Acelerar el progreso hacia la reducción del **embarazo en la adolescencia** en América Latina y el Caribe

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas
UNFPA
unicef

Se publica también en inglés

Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. Report of a technical consultation (Washington D.C., USA, August 29-30, 2016).
ISBN: 978-92-75-11976-1

Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.).
ISBN: 978-92-75-31976-5

**© 2018 Organización Panamericana de la Salud,
Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia**

Todos los derechos reservados. La publicación está disponible el sitio web de la OPS en (www.paho.org), en el sitio web de la UNFPA LACRO (lac.unfpa.org) y en el sitio web de UNICEF LACRO (www.unicef.org/lac/)). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y/o el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS, UNFPA y/o UNICEF los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS y la OEA han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS, UNFPA y/o UNICEF podrán ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Fotografías de la portada © UNICEF y OPS

Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe

INFORME DE CONSULTA TÉCNICA

29 y 30 de agosto de 2016
Washington, D.C., Estados Unidos de América

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas
UNFPA
unicef

©OPS

Agradecimientos

La reunión de consulta técnica celebrada en agosto del 2016 para analizar el estado actual y los desafíos relacionados con la reducción del embarazo en adolescentes en América Latina y el Caribe estuvo coorganizada y cofinanciada por la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con el apoyo técnico de la OMS.

Los organizadores desean agradecer la participación y las aportaciones técnicas de los representantes y expertos de los ministerios de salud y educación de Guatemala, Haití, Honduras, Paraguay, Perú y Uruguay, así como del Organismo Andino de Salud–Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Centro de Derechos Reproductivos (CDR), la red juvenil indígena Congreso General Emberá de Alto Bayano, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF por sus siglas en inglés), la Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM), la Misión Permanente de Canadá ante la Organización de los Estados Americanos (OEA), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID por sus siglas en inglés), el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de Estados Unidos, la Asociación Mundial de Salud Sexual, el Banco Mundial y la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de la Universidad de Bedfordshire del Reino Unido.

El presente informe de la reunión fue preparado por Sonja Caffe (OPS/ OMS), Venkatraman Chandra-Mouli (OMS), Alma Virginia Camacho (UNFPA), Luisa Brumana (UNICEF), Shelly Abdool (UNICEF), Rodolfo Gómez Ponce de León (CLAP) y Lindsay Menard-Freeman (consultora de la OPS).

Índice

©OPS

Agradecimientos 5

Prefacio 9

Siglas y abreviaturas 10

Resumen 13

I. Introducción 15

II. Antecedentes 17

III. El embarazo en adolescentes en América Latina y el Caribe 21

IV. Resultados de la reunión: Aceleración del progreso hacia la reducción del embarazo en adolescentes en América Latina y el Caribe 29

V. Moviéndonos hacia adelante 39

Anexo 1: Evolución de la tasa de fecundidad en adolescentes por subregión y país, 1980-2015 41

Anexo 2: Programa de la reunión 43

Anexo 3: Lista de participantes 46

Referencias 49

*"El embarazo en la adolescencia tiene un **efecto profundo** en la trayectoria de vida de las adolescentes"*

©OPS

Prefacio

El embarazo en la adolescencia tiene un efecto profundo en la trayectoria de vida de las adolescentes. Obstaculiza su desarrollo psicosocial, se asocia con resultados deficientes en materia de salud tanto para ellas como para sus hijos, repercute negativamente en sus oportunidades educativas y laborales, y contribuye a perpetuar los ciclos intergeneracionales de pobreza y mala salud.

Pese al reciente crecimiento económico y progreso social en varios frentes que se ha logrado en América Latina y el Caribe, la tasa de fecundidad en adolescentes sigue siendo excesivamente elevada, la segunda mayor del mundo, con grandes inequidades entre los países y dentro de ellos. Las adolescentes de familias en el quintil inferior de riqueza, con menor nivel educativo, y de comunidades indígenas y de ascendencia africana tienen tasas de embarazo desproporcionadamente altas. Es, además, muy preocupante la tendencia ascendente de los embarazos en las niñas menores de 15 años.

En los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y en la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) se insta a todas las partes interesadas a trabajar por un mundo en el que toda mujer, niño o adolescente en cualquier entorno sea consciente de sus derechos a la salud y el bienestar físico y psíquico, tenga oportunidades sociales y económicas, y una participación plena en la configuración de una sociedad próspera y sostenible.

Los logros alcanzados en la Región, así como las experiencias en otras regiones con niveles parecidos o inferiores de desarrollo económico, han demostrado que es posible reducir rápidamente los embarazos en adolescentes. A partir del asesoramiento técnico internacional y las experiencias documentadas, sabemos cuáles son las estrategias que funcionan para prevenir el embarazo en la adolescencia. Existen en la Región abundantes pruebas de que somos capaces de afrontar con éxito los retos de salud pública. El continente americano es líder mundial en la eliminación de enfermedades prevenibles mediante vacunación, como el sarampión; en la eliminación de la transmisión maternoinfantil del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); y en el diseño de respuestas rápidas y eficaces ante retos emergentes, como la infección por el virus del Zika.

Si aplicamos el mismo compromiso y las enseñanzas extraídas al afrontar otros desafíos de salud pública al embarazo en la adolescencia, podríamos contribuir a su reducción. Los programas nacionales deben abandonar lo que no funciona y ampliar o reforzar lo que sí funciona, con el fin de llegar de modo eficaz a las adolescentes que viven en condiciones de vulnerabilidad. Es preciso protegerlas de la violencia sexual, y las iniciativas deben incluir también a los varones (tanto adultos como menores) para conseguir que se involucren en la protección y el empoderamiento de las niñas y adolescentes. Se deben generar para todas las menores, incluidas las madres adolescentes, oportunidades para educarse a sí mismas, crearse un futuro y participar en la sociedad.

Los gobiernos nacionales y las comunidades de la Región deben cumplir con la Convención sobre los Derechos del Niño, la Declaración de México, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, las metas regionales de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud y los ODS; y los asociados regionales deben colaborar con todos los interesados directos para poner fin a la injusticia del embarazo en adolescentes en nuestra Región.

Siglas y abreviaturas

©OPS

©OPS

ALC	América Latina y el Caribe
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CARICOM	Comunidad del Caribe
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (por sus siglas en inglés)
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe (de las Naciones Unidas)
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CLADEM	Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer
CLAP/SMR	Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (de la OPS)
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
DHHS	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (por sus siglas en inglés)
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar (por sus siglas en inglés)
ISM	Iniciativa Salud Mesoamérica
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible (de las Naciones Unidas)

OEA	Organización de los Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS-CONHU	Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue
PLANEA	Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes
SIP	Sistema de Información Perinatal (o sistema informático perinatal)
SSAAJ	servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes
UB	Universidad de Bedfordshire (Reino Unido)
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas (por sus siglas en inglés)
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (por sus siglas en inglés)
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (por sus siglas en inglés)
WAS	Asociación Mundial de Salud Sexual (por sus siglas en inglés)

“*Aunque la tasa de fecundidad total (número de hijos por mujer) ha ido disminuyendo en América Latina y el Caribe a lo largo de los treinta últimos años,* ***la tasa de fecundidad en adolescentes solo ha disminuido ligeramente*** *durante ese período y sigue siendo la segunda más alta del mundo*”

©OPS

Resumen

Aunque la tasa de fecundidad total (número de hijos por mujer) ha ido disminuyendo en América Latina y el Caribe a lo largo de los treinta últimos años, la tasa de fecundidad en adolescentes solo ha disminuido ligeramente durante ese período y sigue siendo la segunda más alta del mundo, solo superada por la del África subsahariana.

Dado el lento progreso en paliar este problema de salud pública, desarrollo, derechos humanos e igualdad, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) celebraron una reunión de consulta técnica los días 29 y 30 de agosto del 2016, con el fin de evaluar la situación y lograr un consenso sobre los enfoques estratégicos y las acciones prioritarias para ayudar a reducir los embarazos en adolescentes.

Participaron en la reunión 38 personas, entre expertos y asociados mundiales y regionales, ministerios de salud y educación, mecanismos de integración subregional, organizaciones no gubernamentales (ONG), redes juveniles y comunidades indígenas y de ascendencia africana.

El tema central de la reunión fue el embarazo en adolescentes en América Latina y el Caribe en los grupos de 10 a 14 años y de 15 a 19 años de edad, con los siguientes objetivos: 1) examinar lo que sabemos sobre la situación, los factores determinantes y la repercusión del embarazo en adolescentes de esos grupos etarios y determinar las lagunas en el conocimiento; 2) analizar la situación y las enseñanzas extraídas en relación con los enfoques actuales a nivel regional y de país para prevenir el primer embarazo y embarazos sucesivos en esos grupos etarios, con el fin de determinar por qué ha sido lento el progreso y establecer las áreas susceptibles de mejora; y 3) alcanzar un consenso sobre acciones prioritarias, estrategias conjuntas e investigación recomendada para acelerar el progreso en cuanto a prevención y reducción del embarazo en adolescentes en los mencionados grupos.

Los participantes en la reunión establecieron siete acciones prioritarias para acelerar la reducción del embarazo en adolescentes en América Latina y el Caribe:

1. Aumentar la visibilidad del embarazo en la adolescencia, sus factores determinantes y consecuencias, así como a los grupos más afectados, mediante datos desglosados, informes cualitativos e historias reales.
2. Diseñar intervenciones dirigidas a los grupos más vulnerables, para garantizar que los enfoques se adapten a su realidad y aborden sus desafíos específicos.
3. Involucrar y asegurar que la población adolescente participe y forme parte activa del diseño, ejecución y seguimiento de las intervenciones estratégicas.
4. Abandonar las intervenciones ineficaces e invertir los recursos en aplicar las intervenciones de eficacia demostrada.
5. Fortalecer la colaboración intersectorial para abordar de modo eficaz los factores determinantes del embarazo en adolescentes en América Latina y el Caribe.
6. Pasar de pequeños proyectos minoritarios a programas sostenibles en gran escala.
7. Crear un entorno favorable para la igualdad entre sexos y la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes.

En la reunión se instó a los interesados directos a nivel regional y de país a priorizar estas acciones en cumplimiento de los compromisos políticos expresados en acuerdos regionales como la Declaración de México y el Consenso de Montevideo, y a aprovechar al máximo el impulso generado por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente con el fin de aumentar la inversión en la salud y el bienestar de las adolescentes en nuestra Región.

> *América Latina y el Caribe ha experimentado la* ***disminución más lenta*** *de la fecundidad en adolescentes para el grupo de 15-19 años de edad de todas las regiones del mundo*

©OPS

I. Introducción

A lo largo de los treinta últimos años, la tasa total de fecundidad (número de hijos por mujer) en América Latina y el Caribe ha descendido de modo sustancial (de 3,95 en el período 1980-1985 a 2,15 en el período 2010-2015) *(1)*. Esta reducción ha ido asociada a cambios en las condiciones macroeconómicas, como la tendencia ascendente en el desarrollo económico de la Región. Si bien la tasa de fecundidad específica por edad (número de nacimientos por 1 000 mujeres) descendió de manera significativa en la mayor parte de los grupos etarios en las mujeres adultas (mayores de 18 años), hasta la mitad o menos de los niveles de 1980-1985, la tasa de fecundidad en las adolescentes disminuyó de manera más lenta (de 88,2 a 66,5) *(1)* y sigue siendo la segunda más alta del mundo, superada únicamente por la del África subsahariana. América Latina y el Caribe ha experimentado la disminución más lenta de la fecundidad en adolescentes para el grupo de 15-19 años de edad de todas las regiones del mundo *(2)*, y se ha citado como la única región con una tendencia ascendente de los embarazos en adolescentes menores de 15 años *(3)*.

En respuesta a la falta de progreso en América Latina y el Caribe en cuanto a reducción de la fecundidad en la adolescencia, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) celebraron una reunión de consulta técnica de dos días el 29 y 30 de agosto de 2016, con el fin de evaluar la situación y lograr un consenso sobre los enfoques estratégicos y las acciones prioritarias para ayudar a que la Región avance en la corrección de este problema de salud pública, desarrollo, derechos humanos e igualdad. Los participantes en la reunión representaban a los asociados mundiales y regionales, ministerios de salud y educación, mecanismos de integración subregional, organizaciones no gubernamentales (ONG), redes juveniles y comunidades indígenas y de ascendencia africana.

El objetivo de la reunión era examinar las iniciativas, actividades y estrategias actuales para fortalecer la colaboración y acción conjunta a nivel nacional y regional con el fin de acelerar el progreso hacia la prevención y reducción del embarazo en adolescentes, con énfasis especial en la prevención de los embarazos en menores de 15 años y el apoyo a las madres adolescentes.

Los resultados esperados de la reunión eran:

- mayor comprensión de la situación actual en la Región en cuanto a primer embarazo y embarazos sucesivos en adolescentes;
- identificación de oportunidades estratégicas necesarias para fortalecer la respuesta;
- mejora de las colaboraciones y de la eficiencia en la asignación y el uso de recursos regionales para prevenir el embarazo en adolescentes;
- armonización de los enfoques para prevenir el embarazo en los grupos de 10 a 14 y 15 a 19 años de edad.

El programa de la reunión constaba de ponencias, mesas redondas, debates plenarios y sesiones de trabajo en grupos reducidos. En la reunión se abordaron las siguientes cuestiones:

1. ¿Qué sabemos acerca del embarazo en adolescentes, sus factores determinantes y su repercusión en América Latina y el Caribe, y qué lagunas de conocimiento existen?
2. ¿Qué se ha hecho hasta ahora y cuáles son las enseñanzas extraídas?
3. ¿Cómo podemos acelerar el progreso en la prevención del primer embarazo y embarazos sucesivos en adolescentes en América Latina y el Caribe?

En este informe se presentan de forma resumida los principales debates y recomendaciones surgidas de la reunión, que pueden usarse en forma conjunta como un "llamamiento a la acción" y como una herramienta para los interesados directos regionales, como autoridades y programas nacionales en los sectores social, educativo y sanitario, asociados regionales, sociedad civil, comunidades, padres y adolescentes, con el fin de redoblar esfuerzos, revisar y actualizar estrategias y ampliar a mayor escala los enfoques que: 1) faculten a las adolescentes para evitar los embarazos no planificados ni deseados; 2) las protejan de la violencia sexual; 3) mejoren sus oportunidades de desarrollo; y 4) las ayuden a tomar conciencia de su derecho al máximo grado posible de salud y a participar plenamente en la vida pública y política.

© OPS

*"En este informe se presentan de forma resumida los principales debates y recomendaciones surgidas de la reunión, que pueden usarse en forma conjunta como un "**llamamiento a la acción**" y como una herramienta para los interesados directos regionales"*

II. Antecedentes

EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA, DESARROLLO, DERECHOS HUMANOS E INEQUIDAD

La adolescencia (período entre los 10 y los 19 años de edad) es una etapa crítica de desarrollo físico y psicosocial de la persona, en especial en lo referente a su salud sexual y reproductiva (*4*). Aunque este período es fundamental tanto para los muchachos como para las muchachas, estas últimas soportan un riesgo desproporcionado de resultados adversos de salud sexual y reproductiva, como el embarazo precoz. Debido a su vinculación con la pobreza, la exclusión social, la violencia sexual y de género y el matrimonio o unión precoz, el embarazo en la adolescencia afecta de manera desproporcionada a las adolescentes que ya están marginadas, y se ve agravado por la falta de acceso a una educación sexual integral y a los servicios de salud sexual y reproductiva, como los anticonceptivos modernos. Muchas de las adolescentes que se quedan embarazadas ya han dejado la escuela o se ven obligadas a dejarla debido a su embarazo, lo cual repercute de modo considerable a largo plazo en sus oportunidades educativas y laborales, seguridad económica y capacidad para participar en la vida pública y política. Como resultado de ello, las madres adolescentes son más vulnerables a la pobreza y a la exclusión social. En este contexto, el embarazo en la adolescencia contribuye a mantener los ciclos intergeneracionales de pobreza, exclusión y marginación, pues los hijos e hijas de madres adolescentes tienen también mayor riesgo de pobreza y resultados deficientes en materia de salud, incluido el embarazo precoz.

A nivel mundial, las tasas de embarazo son mayores en las adolescentes sin educación primaria que en las adolescentes que han recibido educación secundaria o superior. Las adolescentes cuyos hogares se sitúan en el quintil inferior de riqueza también tienen mayor probabilidad de ser madres que las de hogares del quintil superior dentro de un mismo país (*2*).

El embarazo precoz afecta profundamente la trayectoria de salud de las adolescentes, obstaculiza su desarrollo psicosocial y se asocia con resultados deficientes en materia de salud y mayor riesgo de morbilidad y mortalidad maternas. A nivel mundial, las complicaciones del embarazo y el parto son las principales causas de muerte en las adolescentes de 15 a 19 años (*4*). El riesgo de muerte materna es menor en las madres en torno a los 20 años de edad, y máximo en las madres que dan a luz antes de los 15 años (*5*). En los países de ingresos medianos o bajos, el riesgo de muerte materna es el doble en las menores de 15 años que las madres de una edad mayor (*3*). Cada año quedan embarazadas aproximadamente 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y 2 millones de adolescentes menores de 15 años. De los 252 millones de adolescentes de 15 a 19 años que viven en las distintas regiones en desarrollo del mundo, se calcula que unos 38 millones son sexualmente

activas y no desean tener un hijo dentro de los siguientes dos años. Cerca de 15 millones de estas adolescentes usan algún método anticonceptivo moderno; los 23 millones restantes tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos y se hallan, por consiguiente, en riesgo de embarazo involuntario (5). Los embarazos no deseados pueden concluir en aborto, que es a menudo peligroso en este grupo etario debido a las leyes restrictivas en materia de aborto. Incluso en ausencia de una legislación restrictiva, el acceso a abortos seguros puede verse limitado por los sistemas de salud o factores sociales. A nivel mundial, se calcula que cada año se practican aproximadamente 5,6 millones de abortos en adolescentes de 15 a 19 años en las regiones en desarrollo; de ellos, al menos la mitad pueden considerarse como abortos en condiciones peligrosas (5); esto es, practicados por personas que carecen de las debidas destrezas médicas o en un entorno que no cumple con los requisitos mínimos, o ambos (6).

A menor edad materna, menor edad gestacional del hijo, menor peso al nacer, peor estado de nutrición infantil y menor nivel de escolarización alcanzado (7). A nivel mundial, la mortalidad perinatal es un 50% mayor en los hijos de madres menores de 20 años que en los de madres de 20 a 29 años de edad (5).

RECUADRO 1

COSTOS Y BENEFICIOS DE SATISFACER LAS NECESIDADES DE LOS ADOLESCENTES EN MATERIA DE ANTICONCEPCIÓN

Se calcula que el costo medio es de US$ 21 por usuario para proporcionar durante un año el material necesario, la capacitación y la supervisión de los prestadores del servicio; la mejora de los establecimientos y los sistemas de suministro; y las actividades de información y comunicación para conseguir que los adolescentes de uno y otro sexo tengan acceso a anticonceptivos modernos. Cubrir la necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos en las adolescentes de 15 a 19 años permitiría evitar cada año 2,1 millones de nacimientos no planificados; 3,2 millones de abortos y 5 600 muertes maternas.

Fuente: (5).

ABORDAJE DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

A partir de la revisión de los datos disponibles y de la experiencia práctica de las autoridades responsables, los directores de programa y el personal de primera línea en países de todo el mundo, la OMS emitió las directrices de acciones en el plano normativo, el plano individual, familiar y comunitario y en el marco de los sistemas de salud que figuran a continuación para prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo (8).

1. Limitar el matrimonio antes de los 18 años

a) Acciones en el plano normativo: promulgar leyes que prohíban el matrimonio precoz.

b) Acciones en el plano individual, familiar y comunitario: informar y facultar o empoderar a las niñas, mantener a las niñas en la escuela, cuestionar las normas culturales que respaldan el matrimonio precoz.

2. Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años

a) Acciones en el plano normativo: apoyar los programas multisectoriales e integrales de prevención del embarazo en adolescentes.

b) Acciones en el plano individual, familiar y comunitario: educar a las niñas y niños sobre la sexualidad, conseguir el apoyo de la comunidad para evitar el embarazo precoz y aumentar el acceso a los anticonceptivos modernos, en particular a los anticonceptivos reversibles de larga duración.

3. Aumentar el uso de anticonceptivos

a) Acciones en el plano normativo: legislar el acceso a la información sobre métodos anticonceptivos y a los servicios de anticoncepción, reducir el costo de los anticonceptivos para los adolescentes.

b) Acciones en el plano individual, familiar y comunitario: educar a los adolescentes de ambos sexos sobre el uso de anticonceptivos, crear respaldo comunitario para la entrega de anticonceptivos a los adolescentes de ambos sexos, y permitir el acceso de la población adolescente a los servicios de anticoncepción (recuadro 1).

4. Reducir las relaciones sexuales bajo coacción

a) Acciones en el plano normativo: hacer cumplir las leyes para prohibir las relaciones sexuales forzadas en cualquier circunstancia.

b) Acciones en el plano individual, familiar y comunitario: fortalecer las competencias de las niñas adolescentes para que resistan a las relaciones sexuales forzadas, influir sobre las normas sociales que naturalizan las relaciones sexuales forzadas, involucrar a los varones (tanto adultos como menores) en el cuestionamiento de las normas de género.

5. Reducir el aborto en condiciones peligrosas

a) Acciones en el plano normativo: habilitar el acceso de las adolescentes a servicios de aborto y postaborto seguros.

b) Acciones en el plano individual, familiar y comunitario: informar a las adolescentes acerca de los riesgos de los abortos en condiciones peligrosas, informar a las adolescentes acerca de dónde pueden abortar de forma segura, allí donde sea legal y concientizar a la comunidad sobre los riesgos de los abortos en condiciones peligrosas.

c) Acciones en el plano del sistema de salud: detectar y eliminar los obstáculos que impiden el acceso a los servicios de aborto seguro.

6. Aumentar el uso de la atención calificada antes, durante y después del parto

a) Acciones en el plano normativo: ampliar el acceso a la atención calificada antes, durante y después del parto, ampliar el acceso a la atención obstétrica básica, integral y de urgencia.

b) Acciones en el plano individual, familiar y comunitario: informar a la población adolescente y a los miembros de la comunidad sobre la importancia de obtener atención calificada antes, durante y después del parto.

c) Acciones en el plano del sistema de salud: asegurar que las adolescentes, sus familias y las comunidades estén bien preparadas para el parto y posibles urgencias, ser sensibles y responder a las necesidades de las madres y futuras madres adolescentes.

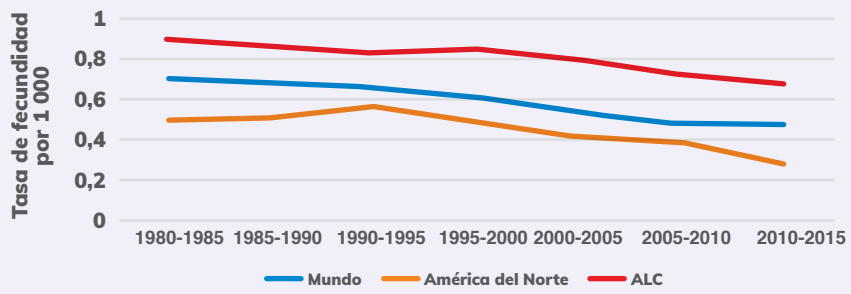
*“En estos países, la probabilidad de empezar a concebir hijos es hasta **cuatro veces** mayor en las adolescentes que no han recibido educación o han recibido solo educación primaria”*

©OPS

III. El embarazo en adolescentes en América Latina y el Caribe

La región de América Latina y el Caribe (ALC) tiene la segunda tasa estimada de fecundidad en adolescentes más elevada del mundo, de 66,5 nacimientos por 1 000 adolescentes de 15 a 19 años en el período 2010-2015, frente a un tasa mundial de 46 nacimientos por 1 000 adolescentes en ese grupo etario *(1)*. La evolución temporal indica que la tasa de fecundidad en adolescentes permaneció estacionaria en América Latina y el Caribe entre 1990 y el año 2000, seguido de una tendencia lentamente descendente durante los 15 últimos años. En comparación, la tendencia mundial y la de América del Norte (Estados Unidos y Canadá) ponen de manifiesto una disminución más pronunciada (figura 1).

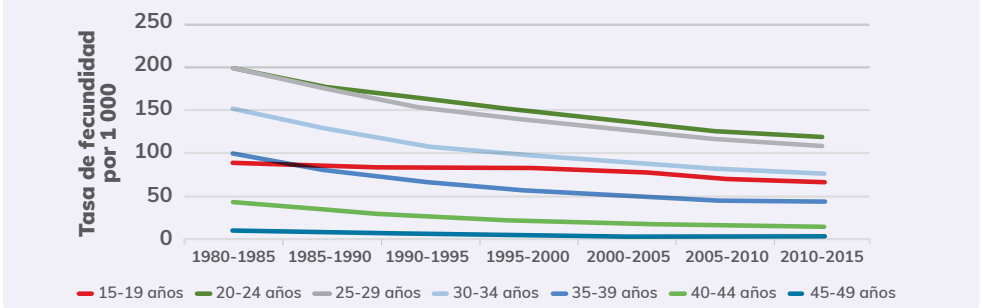
FIGURA 1. Evolución temporal de la tasa de fecundidad en adolescentes (15-19 años) en el mundo, América del Norte (Estados Unidos y Canadá) y ALC, 1980-2015



Fuente: (1).

La tasa total de fecundidad, en cambio, ha experimentado una notable disminución en América Latina y el Caribe: de 3,95 nacimientos por mujer en el período 1980-1985 a 2,15 en el período 2010-2015 *(1)*. En la figura 2 se aprecia cómo el ritmo de reducción de la tasa de fecundidad ha sido mucho más lento en las adolescentes que en las mujeres adultas durante el período 1980-2015. Dado que la tasa total de fecundidad ha descendido en América Latina y el Caribe, los embarazos en adolescentes representan ahora una proporción mayor del número total de nacimientos. En torno al 15% de todos los embarazos registrados en América Latina y el Caribe se producen en menores de 20 años *(9)*.

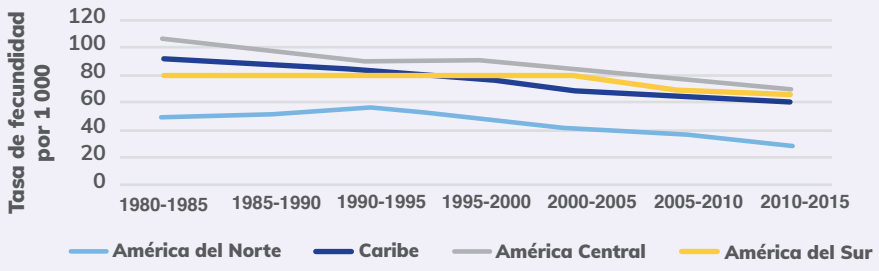
FIGURA 2. Evolución temporal de las tasas de fecundidad específicas por edad en ALC, 1980-2015



Fuente: (1).

Los datos disponibles ponen de manifiesto importantes niveles de desigualdad entre las distintas subregiones y países de la Región, así como dentro de una misma subregión o país. Como se aprecia en la figura 3, Centroamérica tiene la tasa más alta de fecundidad en adolescentes, seguida de América del Sur. Las tasas estimadas de fecundidad en adolescentes a nivel de país abarcan desde 17,2 nacimientos por 1 000 adolescentes en Guadalupe a 100,6 por 1 000 adolescentes en la República Dominicana (anexo 1).

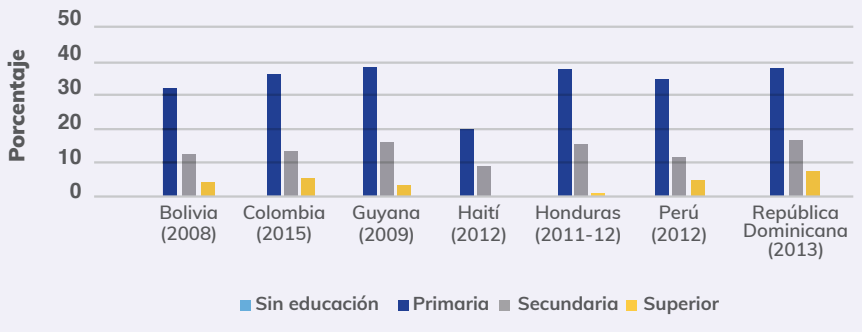
FIGURA 3. Evolución temporal de las tasas de fecundidad en adolescentes en la Región de las Américas, por subregión, 1980-2015.



Fuente: (1).

La mayoría de los países con las tasas estimadas más elevadas de fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe están en Centroamérica, encabezados por Guatemala, Nicaragua y Panamá. En el Caribe, son República Dominicana y Guyana los que tienen las tasas estimadas de fecundidad en adolescentes más elevadas; en América del Sur, Bolivia y Venezuela. El desglose de los datos de fecundidad en adolescentes por nivel educativo y quintiles de riqueza pone de manifiesto las inequidades en el seno de los distintos países, como puede verse en las figuras 4 y 5.

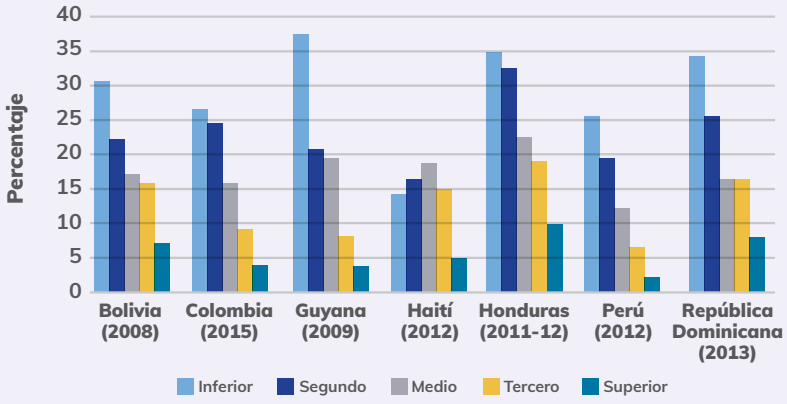
FIGURA 4. Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que han empezado el proceso reproductivo, por nivel educativo, en países escogidos de América Latina y el Caribe, 2008-2015.



Fuente: (10, 11).

En estos países, la probabilidad de empezar a concebir hijos es hasta cuatro veces mayor en las adolescentes que no han recibido educación o han recibido solo educación primaria que en las que han recibido educación secundaria o superior. De manera análoga, la probabilidad de empezar a concebir hijos es entre tres y cuatro veces mayor en las adolescentes de hogares en el quintil inferior de riqueza que entre las del quintil superior de riqueza.

FIGURA 5. Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que han empezado en proceso reproductivo, por quintil de riqueza, en países escogidos de América Latina y el Caribe, 2008-2015



Fuente: (10, 11).

En algunos países, los datos censales indican también que las adolescentes indígenas se ven afectadas de forma desproporcionada por el embarazo precoz; los porcentajes más elevados de madres adolescentes se observan en las adolescentes indígenas del medio rural (cuadro 1).

Mientras tanto, las tasas de fecundidad en adolescentes en Estados Unidos y Canadá se sitúan por debajo del promedio mundial y han descendido de forma sostenida durante el último decenio. En Estados Unidos se ha comunicado recientemente una disminución récord de la fecundidad en adolescentes en todos los grupos y étnicos, con un descenso del 8% entre el 2014 y el 2015, hasta un mínimo histórico de 22,3 nacimientos por 1 000 adolescentes en el grupo de 15 a 19 años de edad. Se han observado cifras parecidas de disminución, o incluso mayores, en las adolescentes hispanas (8%) y negras no hispanas (9%) en este grupo etario *(12)*.

Entre los factores contribuyentes que podrían explicar esta disminución, cabe mencionar la reducción en la proporción de adolescentes que han mantenido alguna vez relaciones sexuales y, en el caso de la población adolescente sexualmente activa, el aumento en el uso de prácticas y métodos anticonceptivos eficaces, así como el aumento en el número de los programas de prevención del embarazo en adolescentes *(12)*.

CUADRO 1. Porcentaje de madres adolescentes por grupo etario, tipo de residencia (urbana o rural) y origen (indígena o no) en algunos países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2010-2011

País (año del censo)	Grupo de edad (años)	PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES					
		Indígenas			No indígenas		
		Urbana	Rural	**Total**	Urbana	Rural	**Total**
Brasil (2010)	15–17	10,6	22,9	**18,7**	6,4	8,6	**6,8**
	18–19	26,8	46,9	**39,4**	18,2	26,6	**19,5**
	15–19	17,0	31,6	**26,4**	11,1	15,2	**11,8**
Costa Rica (2011)	15–17	8,5	20,3	**17,0**	5,3	6,7	**5,7**
	18–19	23,6	42,1	**36,1**	17,0	22,2	**18,4**
	15–19	15,2	28,7	**24,7**	10,0	12,6	**10,8**
Ecuador (2010)	15–17	9,0	9,6	**9,5**	8,3	11,9	**9,6**
	18–19	28,9	34,2	**32,9**	25,2	34,1	**28,1**
	15–19	17,4	18,5	**18,3**	15,0	20,3	**16,8**
México (2010)	15–17	6,3	7,4	**6,9**	5,7	7,1	**6,0**
	18–19	23,4	27,4	**25,3**	20,6	25,8	**21,6**
	15–19	13,2	14,8	**14,0**	11,6	14,2	**12,2**
Panamá (2010)	15–17	16,9	20,5	**19,6**	5,7	8,9	**6,7**
	18–19	38,8	54,2	**49,7**	19,1	28,6	**21,7**
	15–19	26,0	32,4	**30,7**	11,3	16,2	**12,7**
Uruguay (2010)	15–17	6,0	4,1	**6,0**	4,6	4,9	**4,6**
	18–19	20,2	25,8	**20,4**	16,9	21,9	**17,1**
	15–19	11,6	12,5	**11,6**	9,3	11,3	**9,4**

Fuente: (13).

La mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la Región de las Américas. En el año 2012, fallecieron en la Región 1 887 adolescentes y jóvenes en este grupo etario como resultado de problemas de salud durante el embarazo, el parto o el puerperio temprano *(14)*. Aunque varios países han conseguido prestar atención de salud materna de buena calidad, las adolescentes, en especial las menores de 15 años, siguen teniendo mayor riesgo de mortalidad materna como resultado de factores biológicos como la maduración insuficiente del aparato reproductor, y a factores socioeconómicos y geográficos como el acceso deficiente a la atención de salud en zonas rurales remotas, los sesgos asociados a las minorías étnicas, la estigmatización y la pobreza. Otros riesgos y consecuencias físicas del embarazo precoz son: lesiones del piso pelviano, preeclampsia, eclampsia,

rotura de membranas y parto prematuro (*35*, *8*). Además de las consecuencias físicas, el embarazo precoz tiene diversas implicaciones para la salud mental, como ansiedad, depresión, estrés postraumático (especialmente cuando el embarazo es el resultado de un acto de violencia sexual), pensamientos e ideas de suicidio, y muerte por suicidio consumado (*4*, *5*, *8*).

EL EMBARAZO EN MENORES DE 15 AÑOS

Existen pocos datos sobre embarazos en menores de 15 años. El UNFPA calcula que 2% de las mujeres en edad fecunda en América Latina y el Caribe tuvieron su primer parto antes de los 15 años, y cita América Latina y el Caribe como la única región del mundo en la que el embarazo en estas edades presenta una tendencia ascendente (*3*). Las principales fuentes de información sobre el embarazo en menores de 15 años son: 1) datos retrospectivos recogidos en encuestas domiciliarias en las que se pregunta a mujeres mayores por la edad de su primer parto, 2) datos censales, y 3) estadísticas vitales. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el UNFPA y la OPS han prestado apoyo a varios países para analizar los datos de embarazo en todos los grupos etarios (incluidas las adolescentes menores de 15 años) a partir de datos censales, estadísticas vitales y estudios especiales.

En el año 2015, Planned Parenthood Global publicó un informe basado en un estudio multinacional sobre los efectos en la salud de la maternidad forzada en niñas de 9 a 14 años (*15*). El estudio se llevó a cabo en Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú, con un enfoque de tipo mixto, que incluía: 1) entrevistas detalladas a mujeres jóvenes que hubieran dado a luz en los dos años precedentes, a padres o tutores de adolescentes embarazadas, y a personal de hospital que hubiera asistido a adolescentes embarazadas; 2) revisión de historias clínicas; y 3) recopilación y análisis de datos estadísticos hospitalarios consolidados sobre partos en niñas y adolescentes.

El embarazo o maternidad infantil forzada se define como toda situación en la que una menor de 14 años queda embarazada sin haberlo buscado o deseado y se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo (*16*). El Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional considera al embarazo forzado como crimen de lesa humanidad o como crimen de guerra, según el contexto y las características del caso (*17*). En el recuadro 2 se resumen las principales observaciones del citado estudio.

A raíz de un caso muy mediático ocurrido en Paraguay en 2015, en el que se le negó un aborto terapéutico a una niña de 10 años embarazada por abuso sexual, el CLADEM, preocupado por la falta de visibilidad de los embarazos y partos en menores de 14 años en la Región, encargó un estudio en 14 países de América Latina y el Caribe (*16*). El caso de “Mainumby” (seudónimo usado para proteger la confidencialidad) correspondía a una niña de 10 años que quedó embarazada como resultado de abusos sexuales repetidos, supuestamente perpetrados por un pariente cercano. El embarazo se descubrió después de que su madre llevara a la niña al hospital por dolor abdominal e hinchazón. En ese momento, se descubrió que se trataba ya de un embarazo de 20 semanas. Después de que los médicos le informaran que la vida de su hija podía correr peligro si seguía adelante con el embarazo a término, la madre solicitó el aborto para su hija. Pese a

RECUADRO 2

PRINCIPALES OBSERVACIONES DEL INFORME "VIDAS ROBADAS: ESTUDIO MULTINACIONAL SOBRE LOS EFECTOS EN LA SALUD DE LA MATERNIDAD FORZADA EN NIÑAS DE 9 A 14 AÑOS"

El embarazo en menores de 15 años aumentó en los cuatro países participantes. En Ecuador, según los datos del censo, aumentó un 74% durante el último decenio, hasta aproximadamente 4 000 casos; en Nicaragua, el número de embarazadas de 10 a 14 años aumentó un 47% en un plazo de 9 años: de 1 066 casos en el año 2000 a 1 577 en 2009; en Guatemala, el número notificado de partos en niñas de 10 a 14 años aumentó de 4 220 en el año 2013 a 5 100 en 2014; y en Perú, dieron a luz cada año unas 1100 niñas de 12 o 13 años.

En la mayoría de los estudios, un porcentaje elevado de las participantes (Perú: 63%, Ecuador: 71%) **padecieron algún tipo de complicación del embarazo,** como anemia, náuseas y vómitos, infecciones urinarias o vaginales, y complicaciones más graves como preeclampsia, eclampsia, rotura de membranas, parto prematuro y hemorragia puerperal.

En todos los estudios, una proporción significativa de las menores que habían dado a luz (Perú: 55%, Ecuador: 91%, Nicaragua: 100%) **presentaron algún problema de salud mental,** como estrés, miedo, síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático. En Perú y Nicaragua, un 714% de las participantes en el estudio afirmaron haber contemplado la posibilidad de un suicidio durante su embarazo.

La mayoría de las participantes en el estudio procedían de familias pobres o extremadamente pobres que por lo general vivían en las afueras de una ciudad o en zonas rurales o semirrurales. Las menores embarazadas solían tener un bajo nivel educativo, y algunas de ellas no habían asistido nunca a la escuela. Una gran proporción de las menores escolarizadas no habían regresado a la escuela después del parto en el momento de la entrevista de seguimiento (abandono escolar del 77% en Perú y del 88% en Guatemala).

En todos los países estudiados, tener relaciones sexuales con una menor constituye un delito. A menudo los agresores eran personas próximas a las niñas, como un primo, un hermanastro, el padrastro, el padre biológico o un vecino.

La penalización del aborto y no proporcionar anticoncepción de urgencia ni servicios de aborto a las menores embarazadas como resultado de actos delictivos las fuerzan a la maternidad, lo que causa grave daño a su salud física, psíquica y emocional, así como a sus oportunidades de desarrollo.

El énfasis biomédico en los servicios de salud pasa por alto el efecto de los embarazos no deseados, la violación y la violencia sexual en términos generales, pero especialmente en el caso de las menores, y fracasa en la prestación de servicios adecuados para abordar de manera integral sus necesidades en materia de salud.

Fuente: (15).

que la legislación paraguaya permite la interrupción de un embarazo cuando la vida de la gestante está en grave peligro, se le negó la posibilidad de realizar un aborto y Mainumby dio a luz por cesárea con 11 años de edad. Este caso llamó la atención de entidades regionales e internacionales como el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y el CLADEM. Después de una misión al Paraguay, un grupo de expertos de las Naciones Unidas en

[1] Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana y Uruguay.

derechos humanos llegó a la conclusión de que el país había fracasado en su responsabilidad para actuar con la diligencia debida, ya que se trataba de una niña de 10 años a la que se le denegaron los tratamientos para salvar su vida y mantener su salud *(17)*. En el recuadro 3 se presentan de forma resumida los principales resultados y conclusiones del estudio.

RECUADRO 3

PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES DEL ESTUDIO "NIÑAS MADRES: EMBARAZO Y MATERNIDAD INFANTIL FORZADA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE"

No hubo datos específicos sobre embarazos o abortos en menores de 14 años en ninguno de los países estudiados a excepción de El Salvador, donde se registran los embarazos en ese grupo etario; de ellos, entre un quinto y un tercio llegaron al parto. En los demás países, los datos estadísticos sobre embarazos se extrajeron de los datos de parto y, por lo tanto, solo reflejan un subconjunto de los embarazos en menores de 14 años, puesto que los embarazos infantiles a menudo no llegan a término.

En los 14 países estudiados, las relaciones sexuales con menores de 16 años se consideran violación. Salvo en el caso de Brasil, Honduras y Uruguay, el parentesco se considera una circunstancia agravante para el estupro o la violación.

Solo seis de los 14 países disponen de datos estadísticos sobre denuncias por violación sexual de menores de 14 años, y la información disponible sobre la investigación judicial de los casos notificados es escasa. En los casos en que hubo denuncia, el nivel de impunidad fue muy elevado; según estimaciones, de hasta un 90%.

En los países estudiados, suele suceder que la madre de la niña sea investigada, procesada y detenida. Es frecuente las madres de las niñas abusadas también sean víctimas de violencia y abuso, y que sean las principales asalariadas o proveedoras del hogar; en cuyo caso se amplía la victimización de la familia.

Casi todos los países estudiados disponían de algún tipo de protocolo sobre violencia contra las mujeres, pero ninguno de ellos disponía de protocolos, directrices o políticas diseñadas para abordar de forma específica e integral el problema de la violencia sexual contra las niñas.

Siete países tienen centros estatales donde reciben o atienden a embarazadas y madres adolescentes, y en los 14 países existen entidades privadas especializadas en la atención a las adolescentes embarazadas. En algunos casos, las menores embarazadas eran alojadas contra su voluntad en instituciones públicas o privadas y obligadas a entregar a sus bebés para darlos en adopción.

En la mayoría de los países estudiados, la continuidad de los estudios está garantizada por ley, pero cerca de la mitad de las niñas embarazadas interrumpieron sus estudios por problemas de salud, los prejuicios discriminatorios contra las niñas embarazadas o madres, u otras circunstancias. Se calcula que en torno a un 40% de ellas abandonan los estudios para siempre.

©OPS

Fuente: (16).

© UNICEF/UN017622/U. Marcelino

> *"La violencia sexual y las normas sexistas de poder y control **socavan la acción de las menores** y su capacidad para evitar un embarazo no deseado"*

IV. Resultados de la reunión: Aceleración del progreso hacia la reducción del embarazo en adolescentes en América Latina y el Caribe

Los resultados de la reunión se organizan en tres secciones correspondientes a las tres preguntas principales tratadas durante la reunión: **1) "¿Qué sabemos acerca del embarazo en adolescentes, sus factores determinantes y su repercusión en América Latina y el Caribe, y qué lagunas de conocimiento existen?"; 2) "¿Qué se ha hecho hasta ahora y cuáles son las enseñanzas extraídas?"; y 3) "¿Cómo podemos acelerar el progreso en la prevención del primer embarazo y embarazos sucesivos en adolescentes en América Latina y el Caribe?"**

1. ¿Qué se sabemos acerca del embarazo en adolescentes, sus factores determinantes y su repercusión en América Latina y el Caribe, y qué vacíos de conocimiento existen?

Los participantes en la reunión reconocieron y debatieron los factores determinantes en múltiples niveles que, a nivel del individuo, la relación, la comunidad y la sociedad, contribuyen al complejo problema del embarazo en la adolescencia. El debate se basó en la información disponible y las experiencias colectivas y conocimientos especializados de los participantes en la reunión y sus respectivas organizaciones. Se señaló que, a nivel individual, el embarazo en adolescentes a menudo no constituye una elección deliberada, sino que obedece más bien a una falta de información sobre la salud sexual y reproductiva y el acceso restringido a los servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como la anticoncepción eficaz y de urgencia, incluso tras un coito forzado como en los casos de violación o incesto. A nivel de la relación, la violencia sexual y las normas sexistas de poder y control socavan la acción de las menores y su capacidad para evitar un embarazo no deseado. La persistencia del matrimonio infantil (incluidas las uniones informales) en la Región aumenta también las probabilidades de embarazo en la adolescencia. A nivel de la comunidad, la renuencia de los garantes (padres, escuelas, autoridades religiosas) a reconocer que las adolescentes son sexualmente activas o que las menores carecen de protección suficiente frente a la violencia sexual de los adultos también dificulta que ellas: 1) aprendan sobre su salud sexual y reproductiva, y 2) dispongan de herramientas y servicios para protegerse a sí mismas. Además, es posible que la consideración de la maternidad como un valor cultural o una vía para salir de la pobreza lleve a una mayor aceptación de los embarazos precoces, tanto a nivel individual como de la sociedad y de la comunidad. A nivel de la sociedad, la falta de inversión en las niñas y mujeres como capital humano y las grandes desigualdades por motivos de género, riqueza y nivel educativo influyen de manera negativa en las aspiraciones y oportunidades de las adolescentes. De forma parecida, las políticas y leyes nacionales en varios países de América Latina y el Caribe limitan el acceso a los servicios de anticoncepción y a la educación sobre salud sexual y reproductiva adaptada a cada edad. Si no se diseñan con cuidado para proteger la confidencialidad, es posible que las leyes y políticas concebidas para proteger a las adolescentes frente a daños como el abuso sexual

funcionen en realidad como obstáculos que dificulten el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (21). Además, las barreras al acceso de las adolescentes a los servicios confidenciales de salud las disuade de solicitar información y atención de salud sexual y reproductiva, servicios que necesitan para prevenir embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y otros problemas.

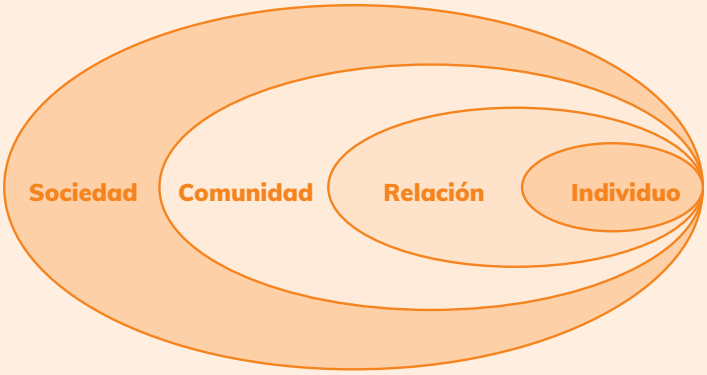
En la reunión se reconoció que no existe un único retrato de una madre adolescente en América Latina y el Caribe. Para algunas menores, el embarazo no es ni buscado ni deseado, sino resultante de la falta de conocimiento sobre su salud y derechos sexuales y reproductivos, del acceso limitado a métodos eficaces de anticoncepción (como los anticonceptivos reversibles de larga duración), y de unas políticas y leyes restrictivas sobre anticoncepción y aborto. Enfrentadas a obstáculos reales o percibidos para lograr el éxito escolar o laboral, es posible que otras hayan decidido deliberadamente quedar embarazadas como una oportunidad de acceder a ser consideradas adultas o como vía de ascenso social. Algunos embarazos tal vez obedezcan a las expectativas tradicionales de que las jóvenes demuestren su fecundidad y las concepciones culturales de la maternidad como una realidad bien valorada. En otros casos, el embarazo puede ser el resultado de actos de violencia sexual o abuso sexual y la ausencia de atención integral tras la violación, incluida la anticoncepción de urgencia y servicios de aborto seguro.

Los participantes señalaron la falta de datos desglosados y un análisis avanzado sobre el embarazo en la adolescencia y sus factores determinantes, que son imprescindibles para conocer mejor el embarazo en la adolescencia en sus diferentes dimensiones a nivel regional, nacional y subnacional, así como para fundamentar posibles intervenciones dirigidas.

Se usó el modelo socioecológico como marco para los debates sobre los factores determinantes del embarazo en adolescentes (recuadro 4).

RECUADRO 4

MODELO SOCIOECOLÓGICO



Individuo: factores demográficos (p. ej., edad, sexo, nivel socioeconómico, etnia o grupo étnico, conocimientos y destrezas, etc.)

Relación: compañeros, familiares, pareja, etc.

Comunidad: personal y servicios de salud, escuela, vecindario, lugar de trabajo, redes comunitarias, normas socioculturales, etc.

Sociedad: normas sociales, políticas y legislación, gobierno, medios de comunicación, industria, etc.

Fuente: (22).

RECUADRO 5

FACTORES DETERMINANTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE IDENTIFICADOS POR LOS PARTICIPANTES

Individuo:

- Pubertad y neurodesarrollo durante la adolescencia y control limitado de los impulsos
- Falta de conocimientos sobre sexualidad y reproducción
- Iniciación sexual precoz o forzada
- Unión precoz o forzada
- Uso irregular de anticonceptivos
- Ideas erróneas sobre los anticonceptivos
- Perspectiva de futuro y percepción de sí misma

Relación:

- Valores y expectativas de familiares, compañeros, profesores, etc. en cuanto a sexualidad, embarazo, violencia, etc.
- Presión de los compañeros para tener pronto relaciones sexuales
- Presión de la pareja para tener pronto relaciones sexuales
- Bajo nivel de conexión con adultos en casa, en la escuela o en la comunidad
- Escaso apoyo familiar y escasa transferencia de recursos y habilidades positivas para afrontar dificultades
- Tolerancia o práctica de la violencia sexual

Comunidad:

- Falta de acceso a educación sexual integral en casa, en la escuela o en la comunidad
- Falta de acceso a servicios de salud y anticonceptivos asequibles
- Falta de capital social y activos comunitarios de apoyo
- Falta de normas y valores culturales y de género de apoyo y empoderamiento

Sociedad:

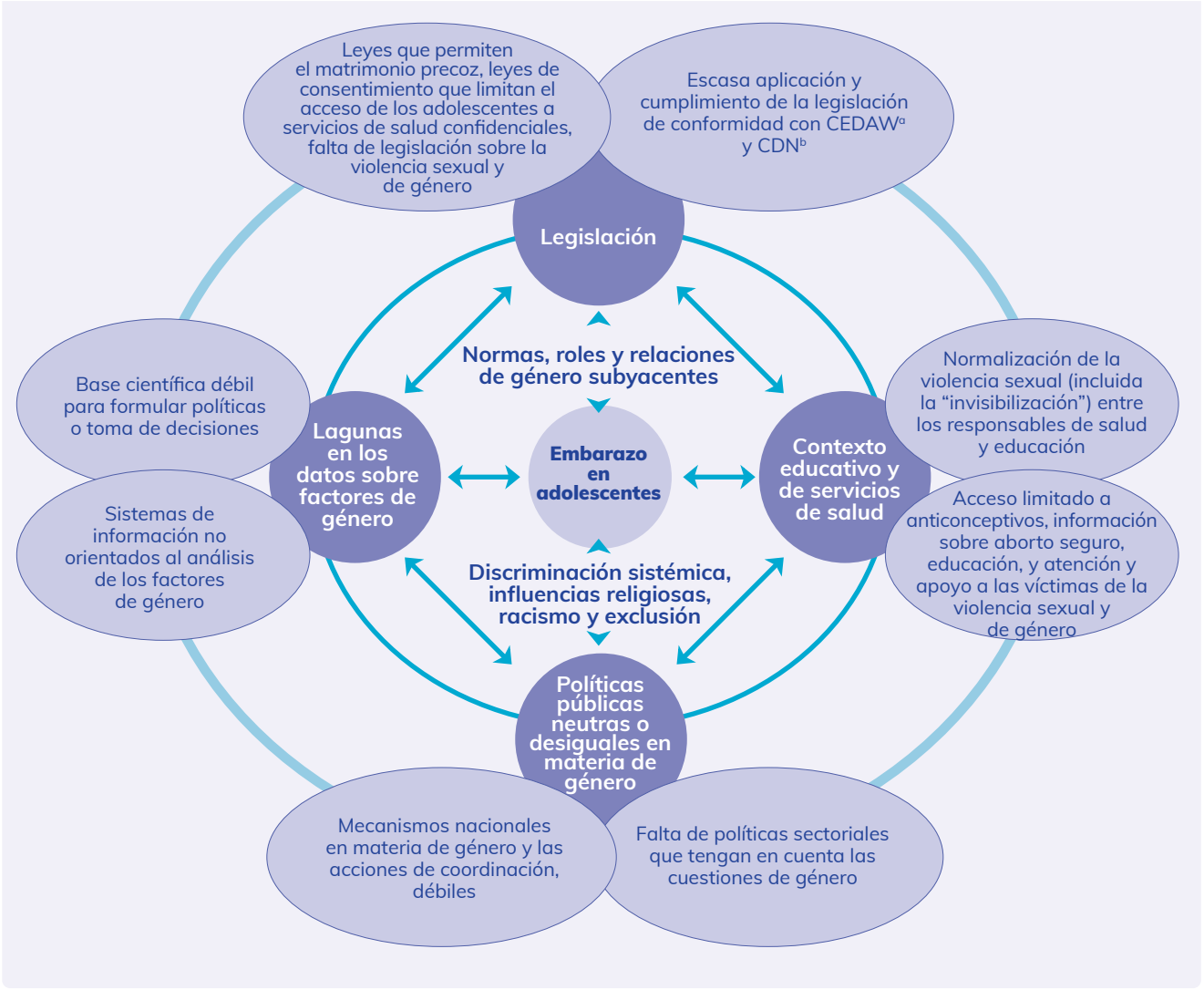
- Políticas, leyes y normas sociales que no reconocen la sexualidad de los adolescentes ni su necesidad de educación sexual y servicios de salud sexual y reproductiva, como los anticonceptivos
- Escasez de oportunidades educativas y laborales para los adolescentes de ambos sexos
- Normas y valores que favorecen la desigualdad entre sexos
- Tolerancia y aceptación de la violencia de género

El modelo socioecológico facilita el debate de los múltiples factores interrelacionados que influyen en las conductas con respecto a la salud y operan a nivel del individuo, la relación, la comunidad y la sociedad. En el siguiente recuadro se presentan de forma resumida los diversos factores determinantes mencionados en las ponencias y debates de la reunión.

Los participantes en la reunión llegaron a la conclusión de que, si bien todos los factores mencionados pueden influir en la prevalencia y la distribución del embarazo precoz en América Latina y el Caribe, cada uno de ellos adoptará diferentes formas y grado de importancia en función del contexto nacional y subnacional.

Los llamados “factores de género” o causas subyacentes de desigualdad entre sexos que contribuyen a la vulnerabilidad y el riesgo de embarazo precoz se señalaron como muy pertinentes en el contexto del embarazo en adolescentes en América Latina y el Caribe. Estos factores determinantes intervienen a nivel individual, de relación y de comunidad, y pueden perpetuarse en respuestas institucionales o sistémicas como los protocolos de prestación de servicios, la legislación y los marcos normativos. En la figura 6 se representan, de forma esquemática, los factores institucionales y de género relacionados con el embarazo en adolescentes que se analizaron durante la reunión.

Figura 6: Red de factores institucionales y de género relacionados con el embarazo en adolescentes



Fuente: Esquema elaborado por Shelly Abdool (UNICEF), 2015.
[a] Convención sobre los Derechos del Niño
[b] Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

2) ¿Qué se ha hecho hasta ahora y cuáles son las lecciones aprendidas?

Aunque ha habido respuestas regionales, subregionales y nacionales para hacer frente al embarazo en adolescentes en América Latina y el Caribe, no han conseguido aún avances sustantivos. Todas las subregiones han elaborado planes o estrategias multinacionales, como el Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes *(23)*, el Plan Estratégico Regional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en Centroamérica y el Caribe *(24)*, el Marco Estratégico Integrado para la Reducción del Embarazo en Adolescentes en el Caribe *(25)* y un marco estratégico informal multinacional e intersectorial para evitar y reducir el embarazo en adolescentes elaborado por los países del Cono Sur. Estos planes y estrategias proporcionan plataformas normativas y operativas para colaborar a nivel subregional y generar impulso político. Además, varios países, como Honduras, México, Perú y República Dominicana, ya aplican estrategias y planes nacionales para reducir y prevenir los embarazos en adolescentes *(26, 27, 28, 29)*.

En el año 2008, los ministros de salud y educación de América Latina y el Caribe adoptaron la Declaración Ministerial de México, "Prevenir con educación", en la que se comprometieron a mejorar la calidad de la educación sexual integral para adolescentes y el acceso a ella, con el fin de reducir los riesgos de salud sexual y reproductiva *(30)*. La primera sesión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, celebrada en 2013, dio origen al Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, en el que se instaba a invertir en los jóvenes y adolescentes mediante políticas públicas específicas y se expresaba el compromiso regional de implantar de modo eficaz la educación sexual integral desde la primera infancia, proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva de calidad para jóvenes y adolescentes que respondan a sus necesidades, introducir o fortalecer políticas y programas para evitar que las embarazadas y madres adolescentes abandonen sus estudios, y eliminar los abortos en condiciones peligrosas *(31)*.

Hasta la fecha, la repercusión de todas estas iniciativas regionales, subregionales y nacionales ha sido escasa, y las tasas de fecundidad en adolescentes permanecen estacionarias en algunos países o han disminuido moderadamente en otros *(1)*. Por ejemplo, en la última encuesta nacional realizada en Colombia se observó una disminución del porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que están embarazadas o son madres, del 20,5% en 2005 a un 17,4% en 2015 *(11)*. La falta de seguimiento y evaluación sistemáticos de las intervenciones y los programas hace difícil entender por qué estas iniciativas no han obtenido mejores resultados. En una revisión sistemática reciente de publicaciones y "literatura gris" sobre intervenciones para prevenir el embarazo involuntario y repetido en adolescentes de países de ingresos bajos o medianos, se encontraron pocos trabajos de América Latina y el Caribe *(32)*. No obstante, esto está empezando a cambiar con la publicación de algunos trabajos de investigación y estudios de casos en revistas arbitradas y el análisis detallado llevado a cabo por los asociados regionales *(33, 34, 35, 36)*.

3) ¿Cómo podemos acelerar el progreso en la prevención del primer embarazo y embarazos sucesivos en adolescentes en América Latina y el Caribe?

Tras una larga deliberación en el transcurso de las dos jornadas de la reunión, los participantes acordaron diversas soluciones propuestas para acelerar la reducción del embarazo en adolescentes en América Latina y el Caribe. Se clasificaron las soluciones propuestas en los siete epígrafes siguientes:

1. Aumentar la visibilidad del embarazo en adolescentes, sus factores determinantes y su repercusión, así como la de los grupos más afectados, mediante datos desglosados e historias reales.
Una mejor recopilación de información y datos científicos, tanto cuantitativos como cualitativos, es fundamental para saber qué grupos de población se ven más afectados por el embarazo en la adolescencia, cuáles son sus factores determinantes y qué podría hacerse para afrontarlos de modo eficaz. Es preciso desglosar los datos por edad, grupo étnico, residencia, nivel educativo, ocupación laboral y otras características socioeconómicas, a fin de fundamentar y configurar las políticas y programas a nivel nacional y subnacional, y adaptarlos a las realidades locales. Además, se debe dar mayor visibilidad a los efectos del embarazo no deseado en la vida de un grupo concreto de adolescentes, en especial en el caso de las menores de 15 años; por ejemplo, mediante difusión de historias reales a través de los medios de comunicación. Es posible que estas actividades permitan llegar a los responsables políticos, líderes comunitarios y el público en general para ganar el apoyo a la inversión y la acción.

2. Diseñar intervenciones dirigidas a los grupos más vulnerables, con un enfoque adaptado a sus realidades locales y concebido para afrontar sus desafíos específicos.
América Latina y el Caribe es una de las regiones del mundo con mayor diversidad cultural y mayores desigualdades, de modo que los factores determinantes del embarazo en adolescentes adoptan diferentes formas y peso proporcional entre los países y dentro de ellos. De conformidad con el tema central de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) *(39)* y la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente *(40)*, las iniciativas regionales y nacionales deben garantizar que las inversiones lleguen primero a los grupos más vulnerables, de modo que nadie se quede atrás. Ello requiere reforzar la capacidad de las partes interesadas para llevar a cabo un análisis de inequidades y desarrollar enfoques en favor de la equidad a la hora de diseñar, aplicar y supervisar las intervenciones para abordar el embarazo en adolescentes.

Deben adoptarse enfoques diferenciados para abordar las circunstancias e implicaciones específicas de los embarazos en menores de 15 años y en adolescentes mayores, y debe asegurarse que se conceda la máxima prioridad a la protección de las menores frente a toda forma de violencia sexual, incluidos el incesto y la violación. Existe una necesidad urgente de obtener datos científicos sobre enfoques integrales para abordar el embarazo en menores de 15 años. Hacen falta más esfuerzos para generar datos sobre cuáles son las estrategias que funcionan en la Región para evitar el embarazo precoz, con énfasis especial en los grupos más vulnerables y marginados, como las adolescentes indígenas.

3. Implicar y facultar a la población joven para que colabore en el diseño, aplicación y seguimiento de intervenciones estratégicas.
La implicación significativa de adolescentes y jóvenes en el diseño, aplicación y seguimiento de las leyes, políticas y programas destinados a hacer realidad su salud y derechos sexuales y reproductivos es fundamental para asegurar que las intervenciones alcanzan de modo eficaz y tienen en cuenta la realidad local de su vida cotidiana. Cuando los adolescentes participan en la toma de decisiones en condiciones de igualdad con los responsables políticos y otras partes interesadas, y se saben

respetados y apoyados en su implicación compartida, las intervenciones resultantes tienen más probabilidades de responder a sus necesidades. Todas las actividades deben basarse en el derecho de los adolescentes tanto a tomar decisiones bien fundamentadas y respaldadas acerca de su propia salud y bienestar como a contribuir de forma significativa a las decisiones normativas y programáticas que repercuten en su vida.

4. Abandonar las intervenciones ineficaces e invertir los recursos en aplicar intervenciones de eficacia demostrada.

Los últimos datos obtenidos en revisiones sistemáticas sobre cuáles son las estrategias que funcionan para prevenir el embarazo en adolescentes y mejorar la salud sexual y reproductiva de las adolescentes *(32, 35, 37, 38)* coinciden con las recomendaciones de la OMS de acrecentar el conocimiento y apoyo comunitarios a la prevención del embarazo en adolescentes, informar y facultar a las adolescentes para que tomen decisiones con conocimiento de causa sobre su salud sexual y reproductiva, ampliar el acceso a la anticoncepción eficaz, evitar el matrimonio antes de los 18 años, y prevenir la violencia sexual y la coacción sexual *(8)*.

No obstante, los participantes en la reunión señalaron que en muchos programas se siguen usando intervenciones que han resultado ineficaces. Por ejemplo, pese a que se ha comprobado la ineficacia de los programas de "educación centrada en la abstinencia" a la hora de dotar a los jóvenes y adolescentes de los conocimientos y destrezas necesarios para prevenir los embarazos no deseados, siguen estando incluidos en las estrategias de algunos países y reciben apoyo político y financiamiento.

El grupo de expertos hizo un llamamiento específico a abandonar aquellas intervenciones no tengan eficacia demostrada y a invertir en la ejecución de intervenciones de eficacia demostrada con intensidad y durante un período sostenido. Además, instaron a llevar a cabo intervenciones en varios frentes que persigan de manera simultánea múltiples resultados específicos (por ejemplo, proporcionar a las adolescentes servicios e información sobre métodos anticonceptivos, procurar cambiar las actitudes y normas comunitarias sobre sexualidad de las adolescentes, y promulgar leyes y políticas que legitimen la elaboración de programas en conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos y que reconozcan los derechos de las adolescentes) y dispongan de sistemas sólidos de seguimiento y evaluación. En el recuadro 6 se presenta de forma resumida una experiencia de ampliación en Colombia bien documentada y publicada y, en el recuadro 7, las acciones recomendadas para cada nivel del marco socioecológico.

©OPS

©OPS

RECUADRO 6

AMPLIACIÓN DEL MODELO DE SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES EN COLOMBIA

Durante los siete años de implementación del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ) en Colombia, más de 800 consultorios han pasado a ser amigables para los adolescentes y jóvenes. Cinco elementos han hecho posible este proceso de ampliación:

- **políticas claras y guías de ejecución para los SSAAJ;**
- **criterios de inclusión claramente definidos para las organizaciones de usuarios y equipos de apoyo;**
- **establecimiento y aplicación de una estrategia intersectorial e interinstitucional;**
- **identificación (y apoyo) de interesados directos y partidarios de los SSAAJ;**
- **seguimiento y evaluación sólidos.**

La experiencia de Colombia pone de manifiesto que, para implantar en gran escala programas de salud dirigidos a adolescentes y jóvenes, es fundamental disponer de políticas claras y guías de ejecución, apoyo de los líderes institucionales y autoridades que se conviertan en abanderados de la causa, capacitación continua del personal de salud e implicación de los usuarios en el diseño y el seguimiento de los servicios.

Fuente: (33).

5. Fortalecer la colaboración intersectorial para abordar de modo eficaz los factores determinantes del embarazo en adolescentes en América Latina y el Caribe.
Se acepta ampliamente que la colaboración intersectorial es fundamental para prevenir el embarazo en adolescentes, pero rara vez se la aplica o incentiva en la medida necesaria. En vez de trabajar en compartimientos estancos por sectores, deben establecerse alianzas y colaboraciones bien planificadas y sometidas a supervisión continua entre los organismos de las Naciones Unidas, los ministerios del gobierno, los prestadores de servicios de salud, las ONG, las entidades que prestan servicios sociales a la juventud, y los propios adolescentes. Por ejemplo, los sectores de salud y educación deben aprovechar el potencial del círculo virtuoso entre la salud y la educación para asegurar una firme voluntad política de desplegar programas exhaustivos, con base en los derechos humanos, para la educación sexual de las adolescentes tanto escolarizadas como no escolarizadas, así como los esfuerzos para llegar a ellas con los servicios de salud sexual y reproductiva que precisen. Garantizar el acceso a una educación de calidad, también para las embarazadas y madres adolescentes, e invertir en protección social y oportunidades laborales significativas son elementos esenciales de una respuesta multisectorial integral al embarazo en adolescentes (*35*, *36*, *37*, *38*).

6. Pasar de proyectos minoritarios pequeños a programas sostenibles en gran escala.
Las intervenciones que generan los resultados deseados se ven a menudo atrapadas en la fase piloto y los

esfuerzos son fragmentados y dispersos, dependientes de uno o varios donantes, y a menudo no están en consonancia con los sistemas y estructuras institucionales que puedan favorecer su ampliación e institucionalización. De forma parecida, los programas que han conseguido ampliarse con éxito, como los programas de educación sexual integral y de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en Argentina y Colombia, precisan de apoyo sostenido para mantener los beneficios alcanzados y conseguir una repercusión duradera (33, 34). Ello requiere liderazgo y compromiso político a largo plazo, incluyendo políticas de estado que perduren en caso de cambios de gobierno.

7. Crear y mantener un entorno favorable para la igualdad entre sexos y la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes.

Como ya se ha mencionado, el embarazo en adolescentes obedece a un complejo entramado de factores que operan en los diferentes niveles del marco socioecológico. Para acelerar la reducción del embarazo en adolescentes, será preciso abordar de forma simultánea todos los niveles del marco socioecológico mediante la elaboración y ejecución de conjuntos de intervenciones que traduzcan y adapten las mejores prácticas y normas reconocidas mundialmente al correspondiente contexto nacional y local. Ello debe ir acompañado de marcos claros de resultados, plazos y marcos sólidos de gestión, seguimiento y evaluación. Estos conjuntos de medidas deben responder y apoyar a las adolescentes en la prevención del primer embarazo, así como llegar a las embarazadas y madres adolescentes para prevenir sucesivos embarazos no planificados. Las intervenciones deben adoptar un enfoque basado en el derecho a la salud de las adolescentes y priorizar la igualdad entre sexos y la eliminación de los estereotipos sexistas. Además, debe prestarse más atención a promover la participación de la sociedad civil para generar apoyo a la salud de las adolescentes, en general, y más concretamente a la salud y derechos reproductivos y sexuales de las adolescentes. Los miembros de la comunidad —incluidos padres, profesores y autoridades religiosas— pueden desempeñar una función importante a la hora de proteger a las adolescentes y crear oportunidades para su futuro. Sin embargo, en estos grupos existe una considerable falta de concientización y sensibilización acerca de la sexualidad de las adolescentes. Es esencial que exista un firme movimiento de la sociedad civil para superar la resistencia o la inercia política en este asunto, e instaurar mecanismos de responsabilización para poner remedio a las injusticias.

© UNICEF/UN017616/U. Marcelino

RECUADRO 7

ACCIONES RECOMENDADAS PARA CADA NIVEL DEL MARCO SOCIOECOLÓGICO

NIVEL	ACCIONES RECOMENDADAS
Individuo	- Educación sobre anticoncepción en la adolescencia - Empoderamiento de las menores para reducir las uniones y embarazos precoces como medio de ganar seguridad económica (por ejemplo, transferencias condicionadas de dinero en efectivo) - Permanencia de las menores en la escuela - Intervenciones combinadas educativas y anticonceptivas dirigidas a menores de uno y otro sexo
Relación	- Fomento y apoyo de la comunicación sobre anticoncepción entre las parejas, dentro y fuera de las uniones - Fomento y apoyo de la implicación de los progenitores con la salud y derechos reproductivos y sexuales de las adolescentes - Aplicación de enfoques centrados en los propios adolescentes y jóvenes para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva y educación sexual integral
Comunidad	- Obtención de apoyo comunitario al ofrecimiento de anticonceptivos a la población adolescente - Prestación de servicios de salud de forma más sensible y amigable para las adolescentes - Movilización de los adultos y los líderes comunitarios en defensa y apoyo del acceso de las adolescentes a la información sobre salud sexual y reproductiva y los servicios de salud sexual y reproductiva - Implicación de los varones de todas las edades en la promoción de normas de igualdad de género - Fomento de la tolerancia cero hacia la violencia de género y el matrimonio infantil
Sociedad	- Legislación para brindar acceso a la información sobre anticonceptivos y los servicios de anticoncepción - Reducción del costo de los anticonceptivos para la población adolescente - Implantación de estrategias para que los servicios de salud sexual y reproductiva lleguen a las adolescentes más vulnerables - Campañas de comunicación social para promover la salud y los derechos reproductivos y sexuales de las adolescentes y cambiar las normas y actitudes sociales perjudiciales, como las que consienten la violencia sexual y de género

Fuentes: (8, 32, 33, 34, 38).

V. Moviéndonos hacia adelante

Hubo un consenso claro entre los participantes en la reunión con respecto a la necesidad de actuar ahora para abordar el embarazo en adolescentes en la Región mediante enfoques más integrales, con base en la evidencia y centrados en la equidad. Los participantes instaron a cumplir y aplicar los compromisos expresados en diversos instrumentos mundiales y regionales, como la Convención sobre los Derechos del Niño, el Consenso de Montevideo, la Declaración de México y la resolución sobre el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, con el fin de garantizar el acceso equitativo de los adolescentes a la educación sexual integral y los servicios de salud, incluidos los anticonceptivos modernos, y fomentar un entorno propicio en el que todos los adolescentes de ambos sexos puedan prosperar.

Este llamamiento a la acción está en plena consonancia con los recientes compromisos mundiales, como los ODS y la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente. Los datos disponibles sobre costos y beneficios relacionados con la prevención del embarazo en adolescentes indican que ampliar los programas y servicios es factible y eficaz en función de los costos, sobre todo si se tienen en cuenta los beneficios de salud y desarrollo tanto en el transcurso de toda la vida como para las generaciones venideras. Las actividades de promoción de la causa a nivel regional y nacional deben insistir en la factibilidad y los beneficios estratégicos tanto económicos como políticos y de derechos humanos asociados a la inversión en la prevención del embarazo en adolescentes. La prevención y reducción del embarazo en adolescentes contribuirá a mejorar la salud y el desarrollo de las adolescentes, así como la supervivencia, la salud y el bienestar de sus hijos y el bienestar de sus comunidades y sociedades.

El impulso generado por los ODS y la estrategia mundial brinda una oportunidad y una plataforma para que los países examinen y actualicen sus estrategias nacionales haciendo hincapié en una sólida respuesta intersectorial capaz de garantizar que ninguna adolescente se quede atrás.

Las tres acciones siguientes son medidas concretas para avanzar con las recomendaciones de la consulta técnica: 1) examinar y revisar los enfoques y estrategias nacionales de prevención del embarazo en adolescentes, 2) elaborar y ejecutar un programa operativo regional de investigación enfocado en las lagunas de información y datos científicos con respecto al embarazo en adolescentes en la Región, y 3) mejorar la coordinación entre los asociados regionales y poner en práctica un programa conjunto que abarque la promoción de la causa, la mejora de capacidades y el apoyo técnico a los países.

© UNICEF/UN017625/U. Marcelino

Anexo 1. Evolución de la tasa de fecundidad en adolescentes por subregión y país, 1980-2015

PAÍS	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
América del Norte	**48,9**	**50,4**	**56,3**	**48,4**	**40,5**	**37,3**	**28,3**
Canadá	24,9	23,2	25,1	20,1	14,4	13,9	11,3
Estados Unidos de América	51,6	53,3	59,6	51,3	43,2	39,7	30,0
México	97,8	88,5	79,8	84,1	76,7	71,2	66,0
América Latina y el Caribe	**88,2**	**85,4**	**82,5**	**83,5**	**78,7**	**70,4**	**66,5**
Caribe	**91,6**	**87,8**	**81,8**	**77,8**	**68,5**	**64,7**	**60,2**
Antigua y Barbuda	61,6	59,6	66,1	68,7	62,8	55,5	49,3
Aruba	53,3	52,0	49,1	47,3	41,1	33,4	26,6
Bahamas	85,6	69,8	69,6	61,9	44,0	39,4	34,2
Barbados	70,8	49,9	57,9	52,0	49,1	47,9	46,9
Belice	151,2	131,6	121,7	106,3	91,2	76,2	69,7
Cuba	85,7	85,7	69,2	69,4	50,6	49,3	48,3
Curaçao	50,9	52,0	51,5	43,5	36,7	34,1	35,5
Granada	100,6	99,2	83,5	61,5	51,2	42,4	35,4
Guadalupe	41,3	34,9	25,8	21,8	20,1	19,5	17,2
Guyana	114,4	94,6	99,1	94,6	100,2	94,1	90,1
Guyana Francesa	90,9	86,6	104,7	111,8	106,0	80,3	82,6
Haití	86,1	78,3	69,9	61,8	52,5	46,4	41,3
Islas de Vírgenes de los Estados Unidos	86,4	82,1	77,0	64,5	49,4	50,0	47,3
Jamaica	129,2	112,8	103,4	94,5	82,4	73,5	64,1
Martinica	35,4	33,3	28,7	26,0	24,5	24,0	21,1
Puerto Rico	69,6	66,4	73,2	72,4	64,4	50,0	47,3
República Dominicana	110,6	110,2	114,3	111,0	109,6	108,7	100,6
San Vicente y las Granadinas	110,4	95,1	88,0	76,1	64,6	58,9	54,5
Santa Lucía	148,6	120,8	94,6	69,8	62,0	61,4	56,3
Surinam	77,8	71,2	65,3	59,9	55,2	51,3	48,1
Trinidad y Tabago	85,2	72,1	56,1	44,3	38,4	38,1	34,8

PAÍS	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
Centroamérica	**105,8**	**96,9**	**88,7**	**90,3**	**82,4**	**75,7**	**69,1**
Costa Rica	97,1	95,3	91,8	83,2	69,8	64,5	59,1
El Salvador	119,5	108,2	98,7	91,1	85,3	76,7	66,8
Guatemala	138,5	126,8	120,6	113,8	104,2	93,2	84,0
Honduras	140,0	133,5	126,5	115,8	100,0	84,1	68,4
Nicaragua	154,0	160,1	146,2	125,2	113,2	104,7	92,8
Panamá	111,1	102,6	92,5	94,0	85,9	81,9	78,5
América del Sur	**80,9**	**80,1**	**79,9**	**81,1**	**78,1**	**68,6**	**66,0**
Argentina	74,2	73,4	73,2	69,8	65,0	60,6	64,0
Bolivia (Estado Plurinacional de)	98,8	96,1	91,2	93,0	87,9	81,9	72,6
Brasil	79,8	80,6	80,0	83,6	80,9	70,9	68,4
Chile	66,0	65,6	63,6	60,8	54,5	52,7	49,3
Colombia	80,9	75,7	82,7	83,3	86,3	63,7	57,7
Ecuador	93,4	88,7	85,5	84,3	82,5	83,0	77,3
Paraguay	96,8	91,6	92,4	91,9	76,6	67,8	60,2
Perú	74,1	72,0	70,0	70,5	61,5	54,7	52,1
Uruguay	62,6	66,4	70,6	67,3	63,5	61,2	58,0
Venezuela (República Bolivariana de)	100,3	100,2	94,9	90,6	88,0	82,6	80,9

Fuente: *(1)*.
[a] Número de nacimientos por 1 000 mujeres en el grupo de 15 a 19 años de edad.

Anexo 2. Programa de la reunión

ACELERACIÓN DEL PROGRESO HACIA LA REDUCCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: CONSULTA TÉCNICA

29 y 30 de agosto de 2016

Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

Sala B

OBJETIVOS

- Examinar lo que sabemos sobre la situación, los factores determinantes y la repercusión del embarazo en adolescentes de 10 a 14 y de 15 a 19 años de edad en América Latina y el Caribe, y determinar las lagunas en el conocimiento.
- Analizar la situación y las enseñanzas extraídas en relación con los enfoques actuales a nivel regional y de país para prevenir el primer embarazo y embarazos sucesivos en esos grupos de edad, e identificar áreas susceptibles de mejora.
- Alcanzar un consenso sobre acciones prioritarias, estrategias conjuntas e investigación recomendada para acelerar el progreso en cuanto a prevención y reducción del embarazo en adolescentes en esos grupos etarios.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mayor comprensión de la situación actual en la Región en cuanto a primer embarazo y embarazos sucesivos en adolescentes.
- Identificación de oportunidades estratégicas necesarias para fortalecer la respuesta.
- Mejora de las colaboraciones y de la eficiencia en la asignación y el uso de recursos regionales para prevenir el embarazo en adolescentes.
- Armonización de los enfoques para prevenir el embarazo en los grupos de 10 a 14 y de 15 a 19 años de edad.

METODOLOGÍA

- Consulta técnica con un conjunto de expertos mundiales y regionales, representantes de los países, y representantes de los asociados regionales.
- Programa de la reunión con: 1) ponencias breves y mesas redondas sobre temas pertinentes y 2) sesiones plenarias y debate en grupos reducidos.
- Compilación y organización de los resultados de los debates y recomendaciones concretas de los participantes en la reunión en un informe que se difundirá en toda la Región.

PROGRAMA

PRIMERA JORNADA		
HORA	**SESIÓN**	**PONENTE**
8:00-8:30	Registro	
	Acto inaugural **Moderadora: Sonja Caffe (OPS/OMS)**	
8:30-9:00	Salutación	Andrés de Francisco Serpa, OPS Luisa Brumana, UNICEF Vicky Camacho, UNFPA
9:00-9:15	Objetivos de la reunión y presentación de los participantes	Sonja Caffe, OPS
	Primera sesión: Enseñanzas extraídas de las actividades de prevención del embarazo en adolescentes durante el último decenio **Moderador: Fernando Zingman (UNICEF)**	
9:15-10:00	Experiencias a nivel mundial y regional y enseñanzas extraídas de las actividades para prevenir el primer embarazo y embarazos sucesivos en adolescentes	Venkatraman Chandra-Mouli, OMS Vicky Camacho, UNFPA Rodolfo Gómez, CLAP/SMR
10:00-10:20	Ronda de preguntas	
10:20-11:05	Mesa redonda: Factores determinantes del embarazo en adolescentes	Sonja Caffe, OPS Shelly Abdool, UNICEF Gustavo Adolfo Lugo Vallecilla, Profamilia Colombia
11:05-11:20	Ronda de preguntas	
11:20-11:35	Receso para el café (15 min)	
11:35-12:30	Enseñanzas extraídas de la ejecución de programas de prevención del embarazo en adolescentes	Jaclyn Ruiz y Aisha Cody, DHHS Oneka Scott, Ministerio de Salud Pública de Guyana José Roberto Luna, UNFPA Guatemala
12:30-13:00	Ronda de preguntas, debate	
13:00-14:00	Almuerzo	
	Segunda sesión: El embarazo en menores de 15 años **Moderador: José Roberto Luna (UNFPA)**	
14:00-14:45	Mesa redonda: El embarazo infantil en la Región	Vicky Camacho, UNFPA Rodolfo Gómez, CLAP/SMR Sara Omi Casamá, Congreso General Emberá de Alto Bayano
14:45-16:30	Diálogo grupal	
16:30-17:00	Cierre de la primera jornada	Luisa Brumana, UNICEF

SEGUNDA JORNADA

HORA	SESIÓN	PONENTE
9:00-9:30	Reflexiones sobre la primera jornada	Vicky Camacho, UNFPA Sonja Caffe, OPS
	Tercera sesión: Mejora de la eficiencia y la repercusión **Moderador: Luis Felipe Codina (OPS)**	
9:30-10:30	Mesa redonda: Retos y oportunidades de un enfoque integral para poner fin al embarazo en adolescentes	Corona Esther, WAS Alison Hadley, UB
10:30-11:15	Ampliación de intervenciones	Venkatraman Chandra-Mouli, OMS
11:15-11:30	Receso para el café	
11:30-13:00	Trabajo en grupos reducidos: En síntesis, ¿cómo podemos hacerlo mejor?	
13:00-14:00	Almuerzo	
14:00-15:30	Trabajo en grupos reducidos (continuación)	
15:30-17:00	Presentación de los resultados del trabajo en grupos y debate plenario	Sonja Caffe, OPS Luisa Brumana, UNICEF
17:00-17:30	Conclusiones y clausura	José Roberto Luna, UNFPA Luisa Brumana, UNICEF Andrés de Francisco Serpa, OPS

Anexo 3. Lista de participantes

NOMBRE	INSTITUCIÓN O PAÍS	CARGO
Shelly Abdool	Oficina Regional del UNICEF, Panamá	Asesora regional en cuestiones de género
Elvia Ardon	Secretaría de Salud de Honduras	Directora General de Normalización
Daniel Aspilcueta	Ministerio de Salud del Perú	Director Ejecutivo de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
Luisa Brumana	Oficina Regional del UNICEF, Panamá	Asesora regional de salud
Elida Caballero	Centro de Derechos Reproductivos	Asesora para la promoción en América Latina y el Caribe
Sonja Caffe	Sede de la OPS/OMS, Washington D.C.	Asesora regional de salud de los adolescentes
Vicky Camacho	Oficina Regional del UNFPA, Panamá	Asesora técnica regional de salud sexual y reproductiva
Kate Cassidy	USAID	Asesora del programa de salud para América Latina y el Caribe
Venkatraman Chandra-Mouli	OMS, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas	Científico del Equipo de adolescentes y poblaciones de riesgo
Luis Felipe Codina	OPS Brasil	Representante adjunto de la OPS/OMS en Brasil
Aisha Cody	Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos	Científica de salud de la Oficina de Asuntos de Población
Esther Corona	Asociación Mundial de Salud Sexual	Copresidente del Comité de Enlace Internacional
Fanny Corrales	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay	Encargada de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
Rudolph Cummings	Secretaría de la CARICOM	Director del programa del Desarrollo del Sector de la Salud
Andrés de Francisco Serpa	Sede de la OPS/OMS, Washington D.C.	Director del Departamento de Familia, Género y Curso de Vida
Barbara Disckind	Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos	Redactora principal de la Oficina de Salud de la Mujer
Rodolfo Gómez	CLAP/SMR	Asesor regional en salud reproductiva
Amparo Gordillo	Banco Mundial	Economista principal en salud, nutrición y población
Alessandra Guedes	Sede de la OPS/OMS, Washington D.C.	Asesora regional en violencia familiar
Nelson Armando Guzmán Mendoza	Secretaría Ejecutiva de la COMISCA	Director de Cooperación y Relaciones Interinstitucionales

NOMBRE	INSTITUCIÓN O PAÍS	CARGO
Alison Hadley	Universidad de Bedfordshire, Facultad de Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales	Directora de Intercambio de conocimiento sobre embarazo en la adolescencia
Silvia Huaynoca	Federación Internacional de Planificación Familiar – Región del Hemisferio Occidental	Funcionaria del Programa Jóvenes, Género y Derechos
Emma Iriarte	Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM); Banco Interamericano de Desarrollo (BID)	Secretaria ejecutiva
Ariel Karolinski	OPS Argentina	Consultor en Salud Familiar, Género y Curso de Vida
Gloria Lagos	ORAS-CONHU	Gerente de Líneas Estratégicas y Cooperación Internacional
Gustavo Adolfo Lugo Vallecilla	Profamilia Colombia	Director de proyectos
José Roberto Luna	UNFPA Guatemala	Oficial de Educación y Juventud
Aracely Macias	Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos	Oficina de Salud de las Minorías
Katherine Mayall	Centro de Derechos Reproductivos	Gerente superior del Programa Jurídico Mundial
Charlotte McDowell	Misión Permanente del Canadá ante la OEA	Funcionario superior de Desarrollo
Carmen Murguía	UNFPA Perú	Analista de programa en temas de juventud
Sara Omi Casamá	Congreso General Emberá de Alto Bayano	Presidenta
Patricia Píriz Bonilla	Ministerio de Educación y Cultura del Uruguay	Coordinadora de Educación Sexual del Consejo de Educación Inicial y Primaria
Jaclyn Ruiz	Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos	Asesora de salud pública de la Oficina de Salud de los Adolescentes
Marie Solange Sainvil	Ministerio de Salud Pública y de la Población de Haití	Jefe de servicio de Salud de los Jóvenes y Adolescentes
Maira Sandoval	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala	Coordinadora del Programa de Adolescencia y Juventud
Oneka Scott	Ministerio de Salud Pública de Guyana	Responsable de Prevención de la Transmisión Maternoinfantil del VIH
Adriano Tavares	OPS Brasil	Consultor nacional
Fernando Zingman	UNICEF Argentina	Especialista en salud
Lindsay Menard-Freeman	Consultora	Relatora

©OPS

Referencias

1. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. *World population prospects: the 2015 revision.* Age-specific fertility rates by major area, region and country, 1950-2100 ["File FERT/7"]. Nueva York: Naciones Unidas; 2015. <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Fertility/>

2. Santelli JS, Song X, Garbers S, Sharma V, Viner RM. Global trends in adolescent fertility, 1990-2012, in relation to national wealth, income inequalities, and educational expenditures. *J Adolesc Health* 2017; 60: 161-8.

3. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *State of world population 2013.* Motherhood in childhood: facing the challenge of adolescent pregnancy. Nueva York: UNFPA, 2013. <www.unfpa.org/publications/state-world-population-2013>

4. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década.* Ginebra: OMS; 2014. <www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/es/>

5. Darroch JE, Woog V, Bankole A, Ashford LS. *Adding it up: cost and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents.* Nueva York: Guttmacher Institute; 2016. <www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents>

6. Ganatra B, Tunçalp Ö, Johnston HB, Johnson BR, Gülmezoglu AM, Temmerman M. From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Bull World Health Organ* 2014; 92: 155.

7. Fall CH, Osmond C, Haazen DS, Sachdev HS, Victora C, Martorell R, et al. Disadvantages of having an adolescent mother. *Lancet Glob Health* 2016; 4: e787-88.

8. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: directrices de la OMS.* Ginebra: OMS; 2011. <www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/es/>

9. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. *World fertility patterns 2015* - Data booklet (ST/ESA/SER.A/370). <www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/world-fertility-patterns-2015.pdf>

10. Demographic and Health Surveys Program. STATcompiler [base de datos en línea]. Calverton, MD: ICF International. <www.statcompiler.com/en/> [consultado en noviembre de 2016].

11. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Colombia) 2015: Resumen ejecutivo. Bogotá, 2017. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR239/SR239.pdf>

12. Hamilton BE, Mathews TJ. Continued declines in teen births in the United States, 2015. NCHS data brief, no. 259. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2016. <www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db259.htm>

13. Rodríguez Vignoli J; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. *La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina: Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010*. Santiago: CEPAL; 2014.

14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Base de mortalidad de la OPS. Washington D. C.: OPS; 2013. <www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9155&Itemid=40096&lang=es>

15. Casas Isaza X, Cabrera O, Reingold R, Grossman D. *Stolen lives: a multi-country study on the health effects of forced motherhood on girls 914 years old*. Nueva York: Planned Parenthood Federation of America; 2015. <www.plannedparenthoodaction.org/uploads/filer_public/db/6d/db6d56cb-e854-44bb-9ab7-15bb7fc147c5/ppfa-stolen-lives-english.pdf>

16. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM). *Niñas madre: embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe*. Asunción: CLADEM; 2016. <www.cladem.org/images/imgs-noticias/niñas-madres-balance-regional.pdf>

17. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). Human rights: Paraguay has failed to protect a 10-year-old girl child who became pregnant after being raped, say UN experts [Internet]. Nueva York: ACNUDH; 2015. <www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=15944&LangID=E>

18. Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Hearing on "Sexual violence and human rights of girls and adolescents in Paraguay" [sinopsis de política]. Washington D.C.: CIDH; 2016. <www.equalitynow.org/sites/default/files/07072016_IACHR_Hearing_Policy_Brief.pdf>

19. Córdova Pozo K, Chandra-Mouli V, Decat P, Nelson E, De Meyer S, Jaruseviciene L, et al. Improving adolescent sexual and reproductive health in Latin America: reflections from an International Congress. *Reprod Health* 2015; 12: 11.

20. Organización Panamericana de la Salud. Declaración Ministerial de la Ciudad de México: "Prevenir con educación". Principios fundamentales de la declaración. Washington D.C.: OPS; 2008. <www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1760%3A2009-mexico-city-ministerial-declaration-educating-prevent&catid=1425%3Apublications&Itemid=40682&lang=es>

21. Apland K. Over-protected and under-served: a multi-country study on legal barriers to young people's access to sexual and reproductive health services. El Salvador case study. Londres: IPPF; 2014:7. <www.ippf.org/sites/default/files/ippf_coram_el_salvador_report_eng_web.pdf>

22. Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, coords. *Informe mundial sobre la violencia y la salud en el mundo.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

23. Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, 2007-2013. <www.orasconhu.org/areas-accion/planea-0>

24. Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA). Plan Estratégico Regional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Centroamérica y el Caribe. El Salvador: Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA).

25. Comunidad del Caribe (CARICOM) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Integrated Strategic Framework on the Reduction of Adolescent Pregnancy. UNFPA, 2015. <http://caricom.org/media-center/multimedia/document-library/>

26. Comité Interinstitucional (de la República Dominicana). *Prevención del embarazo en adolescentes con perspectiva de género y enfoque de derechos humanos: "hacia una política nacional"*. Plan Estratégico Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes en la República Dominicana, 20112016. Santo Domingo: Comité Técnico Interinstitucional; 2011. <www.unicef.org/republicadominicana/prevencion_embarazo_adolescente2011.pdf>

27. Ministerio de Salud del Perú. *Plan multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes, 2013-2021*. Lima: Ministerio de Salud; 2013. <www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131106-MINSA-Plan-Prevencion-Embarazo-Adolescente.pdf>

28. Instituto Nacional de las Mujeres. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. México, 2017. <www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>

29. Secretaria de Salud de Honduras. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Honduras. Tegucigalpa, 2012. <www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=332&Itemid=211>

30. Declaración Ministerial de México: *Prevenir con educación*. México, 2008. <http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801-minsterdeclaration_en.pdf>

31. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014. Montevideo, 12 al 15 de agosto de 2013. <http://repositorio.cepal.org//handle/11362/21835>

32. Hindin MJ, Kalamar AM, Thompson TA, Upadhyay UD. Interventions to prevent unintended and repeat pregnancy among young people in low- and middle-income countries: a systematic review of the published and gray literature. *J Adolesc Health* 2016; 59 (supl 3): S815.

33. Huaynoca S, Svanemyr J, Chandra-Mouli VC, Moreno López DJ. Documenting good practices: scaling up the youth friendly health service model in Colombia. *Reprod Health* 2015; 12: 90.

34. Ivanova O, Pozo KC, Segura ZE, Vega B, Chandra-Mouli V, Hindin MJ, et al. Lessons learnt from the CERCA Project, a multicomponent intervention to promote adolescent sexual and reproductive health in three Latin America countries: a qualitative post-hoc evaluation. *Eval Program Plann* 2016; 58: 98105.

35. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Adolescent pregnancy: a review of the evidence*. Nueva York: UNFPA; 2013. <www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf>

36. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; Plan International. *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*. Panamá: UNICEF, 2014. <www.unicef.org/lac/UNICEF_PLAN_embarazo_adolescente_2015.pdf>

37. Ramos S. Intervenciones para prevenir embarazos no deseados en adolescentes: Comentario de la BSR [versión: 1-VIII-2011]. Ginebra: Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, 2011. <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/adolescent-sexual-and-reproductive-health/pregnancy-prevention-0>

38. Salam RA, Faqqah A, Sajjad N, Lassi ZS, Das JK, Kaufman M, et al. Improving adolescent sexual and reproductive health: a systematic review of potential interventions. *J Adolesc Health* 2016; 59 (supl 4): S1128.

39. Asamblea General de las Naciones Unidas A/RES/70/1. *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Nueva York, 2015. <http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf>

40. Every Woman Every Child. *The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2013)*. Nueva York: EWEC, 2015. <http://www.who.int/pmnch/media/events/2015/gs_2016_30.pdf>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
525 Twenty-third Street, NW
Washington, D.C. 20037, EUA

www.paho.org

Fondo de Población de las Naciones Unidas
Oficina Regional para América Latina y el Caribe
Edificios 178 y 180
Ciudad del Saber – Clayton
Panamá, República de Panamá

http://lac.unfpa.org

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
Oficina Regional para América Latina y el Caribe
Calle Alberto Tejada, Edificio 102
Ciudad del Saber
Panamá, República de Panamá

www.unicef.org/lac

9 789275 319765

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para las Américas

UNFPA

unicef