

- Rodríguez, J. High Adolescent fertility in the Context of Declining Fertility in Latin America, 2011.
- OMS, Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2014.
- UNFPA. Estado de la Población Mundial, 2013.
- Encuesta Demográfica y de Salud-2007 CESDEM. República Dominicana.
- PATH. Determinantes de Riesgo y Protección de Embarazo en Adolescentes Rurales de Nicaragua, Abril 2012.
- Situación actual de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en Panamá. Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social de Panamá. 2010.
- Carrasco Castillo, C. Embarazo en Adolescentes. Encuesta de Niveles de Vida 2008. Panamá 2010.
- Encuesta Demográfica y de Salud-2007 CESDEM. República Dominicana.
- Belize: Multiple Indicator Cluster Survey, 2011.
- Popolo, F. et al. Juventud indígena y afrodescendiente en América Latina: inequidades sociodemográficas y desafíos de política. OJ, 2009.
- Oficina Nacional de Estadísticas. Encuesta Nacional de Hogares (ENHOGAR) 2009, República Dominicana.
- Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, INIDE 2006/2007.
- Statistics Institute of Belize (SIB). 2011. Main Results of 2010 Population and Housing Census. Belmopan: SIB.
- Situación actual de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en Panamá. Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social de Panamá. 2010.
- CEPAL, Implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 2013.
- Statistics Institute of Belize (SIB). 2011. Main Results of 2010 Population and Housing Census. Belmopan: SIB.
- Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, ENASSER, Panamá, 2010.
- CEPAL, Serie Población y Desarrollo No. 107. J. Rodríguez, Reproducción temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos, 2013.
- Institución del Procurador de los derechos humanos, Defensoría de los derechos de la mujer. Análisis de la situación del embarazo en niñas y adolescentes en Guatemala 2011- 2013.
- Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, ISDEMU. "Normativa Nacional para la Igualdad de Género". Política Nacional de la Mujer actualizada. Página 38.
- Nove, A et al. Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. Lancet Glob Health 2014, Published Online, January 21, 2014: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70179-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70179-7).
- Ministerio de Salud de Guatemala, Sala de Situación, 2010.
- OPS. Salud sexual y reproductiva al alcance de adolescentes pobres y en situación de vulnerabilidad. Washington, DC, 2013.

MORTALIDAD MATERNA Y SUICIDIO EN ADOLESCENTES

En América Latina y el Caribe, la tasa de mortalidad materna en niñas de 10-14 años es 146.5 por 1000 n.v. en comparación con 79.9 por 1000 n.v. para el grupo de 15-19 años²¹. Las adolescentes necesitan mayores cuidados en salud que no siempre obtienen. El 48% de los partos en niñas de 10-15 años en Guatemala en 2010 ocurrieron en su casa²².

En un estudio conducido en 2011-2012 en El Salvador, Guatemala y Honduras, el 58% de los casos de suicidio relacionado al embarazo ocurrió en adolescentes entre 15-19 años de edad.

DESAFÍOS

No obstante los avances en el reconocimiento de los derechos en general y de los derechos sexuales y reproductivos en particular, así como en el desarrollo de un marco político y normativo en salud materna, infantil, y de salud reproductiva, se identifican necesidades aún insatisfechas, que requieren asegurar intervenciones en salud, educación y desarrollo, con un abordaje integral, desde los determinantes sociales, que tome en cuenta la familia y la comunidad, y con amplia participación de las y los adolescentes y jóvenes en el marco del reconocimiento de sus derechos.

En tal sentido, para hacer frente a la enorme tarea de prevenir los embarazos en la adolescencia, los gobiernos de Centroamérica y de República Dominicana deberán concentrar sus esfuerzos en normativas que garanticen los derechos de las y los adolescentes y que abarquen:

Es necesario responder a las necesidades de las y los adolescentes y diseñar intervenciones que consideren condiciones de exclusión: pobreza, origen étnico y racial, migración, situación de calle, víctimas de abuso sexual, adolescentes y niños/as fuera del sistema escolar, entre otras, garantizando su participación activa en momentos claves y estratégicos²³.

- Sistemas de salud integrados y servicios de salud accesibles, de calidad y con cobertura universal;
- Sistemas de información que garanticen datos confiables y oportunos para la toma de decisiones;
- Recursos humanos suficientes con competencias en atención integral de adolescentes y jóvenes;
- La articulación de los esfuerzos con el sector educativo para la permanencia de niñas, niños y adolescentes en la escuela y la provisión de educación integral en sexualidad, tanto a nivel formal como informal;
- Aplicar estrategias de prevención de la violencia sexual en niñas y adolescentes.
- Desarrollo de intervenciones de promoción y prevención en salud de adolescentes con integración de familias, escuelas y comunidades; y
- Compromiso financiero y, político para la prevención del embarazo adolescente, y para mantener el tema en la agenda del desarrollo, priorizando recursos y esfuerzos en las poblaciones con condiciones vulnerables.

HACIA UN PLAN REGIONAL

El Plan Estratégico Regional de Prevención del Embarazo en Adolescentes de Centroamérica y la República Dominicana tiene como propósito articular los esfuerzos de los países para la prevención del embarazo en adolescentes, en el marco de un enfoque de derechos y desarrollo humano, en condiciones de igualdad y equidad de género, contribuyendo a garantizar una mejor calidad de vida a las y los adolescentes.

El objetivo es contribuir a una respuesta articulada desde la integración regional, para la reducción del embarazo en adolescentes.

Para ello se necesitará trabajar en las siguientes áreas de acción:

1. Alianzas estratégicas para la prevención del embarazo adolescente.
2. Fortalecimiento de los sistemas de salud en calidad y hacia la cobertura universal.
3. Participación activa que empodere a adolescentes y jóvenes.
4. Fortalecimiento de la alianza con el sector educación.
5. Desarrollo de políticas públicas para el abordaje de la prevención y atención de la violencia en el noviazgo, intrafamiliar y sexual, incluyendo la explotación sexual y trata de niñas y adolescentes.
6. Integración de la familia, la escuela y la comunidad en la promoción de salud y la prevención del embarazo en adolescentes.
7. Generación y uso de la evidencia e información para la incidencia y la toma de decisiones.
8. Monitoreo y evaluación.

Los enfoques de interculturalidad, derechos humanos, género y equidad serán aplicados de manera transversal en todas las líneas estratégicas.

Hacia un Plan Estratégico Regional de Prevención del Embarazo Adolescente para Centroamérica y República Dominicana



LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE:



AHORA

es el momento de asegurar los derechos en salud de las y los adolescentes para el desarrollo de su pleno potencial.



INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes refleja inequidades sociales y de género, así como la falta de garantías y ejercicio de derechos, y reproduce además el círculo de la pobreza.

Un porcentaje importante de los embarazos en adolescentes no son planificados, y muchos se originan en situaciones de abuso sexual. El embarazo muchas veces lleva a las madres adolescentes a una situación de exclusión social con consecuencias para toda su vida.

Los datos de Centroamérica y de República Dominicana son elocuentes, la deuda es regional.

Para mejorar la salud de los y las adolescentes debemos colocarles en el centro de las políticas de desarrollo y fortalecer las capacidades nacionales para propiciar los factores protectores en todos los ámbitos—individual, familiar, comunitario y macro sociales, con participación de las mismas personas adolescentes.

LA REGIÓN EN CIFRAS

Si bien la fecundidad general en América Latina y el Caribe ha disminuido, la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años es más alta que la esperada¹. En las dos últimas décadas, la fecundidad adolescente ha disminuido de 86 nacimientos por 1000 mujeres en 1995, a 65 por 1000 en 2014².

Sin embargo, la media regional continúa siendo alta en comparación

con el promedio de 49 por 1000 para este grupo de edad, y es solamente superada por África. Es la única región donde los partos en niñas menores de 15 años aumentaron³.

MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Exceptuando Costa Rica y El Salvador, todos los países del Sistema de Integración Centroamericana tienen tasas de fecundidad específicas en adolescentes superiores a la media para América Latina y el Caribe (tabla).

FECONDIDAD EN LA ADOLESCENCIA, POR CADA 1.000 MUJERES DE 15 A 19 AÑOS, 2005/2010

Belize 90	Honduras 108
Costa Rica 67	Nicaragua 109
Guatemala 92	Panamá 88
El Salvador 65	Rep. Dominicana 98

Fuente: UNFPA. Estado de la Población Mundial, 2013.

Los nacimientos en jóvenes de 15–19 años representan un quinto de todos los nacimientos en Honduras, Guatemala, Panamá y República Dominicana; y aproximadamente un cuarto en El Salvador y Nicaragua.

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES Y UNIONES

La edad de inicio de las relaciones sexuales se ha adelantado en todos los países de la región. En República Dominicana, el porcentaje de mujeres que tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años, pasó de 44%



en el año 1996 a 46% en el año 2002 y a 50% para el año 2007⁴.

En Panamá, 31.7% de las mujeres y 40.7% de los hombres han tenido su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años. Un estudio realizado recientemente en Nicaragua, muestra que el 57.8% de los y las adolescentes rurales ya han iniciado sus relaciones sexuales a los 14 años⁵; las niñas probablemente en un contexto de coerción, violencia o abuso sexual. La unión o matrimonio temprano es un factor importante para el embarazo en la adolescencia y para la paridad alta. La proporción de mujeres que establece una unión antes de cumplir los 20 años es de 45% en El Salvador, 50% en Guatemala, 58% en Honduras y 60% en Nicaragua. En Panamá, la edad media de entrada al matrimonio para mujeres es de 30 años pero en las áreas indígenas es de 17.5 años⁶.

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Si bien el conocimiento de los y las adolescentes sobre métodos anticonceptivos es alto en la región, por ejemplo, en Panamá, 92.5% de las adolescentes conocían por lo menos un método anticonceptivo⁷, su uso es todavía bajo. En República Dominicana, por ejemplo, solamente 15.2% de las mujeres de 15 a 19 años declararon usar algún método. La necesidad insatisfecha de planificación familiar alcanza el 28% para este grupo de edad⁸.

En Guatemala, menos de una cuarta parte de los y las jóvenes que viven en unión usan un método moderno. En Belize, el uso de anticonceptivos es muy bajo también: solamente 12% de las adolescentes mujeres (15-19 años) y 35% de las unidas usan anticonceptivos⁹.

“Mi sueño, mi proyecto... era estudiar, irme a la capital, ser profesora... superarme, también casarme y tener hijos, pero después... la realidad fue otra cosa, ni familia ni nadie me apoyó; me hice mujer sin saber, me han tratado mal...”

Yessenia, primer hijo a los 16, segundo a los 18, sector rural, República Dominicana.

I. Barinas, Voces de Jóvenes, República Dominicana, 2012.

LA CONDICIÓN DE GÉNERO Y ETNIA, LA POBREZA Y LA RURALIDAD

Las normas, relaciones y roles de género condicionan de manera diferente las oportunidades de mujeres y hombres. Por ejemplo, la maternidad puede ser normalizada como el único proyecto de vida para las mujeres.

Una falta de corresponsabilidad en la maternidad puede des-responsabilizar a los hombres que embarazan niñas y mujeres adolescentes. En cuanto a la sexualidad y su inicio, diferentes normas sociopolíticas y culturales pueden restringir el acceso a la educación en salud sexual y salud reproductiva.

Esto puede resultar en un aumento del inicio temprano de las relaciones sexuales entre niñas y adultos, en obstáculos para acceder a métodos anticonceptivos y/o en relaciones no protegidas para ambos sexos. Cuando las desigualdades de género se cruzan con la identidad étnica, área de residencia y nivel socioeconómico, puede producirse un efecto multiplicador de los riesgos para el embarazo en adolescentes.

El embarazo en la adolescencia se asocia a inequidad socioeconómica porque siempre es más frecuente en los grupos de mayor pobreza y menor educación—entre ellos, indígenas y afrodescendientes—y porque a su vez disminuye la probabilidad de salir de la pobreza.

La maternidad temprana es sostenidamente más alta en todos los países en la población indígena. Una de las mayores brechas en la región la presenta Panamá, donde el 24.8% de adolescentes indígenas entre 15 y 17 años ya ha tenido un hijo/a, comparado con el 7.8% del resto de la población.

En Costa Rica, las adolescentes afrodescendientes se embarazan menos que las indígenas, pero más que la población restante. En Honduras y en Nicaragua, la maternidad en adolescentes afrodescendientes es la más baja. Sin embargo, en este último país, las adolescentes mestizas de la Costa Atlántica presentan la proporción más alta de embarazo de todos los grupos¹⁰.

En República Dominicana, el 33.2% de las adolescentes y mujeres jóvenes de las familias del quintil más pobre se habían embarazado antes de cumplir los 20 años, en comparación con el 11.6% en el quintil más rico¹¹. En Nicaragua, la tasa específica de embarazo (15-19 años) del área rural más que duplica la del área urbana 189 a 83¹².

En la población maya de Belice, por ejemplo, 20.2% de las mujeres adolescentes tenían un hijo, comparado con solamente 2.6% de los hombres adolescentes, una proporción casi 10 veces más alta¹³. En Panamá, solamente un cuarto de las parejas estables de mujeres adolescentes son hombres adolescentes, mientras que tres cuartos de las parejas de hombres adolescentes son mujeres adolescentes¹⁴.

EL PESO DE LA EDUCACIÓN

Existe una marcada asociación entre el nivel educativo y la probabilidad de embarazo en adolescentes. En la mitad de los países con datos disponibles, por cada madre adolescente que alcanzó el nivel secundario, hay más de tres que sólo alcanzaron el nivel primario¹⁵. En Belice, la proporción es hasta 4 veces mayor¹⁶.

En Panamá, las mujeres sin educación tienen un mayor porcentaje de nacimientos antes de los 20 años,

comparado con las mujeres con algún grado de educación superior (43.7% y 11.1%, respectivamente)¹⁷.

MADRES MENORES DE 15 AÑOS Y ABUSO SEXUAL

En América Latina, continúa creciendo la fecundidad en menores de 15 años, situación que se relaciona en un porcentaje importante con violencia sexual y que refleja una violación a los derechos humanos. Los embarazos en menores de 15 años aumentan el riesgo a la salud y sobrevivencia de estas niñas y de sus recién nacidos.

En Costa Rica, Guatemala y El Salvador el porcentaje de embarazos en menores de 15 años aumentó en el último período censal—casi duplicándose en los primeros dos países¹⁸. Y las cifras siguen aumentando. En Guatemala, de enero a junio del 2013, se registró más del doble de lo que se reportó en el 2011¹⁹.

Según el último Estado de la Población Mundial (UNFPA 2013), casi el 50% de todas las agresiones sexuales en el mundo se cometen contra niñas menores de 16 años. En El Salvador, el 90.7% de los casos de violación registrados entre 2004 y 2009 ocurrió en las edades de 0 a 17 años²⁰.