescentes puedan pensar y problematizar cuáles son las barreras de acceso al sistema de salud, así como conocer sus derechos. Participaron en las diferentes localidades más de 9000 chicos y chicas, en total.

Además, la gran mayoría de las provincias cuentan con un referente en salud y adolescencia, quien articula las acciones y mantiene un contacto frecuente con el PNSIA, constituyendo una red nacional de referentes en adolescencia.

Alumnas embarazadas

Conjunto de leyes que “protegen” a estudiantes embarazadas y/o madres. Los derechos sexuales y reproductivos no apuntan sólo a prevenir el embarazo adolescente no deseado, sino a garantizar los derechos de las adolescentes que quieren ser madres, tanto para que puedan continuar en la escuela como en el mundo laboral. En este sentido, tres leyes fueron aprobadas desde el año 2000:

Ley Nacional de Régimen Especial de Alumnas Embarazadas 25.273 (2000): Establece un régimen de inasistencias justificadas por razones de embarazo para chicas que cursen primaria, secundaria y estudios superiores no universitarios.

Ley Nacional de Acciones contra alumnas embarazadas 25.584 (2002): Prohíbe toda acción que impida el inicio o continuidad del ciclo escolar a estudiantes embarazadas.

Ley Nacional de Educación 26.206, artículo 81 (2006): Las autoridades deben garantizar la permanencia en la escuela de las estudiantes embarazadas y aquellas que son madres.

Aborto

En Argentina la legislación contempla causales en las que el aborto no es punible.

En Argentina el aborto está tipificado por el Código Penal como un delito contra la vida y las personas, el que establece reclusión o prisión para quien lo efectúa y para la mujer que se causara o consintiera esa práctica. El artículo 86 reconoce determinadas excepciones en las que el aborto no es punible cuando es practicado por un médico diplomado y con el consentimiento de la mujer: (1) si el aborto “se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”, y (2) “si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para realizar el aborto”.

Desafíos: A pesar de que la legislación contempla causales en las que el aborto no es punible, las mujeres en estas situaciones muchas veces no logran acceder a un aborto legal y seguro en los servicios públicos de salud. En ciertas ocasiones, los profesionales de estos servicios exigen autorización judicial para proceder a interrumpir el embarazo (ya sea por desconocimiento de los permisos de la ley penal, temor a persecuciones criminales u objeción de conciencia). En esta línea, se han realizado actividades de capacitación a los profesionales. Mayores dificultades aún enfrentan las víctimas de violación ya que, pese a estar contempladas dentro del permiso legal, las respuestas a sus pedidos de aborto no punible es todavía, en muchos casos, restrictiva: únicamente las mujeres violadas con discapacidad mental. En 2007, el Ministerio de Salud de la Nación desarrolló una “Guía Técnica para la Atención de Abortos No Punibles” para garantizar el cumplimiento

efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Si bien la guía está disponible en la página web del ministerio, la falta de resolución que la refrende y la falta de voluntad política para su difusión e implementación hacen que su aplicación sea irregular (fuente: Comu-

nicación Conjunta para Examen Periódico Universal). Esta guía fue reeditada en el año 2010 y este año (2015) se publicó el “Protocolo para la Atención Integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”.



Brasil

Sistema de salud

El sistema de salud en Brasil tiene tres subsectores. En primero lugar, el subsector público, en donde los servicios son financiados y prestados por el Estado en los distintos niveles (federal, estatal y municipal). En este subsector se incluyen también los servicios de salud con acceso exclusivo para militares. En segundo lugar, se encuentra el subsector privado (con fines de lucro o no), en donde los servicios son financiados de diversas maneras con fondos públicos o privados. Por último, el subsector suplementario, con diferentes tipos de planes privados de salud y pólizas de seguros, que cuentan con subsidios fiscales. Alrededor de un 75% de la población está cubierta por el sistema público.

Salud sexual y reproductiva

En la Constitución Federal de 1988 en el Art. 226 se garantiza la planificación familiar como derecho reproductivo, fundado en los principios de dignidad de la persona humana y de paternidad responsable, la planificación familiar como libre decisión del casado, correspondiendo al Estado propiciar recursos educacionales y científicos para el ejercicio de ese derecho, prohibiéndose cualquier actuación coactiva por parte de instituciones oficiales o privadas.

En 1996, se aprueba la Ley de Planificación Familiar 9.263 en la que se define la planificación familiar como el conjunto de medidas encaminadas a controlar la fecundidad que garantiza a las mujeres, los hombres o las parejas los mismos derechos (Art. 2). La ley dispone también la igualdad de acceso a la información, los métodos y las técnicas disponibles sobre control de la natalidad (Art. 4). En el art. 5 se establece como deber del Estado, a través del Sistema Único de Salud (SUS), en combinación con los componentes del sistema educativo, promover las condiciones recursos informativos, educativos, científicos y técnicos para garantizar el libre ejercicio de la planificación familiar.

Anticoncepción

El documento Anticoncepção de Emergência. Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde (2011) señala que el profesional de salud que prescribe algún método anticonceptivo para los adolescentes no viola ningún principio ético o legal. Al contrario, los profesionales de la salud tienen una responsabilidad clara con la atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. La Ley N° 9.263 de 1996, art. 226 de la Constitución Federal establece que la planificación familiar es una parte integral de un conjunto de acciones de atención a las personas, dentro de una visión de atención global e integral de salud.

Se contempla la provisión, para todas las edades, tanto del condón femenino como del masculino de manera gratuita a través del sistema de salud. También se contempla la provisión de la píldora del día después (para toda la población, sin restricción de edad). Para los adolescentes, también están disponibles métodos anticonceptivos inyectables mensuales y trimestrales y el DIU. En relación a la necesidad del consentimiento adulto, se señala la autonomía de las personas adolescentes y jóvenes que requieran servicios de salud sexual y reproductiva. En el Código de Ética Médica en el Art. 103, se establece que está prohibido para el médico revelar el secreto profesional con respecto a pacientes menores de edad, incluidos sus padres o representantes legales, siempre y cuando que el niño tenga la capacidad de evaluar su problema y seguir los pasos apropiados para resolverlo por sus propios medios. El médico puede revelar el secreto médico cuando la no divulgación pueda traer daños al paciente.

En la guía “Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde” (2013), realizada por el Ministerio de Salud, hay un apartado específico sobre salud sexual y reproductiva. Se propone: proporcionar preservativos, proporcionar

métodos anticonceptivos de emergencia, reforzar la doble protección, realizar asesoramientos, incluir a jóvenes y adolescentes en las acciones colectivas e individuales de planeamiento sexual y reproductivo, orientar a los padres o representantes legales de los adolescentes que busquen orientaciones pertinentes sobre salud sexual, garantizando el derecho a la confidencialidad y autonomía del adolescente y, por último, si procede, verificar las razones por las que los adolescentes se niegan a que sus padres estén presentes en la consulta sobre salud sexual.

Programa específico: adolescencia

En la Constitución Federal de 1988 en su artículo 227, se dispone expresamente la prioridad absoluta de los derechos de la niñez, en particular respecto a sus derechos a la vida, salud, alimentación, educación, juego, cultura, dignidad y libertad.

En 1990, se adoptó la Ley No. 8.069 que establece el Estatuto del Niño y el Adolescente que concibe a los niños, niñas y adolescentes (NNA) como sujetos de derechos, distinguiendo niñez como toda persona menor de 12 años y adolescente, persona entre los doce y dieciocho años. El Art. 24 reconoce el derecho de NNA a disfrutar del más alto nivel posible de salud y que se asegurará que ningún NNA sea privado de su derecho de acceso a dichos servicios y que para garantizar este derecho el Estado debe tomar medidas apropiadas para desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y educación y servicios de planificación familiar y que se adoptarán todas las medidas apropiadas para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de NNA.

En 1993 fueron establecidas las primeras Normas de Atención a la Salud Integral del Adolescente, con la finalidad de orientar a los equipos de salud en la atención a los adolescentes. En 1999 el Ministerio de Salud elaboró una Agenda Nacional en torno a la salud de los jóvenes y los adolescentes.

Las discusiones para el establecimiento de una Política Nacional de Salud para responder a las necesidades e inquietudes de los adolescentes y jóvenes se iniciaron en

el año 2005 entre el Departamento de Juventud y el Consejo Nacional de la Juventud. Estos son los organismos que, desde el Ministerio de Salud, identifican y articulan las acciones para satisfacer las necesidades de la juventud. En este escenario, el Ministerio de Salud ha proseguido sus trabajos para elaborar una política nacional para responder a las necesidades e inquietudes en salud de los adolescentes y jóvenes. En 2006 se inició el acuerdo y discusión para su posterior aprobación de la política (**Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens**) con el fin de garantizar el derecho a la salud en el SUS de los jóvenes. La salud sexual y reproductiva aparece como un área prioritaria. En las Directrices para la atención integral de la salud de los adolescentes se orienta que los servicios de atención básica de salud deben estar organizados para asegurar la atención integral de los adolescentes, garantizando su acceso, la confidencialidad y el secreto profesional, favoreciendo además las actividades grupales.

En el año 2009 se instituyó la Cartilla de Salud de adolescentes, un instrumento de apoyo a los profesionales de la salud y la educación, así como una herramienta de orientación para el autocuidado de los adolescentes. Se centra en los adolescentes de 10 a 19 años y aborda cuestiones desde una perspectiva de la salud integral, incluida la salud sexual y reproductiva, considerando al adolescente como un sujeto de derecho.

Resultados: En la presentación realizada en el marco de la Reunión Regional sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes (Montevideo, Uruguay, mayo 2015) se mencionan dos tipos de resultados en relación a la Cartilla: a) aumento del 55% del acompañamiento del crecimiento de los adolescentes de 10 a 13 años en el período de 2009 a 2013; b) más de 20 millones de Cartillas distribuidas en 3700 municipios.

En esta presentación también se expuso acerca del cambio de paradigma en la atención a la salud de adolescentes y jóvenes. Se promueve una política de salud basada en la participación juvenil; en “ir a donde el adolescente está”; en la integración con otros sectores locales, ONGs,

grupos de jóvenes, familiares y escuelas. Esto da como resultado: mayor acceso y servicios más acogedores; reducción de las enfermedades; más adolescentes atendidos e involucrados.

En materia de legislación, también está disponible en Brasil una **Política Nacional de Atención Integral a la salud de los adolescentes de ambos sexos en conflicto con la ley** (Portaria nº 647, 2008). No se establece un rango etario específico que garantice el acceso a la salud sexual y reproductiva por lo que se considera que todas las personas menores de edad tienen garantizados estos servicios.

En este ámbito, existen iniciativas en Brasil, como la organización del Seminario Internacional “Saúde, Adolescência e Juventude: promovendo a equidade e construindo habilidades para a vida” (octubre 2013, Brasilia), el cual pone de relieve la importancia de las inversiones en políticas, programas y acciones que promuevan la autonomía, la posibilidad de elegir y las habilidades de los jóvenes y adolescentes con respecto al ejercicio de su sexualidad y su vida reproductiva. También en diciembre de 2014 se celebró el seminario “O SUS e a Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens”, organizado por UNFPA y el Ministerio de Salud. Este seminario fue parte de las actividades de la iniciativa “Juventudes: mais direitos, mais saúde, mais conquistas”, la cual tiene como objetivo ampliar y fortalecer la capacidad del sector público en la actuación y diálogo con otros sectores y con los líderes jóvenes para formular, ejecutar, supervisar y evaluar las políticas, programas y acciones para proteger, promover y hacer efectivo el derecho a la salud integral y de calidad para los adolescentes y los jóvenes.

Desafíos: En la presentación realizada en la Reunión Regional sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes (Montevideo, mayo 2015) se plantean una serie de barreras en la atención a la salud de adolescentes: los adolescentes no son reconocidos como personas sexuadas, libres y autónomas; los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes no son respetados; existe cierto alejamiento entre los profesionales de la salud y los adolescentes; los varones adolescentes y jóvenes están poco visibilizados.

Educación sexual

Hay un programa de educación sexual, a cargo del Estado y las escuelas. No se señala una edad específica para impartir esta educación.

En 1996 se aprueba la Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional (Ley N° 9.394). Es el instrumento que coloca el precedente legal por medio del cual el Ministerio de Educación y Cultura tiene las atribuciones de marcar las directrices de la educación en todos los establecimientos educativos a través de los Parámetros Curriculares Nacionales. Las instituciones educativas deben atender a lo estipulado en estos Parámetros Curriculares Nacionales, aprobados en diciembre de 1996 (Denise Quaresma da Silva, 2013). Se plantea el tratamiento de la educación sexual como un tema transversal que debe conectarse con los contenidos de todas las asignaturas y las actividades extracurriculares. La iniciativa no sólo destaca la urgencia de multiplicar espacios educativos para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, sino también la necesidad de superar modelos tradicionales de educación sexual de carácter moralista y heteronormativos y avanzar hacia prácticas educativas que visibilicen las diversas formas de expresar la sexualidad y promuevan el respeto a la diversidad.

En 2007 se creó el Programa Saúde na Escola (PSE) a través del Decreto 6.286 como una política intersectorial entre el Ministerio de Educación y el de Salud, con el propósito de contribuir a la formación integral de los estudiantes de la enseñanza pública básica a través de acciones de prevención, promoción y atención de la salud. Las acciones de salud previstas en este programa comprenden, entre otras, la promoción de la salud sexual y salud reproductiva; la educación permanente en salud y la inclusión de temas de educación para la salud en el proyecto pedagógico de las escuelas.

Desafíos: Denise Quaresma da Silva (2013) en su estudio realizado en el año 2011 en 56 escuelas públicas municipales de enseñanza primaria de Novo Hamburgo demuestra que la instrumentación de la educación sexual en las escuelas estudiadas aún se distancia mucho de la

propuesta que encontramos en los Parámetros Curriculares Nacionales del Ministerio de Educación de Brasil. Se observa el predominio de un modelo biomédico donde se habla principalmente de cuerpos heterosexuales y de reproducción, ignorando –y desacreditando– otras identidades y prácticas sexuales. La idea de convertir la educación sexual en un espacio para la promoción del respeto a la diversidad sexual y de género es prácticamente ignorada. El estudio resalta que, si bien el interés y el compromiso del profesorado es crucial, no se puede esperar por la iniciativa individual para implementar los Parámetros Curriculares Nacionales. Se recomienda que el gobierno insista en la necesidad de adoptar la educación sexual como un tema prioritario, que se incluya en la agenda de las reuniones pedagógicas y que esté acompañado por acciones de capacitación, supervisión y evaluación.

Alumnas embarazadas

Licença Médica à Gestante – Lei 6.202 (1975): Concede un régimen especial para la alumna embarazada por el cual se le permite compensar (por tres meses, a partir del octavo mes del embarazo o del nacimiento del bebé) las actividades académicas a través del régimen domiciliario.

Tuvo una reglamentación: Portaria N° 04, de 25/04/2011-PROEG - Regula o trâmite Procedimental relativo às solicitações de exercícios domiciliares.

Aborto

Sólo se ha despenalizado el aborto por riesgo de vida para la madre, violación e inviabilidad fetal (para los casos de anencefalia fetal).



Chile

Sistema de salud

El Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile tiene la obligación de garantizar a todos los ciudadanos el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud. El sistema de salud chileno consta de dos sectores, público y privado y los ciudadanos tienen la libertad de escoger entre ambos servicios. Alrededor de 80% de los chilenos están cubiertos por los servicios de salud del sector público, financiados con recursos del Fondo Nacional de Salud (FONASA). El seguro opera sobre la base de un esquema de reparto (se financia con el pago único del 7% de la renta imponible de sus asegurados y con recursos provenientes de impuestos generales de la nación). Los beneficios que este esquema entrega son los mismos para todos los afiliados, independientemente del monto de la prima cancelada y del tamaño del grupo familiar cubierto. Existen también otras instituciones del sector público que cuentan con sistemas propios de salud, tal como las Fuerzas Armadas. El sector privado está constituido por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Los sectores de mayores ingresos y algunos obreros y empleados en contrato colectivo dentro de su empresa (17,5% de la población) son quienes están afiliados a alguna ISAPRE, compañías aseguradoras privadas que reciben las cuotas obligatorias de los trabajadores para administrar diversos planes de salud. Un reducido sector de la población paga por la atención a la salud directamente de su bolsillo.

Salud sexual y reproductiva

En 2010 se aprobó la Ley 20418 que “Fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en materia de Regulación de la Fertilidad”, que en 2013 fue reglamentada.

Según esta ley, en el ámbito del Ministerio de Salud, toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial. Dicha educación e información deberán entregarse por cualquier medio, de manera completa y sin sesgo, para decidir sobre los métodos de regulación de la fertilidad y, especialmente, para prevenir el embarazo adoles-

cente, las infecciones de transmisión sexual, y la violencia sexual y sus consecuencias. Abarca a la población general (no sólo adolescentes).

Anticoncepción

La Ley 20.418 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, que cuenten con la debida autorización y, del mismo modo, acceder efectivamente a ellos (...) Los órganos de la Administración del Estado con competencia en la materia, adoptarán las medidas apropiadas para garantizar el ejercicio de los derechos establecidos en esta ley (...) Los órganos de la Administración del Estado con competencia en la materia pondrán a disposición de la población los métodos anticonceptivos”.

Se debe poner a disposición de la población métodos anticonceptivos, tanto hormonales como no hormonales. A modo ejemplar se señalan, entre los primeros, los métodos anticonceptivos combinados de estrógeno y progestágeno, los métodos anticonceptivos de progestágeno solo, los métodos anticonceptivos hormonales de emergencia. Entre los segundos, por su parte, se incluyen tanto los naturales como los artificiales. 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. En los casos de que adolescentes menores de 14 años soliciten método anticonceptivo de emergencia, el funcionario o facultativo que corresponda, sea del sistema público o privado de salud, procederá a la entrega de dicho medicamento, debiendo informar, posteriormente, al padre, madre o adulto responsable que señale la adolescente. Para el resto de los métodos no existe esta restricción de edad.

Resultados: En la presentación realizada en el marco de la Reunión Regional sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes (Montevideo, Uruguay, mayo 2015) se explica que la cobertura de mujeres adolescentes usuarias de métodos anticonceptivos muestra un aumento sostenido desde los años 2010 al 2014, (pasando por ejemplo de 184.628 mujeres de 10 a 19 años el año 2012, a 193.399 el 2014, lo que representa un aumento en la cobertura de 8.771 adolescentes de 10 a 19 años.)

Desafíos: La carencia de una guía técnica o protocolo oficial que reglamente la ley deja el acceso a la anticoncepción en manos del criterio de médicos y matronas de turno (a excepción de los casos de violación, los que sí están reglamentados desde el 2004), lo cual constituye una barrera en la accesibilidad debido a las resistencias o desinformación que existen entre algunos profesionales de la salud (Morán Faúndes, 2013)

Educación sexual

No hay una ley de educación sexual propiamente dicha. La Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza (LOCE) no obliga a los colegios a contar con un plan de sexualidad y el tema tampoco es mencionado en la Ley General de Educación.

Chile hace mención a la educación sexual en su Ley 20.418 sobre Regulación de la Fertilidad, en el marco del Ministerio de Salud. Esta ley que “Fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en materia de Regulación de la Fertilidad” indica que “Los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado deberán incluir dentro del ciclo de Enseñanza Media un programa de educación sexual, el cual, según sus principios y valores, incluya contenidos que propendan a una sexualidad responsable e informe de manera completa sobre los diversos métodos anticonceptivos existentes y autorizados, de acuerdo al proyecto educativo, convicciones y creencias que adopte e imparta cada establecimiento educacional en conjunto con los centros de padres y apoderados”. En síntesis, la ley 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. Junto con lo anterior, se establecen objetivos de aprendizajes curriculares a ser abordados por las escuelas y liceos.

Diversos centros de salud están haciendo varias acciones en esta línea, tales como la visita de matronas a colegios, la capacitación directa a jóvenes en centros comunitarios y escuelas, el trabajo coordinado con las direcciones y profesores de colegios, entre otras. La gran mayoría de estas acciones han nacido como iniciativa de profesionales específicos interesados en ampliar la atención de adolescentes más allá de los centros de salud. Casas y Ahumada (2009) explican que, en el año 2009, la mayoría de escuelas privadas cuenta con algún tipo de programa de educación sexual, aunque no ocurre lo mismo con las escuelas con financiamiento estatal (tanto municipales como aquellas particulares subvencionadas). Adicionalmente, muestran que menos del 10% de los profesores han adquirido las habilidades necesarias para abordar el tema de la sexualidad en el aula (datos provenientes del año 2009). Actualmente se están revisando los planes curriculares en el Ministerio de Educación, (MINEDUC), con aportes del Ministerio de Salud (MINSAL), para incorporar la educación sexual en los planes curriculares.

Desafíos: Faltan normativas ministeriales que regulen estas acciones en el ámbito educativo y el trabajo intersectorial con adolescentes propiamente tal (Cultura Salud, 2009/2010). Se han dado algunas iniciativas aisladas, sin la continuidad necesaria para lograr su institucionalización (Casas y Ahumada, 2009).

Otras iniciativas

Aulas del Bien-Estar: A partir del año 2014, comienza una iniciativa interministerial, orientada al fortalecimiento de la educación pública, desarrolladas entre el Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) y la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), que promueve en los establecimientos el apoyo directo a los y las estudiantes en materias biopsicosociales, a fin de hacer pertinentes y oportunas las atenciones, favoreciendo los procesos de desarrollo y

aprendizaje. Busca detectar, priorizar, abordar y resolver demandas y necesidades de los y las estudiantes y sus comunidades educativas para canalizarlas en los ámbitos de la promoción de la salud, prevención, tratamiento y derivación oportuna, cuando corresponda, considerando las distintas realidades territoriales, existentes en el país. La iniciativa se desarrollará en 200 establecimientos educacionales del país.

Programa específico: adolescencia

En el 2008 se formuló una nueva política de salud para adolescentes y jóvenes enmarcada dentro del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

Este programa tiene como uno de sus objetivos centrales “disminuir el embarazo adolescente, con su resultado esperado de disminuir 10% la tasa de fecundidad proyectada en población menor de 19 años”. Para ello, además de aumentar el acceso a métodos de regulación de fecundidad, se adoptan cuatro medidas específicas para reducir la maternidad precoz y adolescente:

1. Implementación de Espacios Amigables de atención para adolescentes comienza en el año 2008, abriendo un espacio diferenciado y amigable para la atención de adolescentes de 10 a 19 años en la Atención Primaria de Salud, en comunas del país que presentaban altas tasas de embarazo adolescente. Es un modelo de atención con horarios diferidos, espacios diferenciados, donde se resguarda la privacidad y confidencialidad de la atención y cuenta con profesionales matrona/matrón, asistente social o psicólogo/a con competencias en la atención de este grupo, con un enfoque preventivo y promocional con énfasis en salud sexual y reproductiva. Los espacios amigables constituyen un cambio cualitativo en la atención a adolescentes, que se diseña en base a dos elementos centrales: la extensión horaria para la atención a adolescentes y la focalización de estos espacios de interacción y atención orientados específicamente a adolescentes. Actualmente se cuenta con 129 espacios amigables instalados en establecimientos del nivel primario, de los cuales 77 son financiados por el nivel central y 52 surgen de iniciativas locales (municipios y servicios de salud). El criterio inicial de im-

plementación de estos espacios fueron las comunas que presentaban mayores tasas de embarazo adolescente.

Resultados: La cobertura de atención en el año 2014 alcanzó un 3,12%, brindándose 61.989 atenciones individuales y grupales. En el año 2014, en la Estrategia Nacional de Salud para la década (2011-2020), se incorpora como indicador: “Que el 100% de los establecimientos de atención primaria de salud tengan un espacio amigable para adolescentes”.

2. Control de Salud Integral de Adolescentes: Es la atención integral de adolescentes que permite evaluar el estado de salud, crecimiento y desarrollo, identificando precozmente los factores protectores y de riesgo, promover hábitos saludables con objeto de intervenir en forma oportuna e integral, con enfoque anticipatorio, participativo y de riesgo. Esta estrategia se convierte en la puerta de entrada al sistema de atención de salud de esta población, pudiendo ser el único momento en que el sistema puede evaluar el estado de salud y condición de riesgo de adolescentes.

Resultados: En el año 2014 se alcanza una cobertura de 9,15% (181.800 controles). Actualmente se está reformulando esta actividad para incorporarla en la cartera de prestaciones del Fondo Nacional de Salud, de manera de avanzar hacia la cobertura universal.

Presupuesto: El presupuesto para ambas estrategias del Programa (Control y Espacios Amigables) fue de \$1.360.146.061 en el año 2014 y \$1.408.939.000 en el año 2015.

3. Visita Domiciliaria Integral, en este caso, para la prevención del segundo embarazo en adolescentes. Estrategia de intervención realizada por integrantes del equipo de salud general capacitados. Se realiza en el domicilio, e incluye a adolescentes y familiares y/o cuidadores. Se actúa en el propio contexto del adolescente (en sus rutinas diarias) de forma tal de favorecer dinámicas del entorno emocional y relacional adolescente para prevenir un segundo embarazo.

4. Consejerías en salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Resultados: En el año 2014, se realizaron 252.244 consejerías, correspondiendo a consejerías en salud sexual y reproductiva (134.425), VIH/SIDA (88.936) y de regulación de la fertilidad (28.883).

Otras iniciativas: En la presentación realizada en el marco de la Reunión Regional sobre SSyR de adolescentes (Montevideo, Uruguay, mayo 2015) se expuso una experiencia piloto que se desarrolló en el año 2014 para prevenir la reincidencia del embarazo en adolescentes. Es una experiencia desarrollada entre el Servicio Nacional de la Mujer y el Ministerio de Salud. Consistió en realizar una intervención dirigida a madres adolescentes, cuyo 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.

Desafíos: La institucionalización de la atención de salud a adolescentes ha sido poco clara y, si bien en la actualidad el Programa de Salud de Adolescentes ha logrado por primera vez instalarse dentro de la agenda del Ministerio de Salud, éste carece de una norma técnica como los otros programas ministeriales. Al desconocimiento y confusión existente respecto al Programa de Salud Adolescente por parte de los equipos de salud, hay que agregar la ausencia de metas asociadas a este programa, lo que dificulta la asignación de recursos humanos y financieros, otorgándole una categoría diferente (de menor importancia) respecto a otros programas. Uno de los lineamientos del Programa de Salud de los Adolescentes ha sido el agilizar la atención de jóvenes para facilitarles el ingreso a los centros de salud, no supeditando el ingreso a la, por ejemplo, muestra de carnet de identidad, ya que es sabido que muchos/as jóvenes no lo llevan consigo. No obstante lo anterior, en varios centros de salud se les pide a los y las jóvenes su carnet de identidad. Esto genera una fuerte resistencia en los y las jóvenes. Otra de las barreras en el ingreso tiene

que ver con el hecho de que en algunos centros de salud aún exigen que en la primera consulta el/la adolescente vaya acompañado/a por un adulto. Existen también barreras en la entrega de métodos anticonceptivos ya que es posible observar prácticas diferenciadas en los distintos centros de salud en lo que se refiere a la entrega de los mismos. Por último, en la mayoría de los centros de salud existe la normativa de que la entrega de cualquier medicamento se debe hacer a través de la farmacia. Esta práctica de entrega se identifica como una barrera en el sentido que obstaculiza el acceso directo del/la adolescente a los métodos anticonceptivos. Se detecta que, principalmente, los adolescentes no acuden a pedir anticonceptivos por dos motivos: dudan sobre la confidencialidad y la mala calidad de los condones y pastillas anticonceptivas (Cultura Salud, 2009/2010).

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 plantean 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.

Alumnas embarazadas

La Ley N° 19.688, aprobada en el año 2000, garantiza el derecho de las alumnas madres y embarazadas a permanecer en sus respectivos establecimientos sean estos públicos o privados, confesionales o no. La ley garantiza que el embarazo y la maternidad no constituyan un impedimento para ingresar y permanecer en los establecimientos de educación de cualquier nivel. Estos últimos deberán, además, otorgar las facilidades académicas necesarias según el caso. Esta ley está por encima del reglamento interno del colegio.

La Ley General de Educación N° 20.370, aprobada en el año 2009, establece en su Artículo 11: “El embarazo y la

maternidad en ningún caso constituirán impedimento para ingresar y permanecer en los establecimientos de educación de cualquier nivel, debiendo estos últimos otorgar las facilidades académicas y administrativas que permitan el cumplimiento de ambos objetivos”.

Aborto

La legislación sobre el aborto es muy restrictiva. Prohibido en todas sus formas. Sin embargo, en la agenda legislativa del actual gobierno de la Presidente Bachelet, está en discusión en la cámara la despenalización del aborto ante 3 causales: riesgo de muerte materna, malformación incompatible con la vida y violación.

Otros aspectos relevantes

Desde el año 2008, Chile se ha integrado al Plan Andino de Prevención de Embarazo Adolescente junto con Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Este Plan está enfocado a la prevención del embarazo en adolescentes y al fortalecimiento de la abogacía para mejorar el acceso a servicios y prestaciones de salud sexual y reproductiva.

En el marco de este Plan Andino, se ha elaborado un documento para sistematizar las experiencias de prevención del embarazo adolescente en los distintos países de la subregión andina. El objetivo de esta iniciativa es identificar “**buenas prácticas**” de prevención de forma tal que se puedan compartir y replicar entre los equipos de salud de los distintos países. En el caso específico de la prevención del embarazo adolescente, este documento plantea que existen una serie de principios generales que pueden incidir positivamente en la prevención del embarazo, los cuales deben ser considerados como piezas que se potencian entre sí:

- Apuntar a una sexualidad sana en el contexto del desarrollo adolescente, incluyendo aproximaciones intergeneracionales, para reformular positivamente la sexualidad y entregar información factual libre de mensajes con carga de vergüenza, culpa o temor.
- Promover normas de género más equitativas, trabajando tanto desde perspectivas masculinas como femeninas.

- Promover los derechos de jóvenes incluyendo los derechos reproductivos y humanos y sus derechos como usuarios de servicios de salud.

- Considerar los aspectos culturales locales en el diseño e implementación de programas y acciones tendientes a reducir el embarazo adolescente.

- Reflejar y respetar los diferentes valores y prácticas de las comunidades; esto considera la inclusión de una perspectiva multicultural.

En el caso de Chile, dos han sido las “buenas prácticas” para la prevención del embarazo adolescente seleccionadas: el Centro de Atención en Salud Integral Adolescente RUCAHUECHE (San Bernardo, Región Metropolitana) y la Asesoría en Salud Sexual y Reproductiva (Ciudad de Osorno).

El Centro de Atención de Salud Integral de Adolescente RUCAHUECHE es una iniciativa que comenzó en el año 2003. La cobertura de atención a los adolescentes era muy baja en la comuna. En este sentido, se desarrolla un Servicio de Salud Amigable para mejorar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud, con el objetivo final de prevenir el embarazo adolescente. Es un programa que supera los modelos curativos y se centra en un enfoque de derechos y de prevención. Además, incorpora el enfoque de género y en sus prácticas supera el enfoque adultista en la atención en salud para adolescentes. La iniciativa cuenta en su formulación y en su implementación los principios de derechos humanos a través de los principios siguientes: respecto a la autonomía, derecho al consentimiento informado y la confidencialidad, respeto a la diversidad, respeto del principio de la beneficencia, respeto del principio de la no maleficencia, respeto al principio de la justicia y respeto a los derechos de la salud sexual y reproductiva.

El Centro tiene una coordinación con 27 establecimientos educacionales municipalizados de la Comuna de San Bernardo los cuales constituyen su principal fuente de derivación de adolescentes. Este hecho permite demostrar la

importancia del trabajo intersectorial que muchas veces es más fácil llevar a cabo a nivel local que a nivel central. Además, se trabaja en colaboración (en red) con otras asociaciones e instituciones que trabajan con adolescentes en la comuna. La programación de las actividades se realiza durante el primer mes de cada año. Ésta se realiza a partir de evaluaciones anuales, recomendaciones técnicas del Ministerio de Salud y de organismos internacionales. Se discute, analiza y elabora en equipo la programación, que se envía a la corporación de salud, para observaciones y su aprobación.

Resultados: Los jóvenes reconocen al centro como un espacio de salud que los guía y acompaña en su proceso de crecimiento y desarrollo, donde son respetados y lo reconocen como propio.

La asesoría en salud sexual y reproductiva de la ciudad de Osorno se viene desarrollando desde el año 2006 en un liceo de Osorno, ciudad en donde se detecta un alto porcentaje de embarazo adolescente. Antes de implementar la asesoría, los estudiantes fueron consultados acerca de los contenidos más relevantes para ellos, acerca de los horarios más convenientes y sobre la modalidad de la

asesoría (individual o colectiva). De esta forma, los objetivos de la Asesoría responden a la necesidad detectada y son realistas. Éste es uno de los aspectos fuertes de la práctica: se considera tanto en su formulación como en su implementación las verdaderas necesidades de los adolescentes. La implementación de esta práctica de asesoría en Osorno es una innovación en el contexto regional, ya que no existe una práctica de educación sexual en los establecimientos educacionales ni centros de atención en salud para adolescentes. No se requirió inversión en infraestructura, ya que se usaron las dependencias del liceo y se requiere solamente una persona (matrona) con conocimientos en salud sexual y reproductiva y consejería. La gestión es muy limitada ya que se restringe a un liceo, una asesora y a unos recursos que se limitan al pago del transporte de la matrona que realiza las asesorías. La matrona, al menos en los tres primeros años de implementación de la Asesoría (2006-2009), ha desarrollado esta tarea ad honorem y solamente ha recibido dinero para el transporte.

Resultados: Luego de iniciada la práctica se ha reducido el número de embarazos adolescentes y ha aumentado la cantidad de adolescentes que se atienden en los consultorios de la región.



Paraguay

Sistema de salud

El sistema de salud del Paraguay está constituido por dos subsectores, el público y el privado. El sector público comprende el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), el Instituto de Previsión Social (IPS), las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía, la Universidad Nacional de Asunción y los servicios asistenciales de las empresas descentralizadas Itaipú Binacional y Yacyretá. El sector privado incluye a las aseguradoras privadas, los prestadores con fines de lucro, los prestadores sin fines de lucro y los prestadores mixtos.

El MSPyBS atiende a alrededor del 65% de la población total del país, con énfasis a la población vulnerable y pobre. El IPS cubre a los trabajadores asalariados del sector privado de la economía, los trabajadores de las entidades descentralizadas, los docentes de los sectores público y privado, los trabajadores independientes y las trabajadoras domésticas. Esta institución cubre alrededor del 15% de la población paraguaya.

La Sanidad Policial y la Sanidad Militar cubren a los policías y militares en activo y pensionados y a sus familiares dependientes, que representan 1% de la población total. Finalmente, se estima que entre 7% y 9% la población, aquella que pertenece a los sectores de mayores ingresos, se beneficia de esquemas de aseguramiento del sector privado.

Salud sexual y reproductiva

Actualmente, está vigente el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2014 - 2018). Este plan nacional responde a las necesidades básicas de la población y se basa en un enfoque de derechos, especialmente de derechos sexuales y reproductivos. Es una continuación del Plan Nacional 2009 - 2013.

El objetivo del plan es: “mejorar la salud sexual y reproductiva de la población del Paraguay por medio del desarrollo

de políticas públicas justas, equitativas e integradoras, con enfoque de género, de derechos e interculturalidad”.

El plan agrupa sus líneas de acción en siete áreas estratégicas prioritarias, las que serán implementadas en el marco de la actual política de salud orientada hacia una salud más accesible, más equitativa y de mejor calidad.

Las siete áreas estratégicas del plan son: 1) Maternidad segura y salud neonatal; 2) Planificación familiar; 3) Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, ITS, sífilis y por el VIH; 4) Prevención, detección y tratamiento del cáncer de mama y genital en hombres y mujeres; 5) Prevención y atención a personas en situación de violencia intrafamiliar y violencia basada en género (VBG); 6) Prevención y atención integral del climaterio y de enfermedades, daños y disfunciones que afectan la salud sexual y reproductiva; 7) Gestión eficiente del plan, monitoreo y evaluación.

Este Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se constituye en un instrumento de rectoría de políticas públicas en la materia a nivel nacional, regional y local. Está en el ámbito del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Abarca a la población general (no sólo adolescentes). Se dispone la implementación y ejecución del plan en todos los servicios de salud dependientes de este Ministerio y en las instituciones tanto públicas como privadas que trabajen en el área de la salud sexual y reproductiva.

Anticoncepción

Dentro del Área Estratégica “Planificación Familiar” del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014 - 2018, se encuentra el objetivo específico de: “Lograr que todas las personas en edad reproductiva puedan ejercer su derecho a la planificación voluntaria de su familia, mediante el acceso oportuno a información completa y veraz, a servicios de calidad y a la provisión gratuita de anticonceptivos efectivos”.

Se proponen estrategias operativas que garanticen el acceso a los anticonceptivos, sin prejuicios ni exclusiones. Las propuestas de acción del Plan Nacional son:

- Provisión de los insumos anticonceptivos de acuerdo a la elección realizada y a los criterios de elegibilidad de la OMS (Organización Mundial de la Salud), aclarando sus características, su efectividad, su modo de uso correcto, manteniéndose la gratuidad de los insumos en la red pública.

- Ampliación de la oferta de la anticoncepción quirúrgica de intervalo y pos-evento obstétrico.

- Accesibilidad a todos los métodos anticonceptivos, las 24 horas, todos los días, en los servicios hospitalarios de la red pública, incluyendo a píldoras de anticoncepción de emergencia, con consejería/orientación.

- Fortalecimiento del sistema de logística de insumos de salud sexual y reproductiva en la red pública, incluyendo el adecuado cálculo de necesidades, procesos de compras ágiles conforme a la Ley 4313, distribución oportuna y suficiente, almacenaje conforme a normas, con monitoreo sistemático y periódico de los niveles de desabastecimiento en los servicios.

- Aseguramiento de fondos presupuestarios y ejecución adecuada para compra de anticonceptivos, condones, medicamentos e insumos esenciales para maternidad segura y salud neonatal, equipos e instrumentales necesarios, en el presupuesto del MSPyBS, en el presupuesto del IPS y de otras entidades públicas como ser Sanidad Policial y Sanidad de las Fuerzas Armadas, entre otras.

En síntesis, los métodos anticonceptivos son de oferta gratuita en todos los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud y para las personas aseguradas en la seguridad social. Respecto a la necesidad de consentimiento de un adulto, en el Plan no se hace mención a la necesidad de consentimiento de un adulto para que los adolescentes puedan acceder a los métodos anticonceptivos y/o a servicios de salud sexual y reproductiva.

En el Manual Clínico-Adolescencia, Manejo Integral de Adolescentes con Enfoque de Derechos del MSPyBS, entre los derechos de personas adolescentes se explicitan: la confidencialidad, tener privacidad, participar en las decisiones sobre su salud, ser preguntado sobre si desea o no que se le informe a sus padres o tutores sobre su estado de salud y dar o negar su consentimiento sobre informar a sus padres o tutores sobre su estado de salud o el motivo de su consulta.

Presupuesto: En 2006, el Congreso de Paraguay sancionó una Ley N° 2907 denominada “De aseguramiento presupuestario de los programas de salud reproductiva y de aprovisionamiento del kit de partos”, que destina fondos para adquirir productos básicos para la salud reproductiva, incluidos los anticonceptivos. La Ley N° 2907 exige que el IPS compre y entregue anticonceptivos a sus beneficiarios, poniendo fin a su dependencia en las donaciones de anticonceptivos. A partir de esta Ley N° 2907 se garantiza la accesibilidad de las mujeres a uno de los principales pilares para el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, asegurando los insumos anticonceptivos. En 2010, el Gobierno de la República del Paraguay aceptó la plena responsabilidad financiera para la compra de anticonceptivos (Quesada et al., 2006). La Ley N° 4313 autoriza al MSPy BS de Paraguay a realizar compras directas de bienes en el mercado mundial a través de organizaciones internacionales como el UNFPA, sin imponer impuestos, reduciendo así el plazo que lleva obtener los insumos y garantizando los mejores precios y calidad.

Programa específico: adolescencia

En la Ley 1680 de 2001 que establece el Código de la Niñez y la Adolescencia se establecen y regulan los derechos, garantías y deberes de los niños, niñas y adolescentes (NNA), conforme a lo dispuesto en la Constitución Nacional, la Convención sobre los Derechos del Niño, y los instrumentos internacionales sobre la protección de los derechos humanos aprobados y ratificados por el Paraguay. En el Artículo 14 del Código se reconoce el derecho a la salud sexual y reproductiva. El Estado, con la activa participación de la sociedad y especialmente la de los padres y familiares, garantizará servicios y programas de salud

y educación sexual integral de NNA, que tiene derecho a ser informados y educados de acuerdo con su desarrollo, a su cultura y valores familiares. Los servicios y programas para adolescentes deberán contemplar el secreto profesional, el libre consentimiento y el desarrollo integral de su personalidad, respetando el derecho y la obligación de los padres o tutores. Conforme el Artículo 10 del mismo Código será responsabilidad del Estado elaborar planes de atención especializada para la protección de la adolescente embarazada.

Por un lado, la promulgación de la Ley 1680 (2001) y, por otro lado, la instalación del Sistema Nacional de Protección y Promoción Integral y de la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia (SNNA) en diciembre del mismo año instalaron un nuevo escenario de acción.

En este contexto, se impulsa la Política Nacional de Niñez y Adolescencia (POLNA, 2003-2013), la cual es definida como “conjunto articulado de acciones entre el Estado y la sociedad civil para trabajar de manera convergente por la promoción, defensa y protección de los derechos de niños/as y adolescentes”. La POLNA representa un marco general para encaminar las acciones dirigidas a la niñez y la adolescencia, cuyo objetivo es asegurarles el desarrollo integral, así como el ejercicio efectivo y disfrute pleno de sus derechos.

La operativización de la POLNA, es decir, la traducción en términos de acción de sus contenidos, se realiza a través del Plan Nacional de Acción por la Niñez y la Adolescencia (PNA, 2003-2008). La orientación general del PNA, así como sus estrategias y actividades, se desprenden de la POLNA y guardan coherencia con los principios formulados en la política nacional. Para la ejecución de las actividades diseñadas dentro del PNA se concibe la participación de actores claves del sector gubernamental, de la sociedad civil y las organizaciones de NNA.

Ha sido elaborado el nuevo POLNA y PNA para el período 2013-2018.

Tanto la POLNA como el PNA ponen su énfasis en la población adolescente. Sin embargo, éstos no ponen un

énfasis especial en la salud sexual y reproductiva, sino, sobre todo, en el abuso y explotación sexual (además de en otros ejes relativos a la protección integral de NNA, no sólo en el ámbito de la salud).

De esta forma, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en Paraguay se guía, por un lado, a partir del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014-2018, el cual garantiza el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población (no exclusivamente de la población adolescente). Dentro de este plan, se especifica que “Niños, niñas, adolescentes y jóvenes constituyen un grupo de población estratégico que requiere acciones de educación y de servicios adecuados, amigables, de calidad y que respondan a sus necesidades”. Tal como se detalla en la presentación realizada en el marco de la Reunión Regional sobre SSyR de adolescentes (Montevideo, Uruguay, mayo 2015) “adolescencia y juventud es un eje transversal del PNSSR 2014-2018”.

Por otro lado, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en Paraguay se guía por el Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Adolescencia 2010-2015 el cual busca mejorar la calidad de vida y, particularmente, la salud de los adolescentes. Este plan incorpora los principales problemas de salud de adolescentes, incluyendo la salud sexual y reproductiva, prevención y atención a la violencia basada en género y las necesidades específicas de los adolescentes de pueblos indígenas y de grupos vulnerables, con el fin de que tengan acceso al sistema de salud. Este plan se centra en mejorar la calidad de vida y salud de los adolescentes, de 10 a 19 años, para el período 2010-2015. Algunas de las metas del plan para el año 2015 son: aumentar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes sexualmente activos/as; reducir la razón de muerte materna en adolescentes; incrementar el número de adolescentes que recibe asistencia integral a su salud, incluyendo mejoras en salud sexual y reproductiva; contar con servicios y centros de atención integral a adolescentes, incluyendo atención a la salud sexual y reproductiva, salud mental, atención a víctimas de violencia y con dependencia de drogas, por medio de un trabajo articulado con otras instituciones, como el Ministerio de Educación y Cultura.

En la presentación realizada en el marco de la Reunión Regional sobre SSyR de adolescentes (Montevideo, Uruguay, mayo 2015) se detallan una serie de acciones específicas realizadas desde el MSPyBS enfocadas en la población adolescente:

- Información a través de las Libretas de Salud destinadas a adolescentes elaboradas con participación activa de los propios adolescentes: contienen información sobre los derechos de los adolescentes, recomendaciones sobre salud mental, actividad física, e información sobre sexualidad, higiene, infecciones de transmisión sexual y varios cuidados más, además de lugares donde acudir en busca de ayuda. Estas libretas de salud serán distribuidas al grupo adolescente de forma gratuita y estarán disponibles en todos los servicios públicos de salud.

- Reorganización y creación de servicios de salud amigables. Actualmente hay 11 (se propone incorporar al menos 3 más este año) con participación activa de adolescentes lo que contribuyó al sentido de pertenencia. En seis meses, se ha triplicado la consulta de adolescentes en los 3 servicios apoyados el año pasado.

- Foros de adolescentes.

- Plan comunicacional para la prevención del embarazo adolescente.

- Acceso de adolescentes a MAC y consejería.

Desafíos: 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 plantean una serie de barreras en el acceso de los adolescentes al sistema de salud: falta de recursos humanos capacitados y sensibilizados que presen los servicios de salud sexual y reproductiva; falta de atención a las necesidades de salud sexual y reproductiva de la población masculina; barreras legislativas para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes; falta de implementación y seguimiento del Plan Nacional para Adolescentes y Servicios de Salud

Sexual y Reproductiva; falta de un espacio adecuado para la prestación de servicios de salud amigables para adolescentes y falta de horarios de atención convenientes. En la presentación realizada en el marco de la Reunión Regional sobre SSyR de adolescentes (Montevideo, Uruguay, mayo 2015) se detallaron también una serie de debilidades vinculadas a la atención de la población adolescente: dificultad en el acceso a la información con base científica, a servicios amigables de salud y a métodos de planificación; dificultad para el abordaje de pueblos originarios y adolescentes con discapacidad mental; falta de articulación de acciones interinstitucionales en el marco de un sistema de protección a embarazadas adolescentes y/o víctimas de violencia; ausencia de un mecanismo de acompañamiento social a la embarazada adolescente.

Educación sexual

En el año 2007, el Ministerio de Educación y Cultura firmó un Acta de Compromiso con el MSPyBS, con la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia (SNNA) y con la sociedad civil, para ejecutar el proyecto “**Armonización de Políticas Públicas para la Educación Sexual y la Prevención del VIH-sida y drogas en el Ámbito Escolar**”. Este proyecto, que fue parte de un proyecto subregional, tuvo como propósito apoyar a los países del MERCOSUR en la implementación de políticas públicas de educación de la sexualidad con enfoque de género y derechos, incluyendo la prevención del VIH, así como la no discriminación, estigmatización y exclusión social de NNA. Uno de los principales objetivos de ese proyecto fue incorporar en los currículos contenidos suficientes, consistentes y adecuados a la evolución cognitiva de NNA y, a la vez, habilidades y actitudes que promuevan la salud sexual, incluyendo la prevención de la transmisión del VIH, con base en un Marco Rector Pedagógico para la Educación de la Sexualidad como eje rector e instrumento de políticas públicas. En el marco de ese proyecto, el Ministerio de Educación y Cultura conceptualizó la educación de la sexualidad como orientación e información que se brinda a la persona sobre el conocimiento de sí misma, para afirmar los sentimientos de autoestima y el ejercicio de la maternidad y paternidad responsables.

En 2008, fue firmada por las/los ministros una agenda del Acta de Compromiso de 2007, en la que las nuevas autoridades acordaron la instalación de una unidad operativa de Educación Integral de la Sexualidad, encargada del diseño y la implementación del Marco Rector Pedagógico, en coordinación con las dependencias del Ministerio de Educación y Cultura que correspondan y creó un Comité Gestor. El Marco Rector Pedagógico para la Educación Integral de la Sexualidad define los principios y las directrices orientadoras y reguladoras para su abordaje e implementación en el sistema educativo paraguayo formal y no formal, con base en el Plan Nacional de Educación 2024. En mayo de 2009, el Ministerio de Educación y Cultura difundió el Plan Nacional de Educación 2024 “Hacia el centenario de la Escuela Nueva de Ramón Indalecio Cardozo” que constituye el marco de la política educativa paraguaya y donde se delinear las principales acciones a ser desarrolladas en el sector educativo.

La Ley General de Educación N° 126 (1998), la cual estableció un nuevo marco jurídico para el sistema educativo, brinda el marco de derechos y equidad en los que se inserta una Educación Integral de la Sexualidad entendida como una dimensión de la formación integral. Sin embargo, el proceso de explicitación de la Educación de la Sexualidad se concreta con este Plan Nacional de Educación publicado en el año 2009.

Más allá de estos esfuerzos, el Ministerio de Educación resolvió no poner en vigencia el Marco Rector Pedagógico para la Educación en la Sexualidad debido a la fuerte oposición de grupos fundamentalistas. En el 2013, en base a los resultados positivos de un proyecto piloto sobre educación en sexualidad y consejería, apoyado por UNFPA, el Ministerio de Educación incorpora la educación en sexualidad en la malla curricular de los bachilleratos técnicos en salud.

Educación sexual: otras iniciativas

Desde el año 2003 al año 2005, la ONG Base Educativa y Comunitaria de Apoyo (BECA), implementó un proyecto sobre Educación Integral de la Sexualidad en 24 institutos de Formación Docente de gestión oficial, en acuerdo con

el Ministerio de Educación y Cultura y con el apoyo del UNFPA. A partir del año 2006, 8 institutos de los 24 fueron seleccionados para brindar cursos de formación en Educación Integral de la Sexualidad en el marco de la Formación Docente Continua. Entre el 2007 y el 2010, 7 institutos habilitaron todos los años cursos sobre Educación Integral de la Sexualidad y desde el año 2009 dichos programas tienen el acompañamiento del Ministerio de Educación y Cultura, desde el Departamento de Educación de la Sexualidad.

Entre los objetivos prioritarios del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014 – 2018 se encuentran la elaboración e implementación de la Educación Integral de la Sexualidad. Se espera que todas las personas y prioritariamente niñas, niños, adolescentes y jóvenes, accedan a una adecuada educación integral de la sexualidad. Para ello, en el Plan se proponen una serie de acciones, entre ellas: 1) el apoyo técnico del Ministerio de Salud al desarrollo de contenidos de salud en el proceso de la incorporación de la educación formal para la sexualidad responsable en el sistema educativo nacional, a cargo del Ministerio de Educación. Articulación sistemática y formal entre el sistema educativo y el de salud para la implementación conjunta y coordinada de actividades. 2) Concienciación y capacitación a la comunidad educativa (directivos, docentes, padres, madres y alumnos) en temas de salud sexual y reproductiva, derechos y equidad de género, destacando el compromiso compartido entre familia, comunidad e instituciones en el desarrollo de la educación para la sexualidad responsable. 3) Desarrollo de acciones educativas con varones y mujeres jóvenes y adolescentes en grupos de jóvenes organizados, colegios, liceos militares, institutos de enseñanza de la Policía Nacional y con la Asociación de Comisiones Vecinales.

Desafíos: En la presentación realizada en el marco de la Reunión Regional sobre SSyR de adolescentes (Montevideo, Uruguay, mayo 2015) se señaló la insuficiente educación en sexualidad en Paraguay, en donde, como se explicó anteriormente, el Marco Rector Pedagógico no entró en vigencia debido a la fuerte oposición de grupos fundamentalistas. En el Marco Rector Pedagógico (2010)

se señala el hecho de que “el marco de derechos y la equidad de género no constituyen todavía parte inherente del pensamiento y accionar del cuerpo docente y directivo de las instituciones educativas. Si bien se ha superado la discriminación de la mujer en los libros de textos y en los materiales educativos, todavía persiste el currículo oculto y el lenguaje sexista en el aula. Además existen algunos obstáculos para un abordaje adecuado de la Educación Integral de la Sexualidad como la insuficiente formación de los y las docentes para brindar información calificada y para propiciar el desarrollo de habilidades en niños, niñas y adolescentes que les permitan vivir su sexualidad de manera plena y responsable, a lo que se suman resistencias y posturas conservadoras de algunos sectores de la sociedad”.

Alumnas embarazadas

La Ley 4084 de Protección de la Maternidad (2010) tiene por objeto proteger el ingreso y la permanencia, así como brindar facilidades académicas a las estudiantes que se encuentren en estado de gravidez y maternidad, en las instituciones educativas públicas de gestión oficial, privada y privada subvencionada.

Aborto

En Paraguay, la ley expresa que el aborto puede ser realizado únicamente en caso de amenaza a la vida de la mujer. Sin embargo, el Código Penal vigente, Ley 3.440, en su Artículo 109 sobre el Aborto, dictamina que:

1°.- El que matare a un feto será castigado con pena privativa de libertad de hasta cinco años. Se castigará también la tentativa.

2°.- La pena podrá ser aumentada hasta ocho años, cuando el autor: 1. obrara sin consentimiento de la embarazada; o 2. con su intervención causara el peligro serio de que la embarazada muera o sufra una lesión grave.

3°.- Cuando el hecho se realizare por la embarazada, actuando ella sola o facilitando la intervención de un tercero, la pena será privativa de libertad de hasta dos años. En este caso no se castigará la tentativa. En la medición de

la pena se considerará, especialmente, si el hecho haya sido motivado por la falta del apoyo garantizado al niño en la Constitución.

4°.- No obra antijurídicamente el que produjera indirectamente la muerte de un feto, si esto, según los conocimientos y las experiencias del arte médico, fuera necesario para proteger de un peligro serio la vida de la madre.

En síntesis, el Código Penal deja por fuera la posibilidad de realizar cualquier procedimiento seguro para la interrupción directa del embarazo y, por otro lado, no existe reglamentación que explicita cuáles son los casos reconocidos como peligro serio de la vida de la madre.

En el año 2012, el MSPyBS lanzó las “Normas de Atención Humanizada del Post Aborto” considerando que “en Paraguay el aborto se mantiene como una de las primeras causas de muerte materna”. Estas normas buscan asegurar el acceso de las mujeres a una atención de calidad en situación de post aborto. En el marco legal de las normas hay un apartado dedicado a adolescentes en donde se explicita que “la asistencia de la salud de la menor de 18 años en situación de post aborto debe ofrecerse en el marco de los derechos humanos, brindando una atención integral y garantizando la privacidad y confidencialidad”. Al mismo tiempo, el MSPyBS también ha aprobado en 2012 la Resolución Ministerial n° 146/8 sobre la atención humanizada a las pacientes en situación de aborto. Las normas junto con esta resolución brindan las garantías para una mejor atención a mujeres en situación de post aborto. Así mismo, en el año 2013, se promulga la Resolución Ministerial N° 662 para reglamentar el uso del Misoprostol, estableciendo que el mismo puede ser utilizado solamente para: 1) Interrupción del embarazo con feto muerto y retenido; 2) Aborto incompleto; 3) Hemorragia postparto; 4) Inducción del parto con feto vivo; 5) Corioamnionitis; 6) Embarazo post término y huevo anembrionado.



Uruguay

Sistema de salud

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) está compuesto por un sector público y un sector privado. El principal prestador de servicios públicos es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), que cubre a un 27% de la población (datos del año 2013). Hay otros proveedores de servicios para grupos específicos dentro de los que destacan la Sanidad de las Fuerzas Armadas, dependiente del Ministerio de Defensa, y la Sanidad Policial, dependiente del Ministerio del Interior, que cubren a un 4,7% de la población. La prestación de servicios privada la dominan las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que son asociaciones de profesionales privadas sin fines de lucro que ofrecen atención integral a 56% de la población. El sector privado cuenta también con los llamados seguros privados, que son empresas privadas lucrativas que brindan atención a cambio del pago de primas cuyo monto depende del nivel de riesgo de los asegurados. Estos seguros cubren al 1,7% de la población.

Salud sexual y reproductiva

La promulgación (2008) y reglamentación (2010) de la Ley 18.426 de Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva constituyen un punto de inflexión en la universalización y la consolidación de las políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva.

En el año 2005, con la creación del Programa Salud de la Mujer y Género, se comienza a abordar la salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos y de género. Este enfoque se consolida en el año 2010 con la creación del Área de Salud Sexual y Reproductiva (desde el 2013, Departamento) que tuvo como primer cometido la reglamentación de la Ley 18.426, promoviendo la salud sexual y reproductiva con enfoque de derecho y de género para todos ("Sistematización de Políticas y Estrategias del Departamento Salud Sexual y Salud Reproductiva: Informe Técnico", Ministerio de Salud Pública, 2014). El área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pú-

blica (MSP) se constituye como organismo central en el campo de la salud sexual y reproductiva. Desde el área, se generan acciones específicas en materia de salud sexual y reproductiva que están destinadas a toda la población del país y no solo a la franja adolescente.

La ley nuclea y legaliza las guías y prestaciones en salud sexual y reproductiva desarrolladas hasta el momento. A partir de esta ley "El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios y normas que se establecen en los artículos siguientes".

Entre los objetivos generales de la ley, se encuentran: 1) universalizar en el nivel primario de atención la cobertura de salud sexual y reproductiva; 2) garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones. Entre sus objetivos específicos están: a) difundir y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva; b) garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables.

El MSP, en su rol Rector de Políticas de Salud, desarrolla una serie sistemática de ordenanzas, guías y actividades de capacitación para fortalecer y ampliar los servicios de salud sexual y reproductiva en todo el territorio y para todos los prestadores. Todas las instituciones prestadoras de salud deberán contar con un servicio de este tipo. Éste estará constituido por un Equipo Coordinador de Referencia (ECR) en SSyR y por todos los técnicos y profesionales de la institución involucrados en cumplir las acciones necesarias para garantizar las prestaciones establecidas en la Ley 18.426 y su reglamentación.

Anticoncepción

Desde el año 2010 y hasta el día de hoy, el Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública (MSP) se constituye como responsable para liderar la estrategia de aseguramiento de insumos anticonceptivos en forma unificada (estrategia que comenzó en el año 2005). A partir de la Ley 18.426 (2010) de Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva se “garantiza el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables”.

En 2010 se dio un salto fundamental en esta línea: a partir de este año la compra de métodos queda incluida como una línea presupuestaria dentro del presupuesto nacional. Hasta el año 2010 los fondos para la compra procedían de remanente presupuestales. Se buscó avanzar hacia el acceso universal de la población a los métodos anticonceptivos de calidad de acuerdo a la elección libre e informada.

El MSP elaboró un Decreto en Enero 2011 a través del cual los MAC pasaron a constituirse como una prestación obligatoria para todo el SNIS. Los métodos comprendidos incluyen: anticoncepción oral hormonal combinado monofásico y trifásico, para uso durante la lactancia, de emergencia y condones masculinos. Los métodos anteriormente detallados son los que se incluyen en el decreto de obligatoriedad; sin embargo, en la canasta también está disponible el DIU, el condón femenino y, desde 2014, se está implementando la integración piloto de la oferta del implante subdérmico. Otro resultado clave es la incorporación de la ligadura tubaria y vasectomía como prestación obligatoria. Como contraparte las instituciones podrán cobrar una tasa moderadora mínima prefijada en el mismo decreto, pero que se encuentra muy por debajo de los precios de mercado y no representa ganancia económica para los prestadores. Los preservativos se entregan a las instituciones privadas contra cobro del costo, el cual es muy bajo frente a los comprados por otras vías (“Sistematización de Políticas y Estrategias del Departamento Salud Sexual y Salud Reproductiva: Informe Técnico”, Ministerio de Salud Pública, 2014).

Se destaca la necesidad de respetar la autonomía de las personas adolescentes y jóvenes que requieran servicios

de salud sexual y reproductiva. En la Ley N° 17.823 “Código de la Niñez y la Adolescencia”, en el Artículo 11 bis. (Información y acceso a los servicios de salud) se señala “Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda. De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder, se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes”.

Educación sexual

En Uruguay, la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) es el organismo estatal que elabora, coordina e instrumenta las políticas educativas vigentes en todo el territorio nacional. En el año 2005, este organismo, a través de su Consejo Directivo Central (CODICEN), crea la Comisión de Educación Sexual para elaborar una propuesta de incorporación de la temática en el sistema educativo formal. En el año 2006 se crea el Programa de Educación Sexual de la ANEP y, a partir de entonces, éste es implementado en los cuatro subsistemas educativos. Este programa propone incorporar la educación sexual como eje transversal en el currículo y su alcance para todo el sistema formal (instituciones públicas y privadas). En el año 2009, se aprueba la Ley 18.437 General de Educación que institucionaliza la educación sexual en todos los niveles de enseñanza y establece que la educación sexual es un eje transversal del sistema educativo público. En la nueva ley se define a la educación sexual como una de las ocho líneas transversales que se deben contemplar en las diferentes modalidades de enseñanza asegurando de ese modo, al menos a nivel jurídico, la incorporación de la temática en toda la estructura educativa.

Actualmente Uruguay cuenta con un Programa de Educación Sexual y una Comisión de Educación Sexual cuya

coordinación posibilita la implementación de las acciones educativas en educación sexual en cada uno de los cuatro subsistemas educativos. Dicha Comisión es quien elabora y lidera la implementación de la propuesta para incorporar la educación sexual en el sistema educativo formal. Desde el inicio, esta propuesta se implementó en el conjunto de los subsistemas, insertándose en toda la estructura y a nivel nacional. Actualmente el programa está financiado por presupuesto nacional y su alcance es “para el sistema formal público”.

El programa ha adoptado distintas modalidades de implementación en cada subsistema educativo. Fue puesto en marcha por cada subsistema de manera distinta de acuerdo a la autonomía conferida por ley. La educación sexual fue concebida como un eje transversal en el currículo (“Programa de educación sexual del sistema educativo uruguayo en los distintos sub sistemas: modalidades de implementación”, Carolina Farías).

- El Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP) incluyó la educación sexual dentro del programa 2008 como un eje transversalizador de toda la formación, desde nivel 3 años a sexto de educación primaria.
- El Consejo de Educación Secundaria (CES) lo implementó a través de un docente referente en educación sexual en cada centro educativo de enseñanza secundaria.
- El Consejo de Educación Técnico Profesional (CETP) curricularizó la educación sexual a través de los talleres anuales en primer y segundo año del Ciclo Básico.
- El Consejo de Formación en Educación (CFE) también lo incluyó en la currícula a través del Seminario de Sexualidad en el segundo año de la formación docente.

Finalmente, Uruguay prioriza la formación docente en esta temática. En este sentido, una estrategia priorizada por el programa son las líneas de formación de las y los docentes de todo el subsistema, incluyendo la formación docente de posgrado, actividad que se viene desarrollando desde el

año 2008. Se han realizado formaciones a docentes de los distintos subsistemas en múltiples temáticas relacionados con la educación sexual. Asimismo, en estos momentos, se comienza a implementar una evaluación que permitirá valorar el impacto de las acciones del programa en el sistema educativo nacional.

Resultados: Por primera vez un programa de educación sexual en el ámbito educativo pudo implementarse en todos los subsistemas logrando trascender un período de gobierno. Se considera que una de las razones que hicieron posible esto fue la alianza estratégica entre el sector educativo y sanitario, lo cual otorgó legitimidad a la propuesta. Se detecta una fuerte coordinación de acciones entre los sectores de la salud y la educación (coordinación intersectorial). Otro de los factores que se considera que hicieron posible la implantación del programa en todos los subsistemas fue que contó con un importante apoyo económico de organismos internacionales (“La educación sexual en el sistema educativo formal durante el período 2005 – 2009: Análisis desde un enfoque de género y de política pública”, Benedet, 2014).

Desafíos: La educación sexual está exclusivamente centrada en quienes están dentro del sistema. Esto resulta en una debilidad, más teniendo en cuenta que existen barreras de acceso al sistema educativo, abandono y dificultades para la reinserción (presentación realizada en el marco de la Reunión Regional sobre SSyR de adolescentes - Montevideo, Uruguay, mayo 2015).

Programa específico: adolescencia

Las acciones específicas hacia la adolescencia están asociadas al Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud (2007), en el marco del MSP. Los objetivos de este programa se han centrado hacia la atención integral, enfocando sus acciones específicamente a esta franja etaria: capacitando acerca de la adolescencia como etapa del ciclo vital, generando documentación de alcance universal, dispositivos de promoción y atención de la salud adolescente tanto desde los servicios del sistema sanitario como en espacios educativos y sociales. La salud sexual y reproductiva es una de sus preocupaciones. Como expli-

cado anteriormente, el Área de Salud Sexual y Reproductiva centra su eje en este componente de la salud, aunque se dirige a toda la población. Respecto a la población adolescente, el área tiene como objetivo lograr el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva definidos en el Sistema Integrado de Salud, la anticoncepción, la detección temprana del embarazo, el ejercicio del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.

En el marco de este programa, se adoptan una serie de medidas específicas:

- Implementación del Carné de Salud Adolescente, el cual hace a la construcción del sujeto adolescente como específico dentro del sector salud. Es un carné de carácter obligatorio, gratuito y universal. Hay uno para mujeres y otro para varones, para todos los chicos de 12 a 19 años. Las instituciones de salud públicas y privadas deben expedirlo, basando sus contenidos en el control anual de salud que se realiza a los jóvenes. Es una continuación del Carné del Niño e incluye una serie de datos sanitarios que serán exigidos, por ejemplo, para inscribirse en una institución de enseñanza pública o privada.

- Creación de Espacios de Salud Adolescente, (Espacios Amigables): espacio diferencial con equipos interdisciplinarios de atención y promoción de la salud para la asistencia integral de la población adolescente. Se pone un énfasis especial en aspectos significativos para esta etapa vital como lo es la salud sexual y reproductiva. Se trabaja con enfoque de derechos, género y confidencialidad. Actualmente se encuentran en funcionamiento más de 50 Espacios Amigables en todo el país.

- Médico de Referencia: las instituciones deben asignar a cada uno de sus usuarios adolescentes un médico de referencia. El médico de referencia es aquel que tiene una visión integral de la salud del usuario, a lo largo del tiempo y de su trayectoria asistencial.

Desafíos: 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 plantean una serie de limitaciones en lo que respecta al acceso de los adolescentes al sistema de salud: los profesionales cualificados sólo proporcionan un número limitado de horas de servicios y muchos profesionales con poca formación proporcionan una gran cantidad de servicios; tiempo insuficiente por consulta; dificultad a la hora de supervisar situaciones de riesgo; las instituciones de la salud no reconocen suficientemente la importancia de la calidad del cuidado; los adolescentes no están informados de sus derechos. Tal como se detalla en la presentación realizada en la Reunión Regional sobre SS yR de adolescentes (Montevideo, Uruguay, mayo 2015), existen diversas propuestas dirigidas a la población adolescente, pero falta difusión de las mismas.

Alumnas embarazadas

En el artículo 74 de la Ley General de Educación (Ley 18.437, 2009) se expone: “Las alumnas en estado de gravidez tendrán derecho a continuar con sus estudios, en particular el de acceder y permanecer en el centro educativo, a recibir apoyo educativo específico y justificar las inasistencias pre y post parto, las cuales no podrán ser causal de pérdida del curso o año lectivo”.

También está vigente la “Circular 2380: Estudiantes - Régimen especial de control de asistencia de Alumnas Embarazadas” del año 1999 en donde se establece “un régimen especial de control de asistencias y de apoyo para las estudiantes embarazadas y puérperas de los centros de educación media y superior dependientes de la Administración Nacional de Educación Pública”.

Aborto

En el año 2012 se aprueba la Ley 18987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Despenaliza la IVE por sola voluntad de la mujer dentro de las 12 semanas y 14 en caso de violación (siempre y cuando sea realizado por un médico dentro del sistema de salud).

Pueden acceder a un IVE dentro del Sistema de Salud las mujeres:

- Con ciudadanía uruguaya (natural o legal) o extranjera residentes en el país al menos por un año.

- Mayores de 18 años.

- Menores de 18 años: con autonomía progresiva o consentimiento del padre, madre o referente adulto. El equipo debe evaluar si la menor es lo suficientemente

madura como para prestar el consentimiento a la interrupción del embarazo y, en consecuencia, respetar su pedido de no involucrar a los padres o tutores, basado en el concepto de “autonomía progresiva”.

- Mujeres con declaración de incapacidad judicial previa: ante solicitud de curador/a, con venia judicial otorgada.

- Que tengan un embarazo dentro de las 12 semanas.



