

**ORGANISMO REGIONAL ANDINO DE SALUD - CONVENIO HIPÓLITO UNANUE**

**COMITÉ SUBREGIONAL ANDINO PARA LA PREVENCIÓN  
DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

**PLAN ANDINO DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA  
LÍNEA ESTRATÉGICA 1: DIAGNÓSTICO E INFORMACIÓN**

**EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES  
EN LA SUBREGIÓN ANDINA**

Marzo de 2008



## **EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA SUBREGIÓN ANDINA**

### CONTENIDO

|                                                                                                   | Pagina |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| I. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES .....                                                              | 4      |
| II. CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO .....                                                               | 5      |
| III. SITUACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL ÁREA ANDINA .....                               | 8      |
| IV. IMPLICACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS DEL<br>EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA .....                  | 20     |
| V. PRINCIPALES DESAFÍOS EN MATERIA DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA<br>EN LA SUBREGIÓN ANDINA ..... | 25     |

## **SIGLAS Y ABREVIACIONES**

|            |                                                                          |
|------------|--------------------------------------------------------------------------|
| CELADE     | Centro Latinoamericano de Demografía                                     |
| CEPAL      | Comisión Económica Para América Latina y el Caribe                       |
| DHS        | Demographic Health Surveys                                               |
| OPS/OMS    | Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud |
| ORAS-CONHU | Organismo Regional Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue            |
| REMSAA     | Reunión de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina                |
| SSR        | Salud Sexual y Reproductiva                                              |
| UNFPA      | Fondo de Población de las Naciones Unidas                                |

# **EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA SUBREGIÓN ANDINA**

## **I. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES**

Desde mediados de la década de los años setenta, la fecundidad global ha disminuido de manera marcada en América Latina en general, y en la Subregión Andina en particular. Como lo destacan Rodríguez y Hopenhayn (2007), esta caída se registró al influjo de factores socioeconómicos (urbanización, migración, industrialización, modernización), culturales (secularización de valores, individualización de proyectos de vida, nuevos estilos de familia), de género (creciente inserción laboral y protagonismo social de las mujeres) y tecnológicos (especialmente en los planos de acceso a la información en general y en el anticonceptivo). En muchos países la reducción de la fecundidad se ha registrado en un marco de intervenciones estatales en pro de la planificación familiar.

En este contexto de disminución de la fecundidad general, cabía también esperar un descenso en la fecundidad de las y los adolescentes, que no se ha producido. Acudiendo a datos promedio simple a nivel de país, mientras que en promedio la Tasa Global de Fecundidad general en la Subregión Andina cayó más de 1/3 entre 1975 y 2005, la fecundidad adolescente se redujo solamente 6 por ciento, permaneciendo alta y presentando inclusive tendencias al alza en algunos países.

Las consecuencias del embarazo en la adolescencia son múltiples. Además de poner en riesgo la salud, el embarazo adolescente puede significar un gran obstáculo en las posibilidades de construir un proyecto de vida por parte de los y especialmente las adolescentes. Ser madre antes de desarrollar los recursos y habilidades personales para una maternidad efectiva –estar educadas, acumular conocimientos adecuados sobre salud, comenzar a trabajar y participar en la comunidad– restringe las opciones de vida de las adolescentes, pudiendo condenarlas a la pobreza, y pone en peligro a sus niños.

El embarazo y la maternidad adolescente se presentan en una dimensión importante en la Subregión Andina, puesto que en gran medida se trata de embarazos no deseados, que colocan a las y los adolescentes y su descendencia en una situación precaria frente a la vida. Diversos estudios realizados en los países de la Subregión, así como la información estadística disponible muestran que el fenómeno del embarazo y la maternidad adolescente afecta en mayor medida a las muchachas pobres y a aquellas con menor educación.

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) es un tema central en la vida de las y los adolescentes. El UNFPA (2007) destaca que la manera en la cual la SSR es vivenciada y socializada por las y los adolescentes puede resultar trascendental para el resto de sus vidas. Es así como la SSR adolescente se convierte en un área de atención prioritaria para la comunidad internacional, las organizaciones civiles, la academia y los Estados. Sin embargo, a la fecha las y los adolescentes no han recibido suficiente atención, por lo que el ejercicio de sus Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) queda bastante limitado.

En este contexto, el Organismo Regional Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), mediante la Resolución de la Reunión Ordinaria de Ministras y Ministros

de Salud del Área Andina - REMSAA XXVIII/000 de 30 de marzo de 2007 resolvió: “Reconocer las consecuencias del embarazo no planificado en adolescentes como un problema de Salud Pública dentro de la Subregión y declarar prioritarios los planes para su prevención y atención integral.” Asimismo, la mencionada Resolución determina “Instruir a dicho Comité que, en trabajo conjunto con el UNFPA y la OPS/OMS, elabore un Plan Andino que aborde los temas que determinan el embarazo no planificado en adolescentes, respetando la diversidad cultural y la normativa de cada país; a ser presentado y sometido a aprobación de los Ministros en próxima REMSAA.” El presente diagnóstico parcial y preliminar se inscribe en el contexto de dicho Plan Andino.

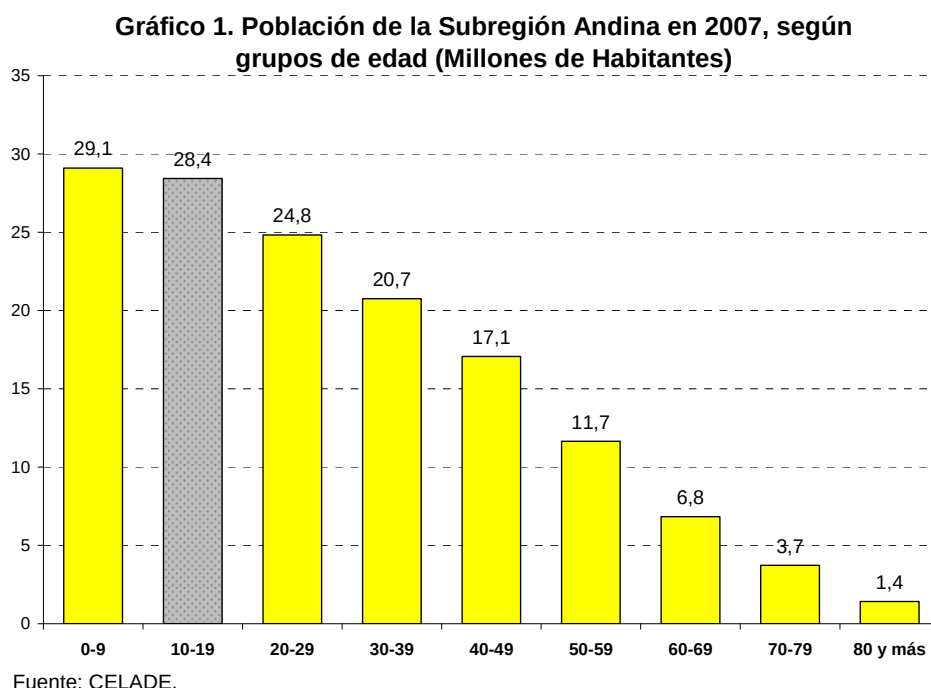
Este documento se encuentra organizado de la siguiente manera: luego de la Introducción; la sección 2 presenta brevemente el contexto demográfico de la Subregión en lo que respecta a las y los adolescentes y la sección 3 un estado de situación del embarazo y maternidad adolescente en la subregión, con información bastante general que pretende ofrecer una panorámica de la Subregión. La sección 4 aborda las implicaciones sociales y económicas del embarazo en la adolescencia y finalmente, en la sección 5 tiene un recuento de algunos de los principales desafíos que enfrentan los países de la Subregión en materia de embarazo en la adolescencia.

## **II. CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO**

### **2.1. La población adolescente en la Subregión Andina**

Actualmente existen alrededor de 28 millones de adolescentes en la Subregión Andina, de los cuales 14.5 millones (51 por ciento) son hombres y 14 millones (49 por ciento) mujeres. Los subgrupos de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, representan cada uno la mitad de la población adolescente de la región.

Como reflejo natural del hecho que la Subregión se encuentra en una fase moderada a intermedia de la transición demográfica, su población es mayoritariamente joven (Gráfico 1), con participaciones mayoritarias de los grupos de niños (20.2 por ciento) y de adolescentes (19.8 por ciento), que en conjunto representaban un 40 por ciento de la población de la Subregión a mediados de 2007.



Colombia, Perú y Venezuela concentran la mayor población adolescente en la Subregión (72 por ciento en conjunto), mientras que el restante 28 por ciento de los adolescentes reside en Bolivia, Chile y Ecuador (Tabla 1).

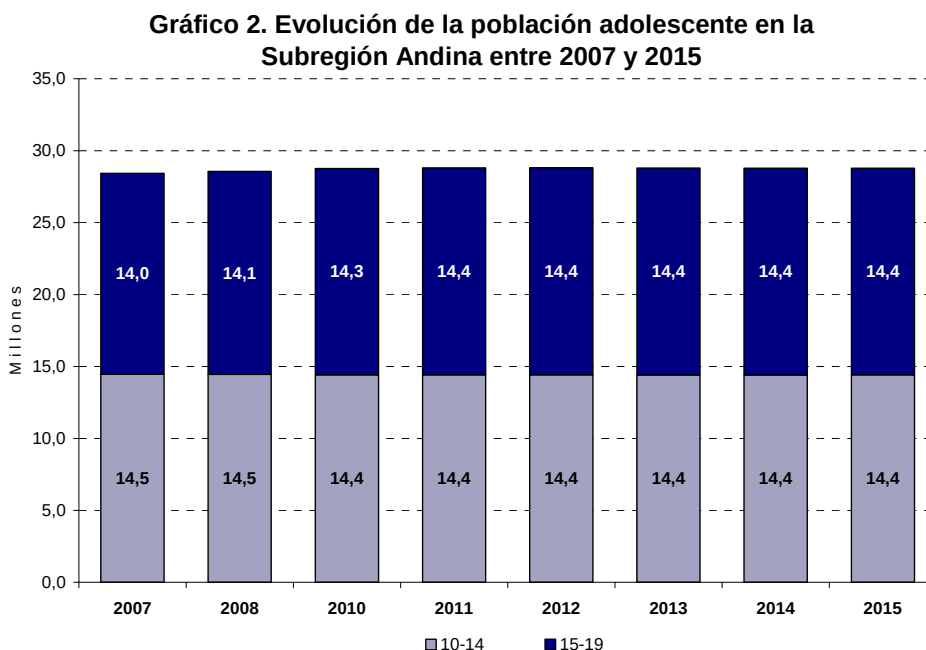
**Tabla 1. Población de 10 a 19 años en países de la Subregión Andina en 2007, según sexo y país de residencia**

|              | Mujeres     | Hombres     | Total       | Participación de cada país |
|--------------|-------------|-------------|-------------|----------------------------|
| Bolivia      | 1,1         | 1,1         | 2,2         | 7,9%                       |
| Colombia     | 4,5         | 4,3         | 8,8         | 31,0%                      |
| Chile        | 1,4         | 1,5         | 2,9         | 10,3%                      |
| Ecuador      | 1,4         | 1,4         | 2,8         | 10,0%                      |
| Perú         | 2,9         | 3,0         | 5,9         | 20,9%                      |
| Venezuela    | 2,7         | 2,8         | 5,5         | 19,5%                      |
| <b>Total</b> | <b>14,0</b> | <b>14,1</b> | <b>28,5</b> |                            |

Fuente: Elaboración propia con datos del CELADE y del DANE-Colombia.

Se prevé que durante los próximos años la población adolescente crecerá muy moderadamente hasta alcanzar los 28.8 millones en 2010, para luego estabilizarse en ese nivel hasta 2015 (Gráfico 2). La participación porcentual de las y los adolescentes en el total de la población disminuirá moderadamente de 19.8 por ciento en 2007 a 19.1 por ciento en 2010 y a 17.9 por ciento en 2015, la disminución progresiva se explica por la dinámica de transición demográfica en la que se encuentran los países, que determina un envejecimiento

progresivo de la población. Por lo anterior esta oportunidad demográfica es un escenario propicio para el desarrollo de iniciativas educativas, en salud y en el ámbito productivo que en el futuro contribuyan a mejorar las condiciones de vida de la población de la Región



Fuente: CELADE.

## 2.2 La dualidad residencial/cultural del embarazo adolescente: lo rural y lo urbano

De los cerca de siete millones de adolescentes mujeres de 15 a 19 años que existen en la región, se estima que más de un millón ya son madres o están embarazadas. Cabe empero considerar las características socio-culturales de la población de la Subregión, donde existen importantes proporciones de población indígena especialmente en Bolivia y Ecuador.

Siguiendo al UNFPA (2007), se puede suponer que existen, de manera muy general, al menos dos patrones que muestran realidades diferenciadas. Por un lado, importantes sectores que viven una realidad sociocultural y económica en la que el embarazo adolescente no necesariamente es conceptualizado como una problemática por los individuos y sus comunidades, y más bien forma parte de las prácticas culturales. En este caso, una proporción más importante de los embarazos adolescentes se dan en el marco de la unión formal o consensual, y posiblemente formen parte del proyecto de vida de las y los adolescentes, principalmente pertenecientes a grupos asentados en áreas rurales.<sup>1</sup>

Por el otro lado, está un patrón por llamarlo de alguna manera más moderno y que se registra en contextos urbanos con una importante proporción de embarazos adolescentes no

<sup>1</sup> En este ámbito, cabe destacar la necesidad de investigación cuantitativa y cualitativa que evidencie la relación entre la falta de oportunidades para desarrollar proyectos de vida alternativos a la formación de una familia y la mayor incidencia del embarazo adolescente.

planeados/deseados y en situación premarital, en donde el embarazo no responde necesariamente a un proyecto de vida de los individuos, sino que más bien lo interrumpe.

### **III. SITUACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA SUBREGIÓN ANDINA**

#### **3.1 Situación y tendencias de la fecundidad, el embarazo y la maternidad adolescente**

##### *a. La fecundidad*

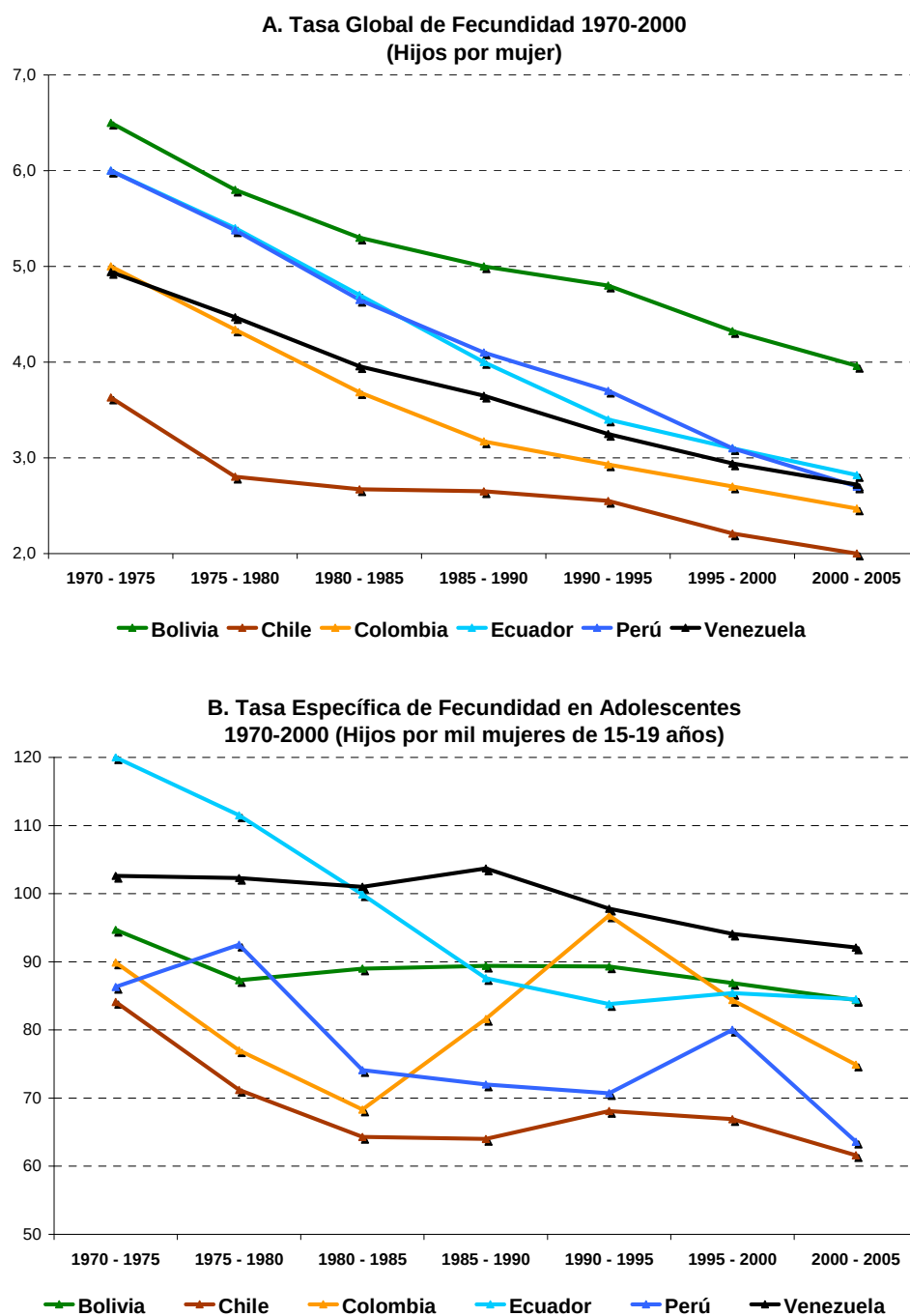
La tendencia a la disminución de la fecundidad general observada desde 1970 se mantiene hasta la fecha en los países de la Subregión Andina. Como ya se ha mencionado, esta caída obedeció a procesos de índole demográfica, social, económica y tecnológica. Considerando los seis países de la Subregión y con datos de la Tasa Global de Fecundidad provistos por el CELADE, en todos los países se observaron descensos importantes en la fecundidad, con registros superiores a 39 por ciento en los seis países entre 1970 y 2005 y mayores a 25 por ciento entre 1980 y 2005 (Gráfico 3 y Tabla 2).

Sin embargo, y contrariamente a lo esperado, la fecundidad observada en las adolescentes, medida por la Tasa Específica de Fecundidad, no ha mostrado una tendencia coincidente a lo largo de este período. Si bien se observó una tendencia decreciente hasta finales de los setenta, los datos disponibles muestran cómo entre 1980 y 2005 en general la fecundidad adolescente prácticamente se estancó o mostró disminuciones moderadas, con naturales diferencias en los niveles y trayectorias entre los seis países que componen la Subregión.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Cabe notar que la información reportada sobre la fecundidad global y la fecundidad específica en adolescentes puede no coincidir con las estadísticas más recientes disponibles a nivel de países. Sin embargo, la necesidad de reportar la trayectoria de la fecundidad en un período relativamente largo (1970 – 2005) y en lo posible bajo una fuente común, determina el uso de las cifras de la CEPAL en esta subsección. Cabe señalar, sin embargo, que el Comité Subregional Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes ha preparado una base de datos con las cifras más recientes disponibles para cada uno de los seis países de la Subregión.

**Gráfico 3. Tasas de fecundidad general y específica en adolescentes 1980-2000**



Fuente: CELADE.

**Tabla 2. Tasas de fecundidad en países de la Subregión Andina**

**A. Tasa Global de Fecundidad (Hijos por mujer)**

|           | 1970/75 | 1975/80 | 1980/85 | 1985/90 | 1990/95 | 1995/00 | 2000/05 <sup>1</sup> | Último dato observado | Variación 1970/75 - 2000/05 | Variación 1980/85 - 2000/05 |
|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Bolivia   | 6,5     | 5,8     | 5,3     | 5,0     | 4,8     | 4,3     | 4,0                  | 3.8 (2003)            | -39,1%                      | -25,3%                      |
| Chile     | 3,6     | 2,8     | 2,7     | 2,7     | 2,6     | 2,2     | 2,0                  | 2.4 (2000/05)         | -44,9%                      | -25,1%                      |
| Colombia  | 5,0     | 4,3     | 3,7     | 3,2     | 2,9     | 2,7     | 2,5                  | 2.4 (2005)            | -50,6%                      | -33,0%                      |
| Ecuador   | 6,0     | 5,4     | 4,7     | 4,0     | 3,4     | 3,1     | 2,8                  | 3.3 (2004)            | -53,0%                      | -40,0%                      |
| Perú      | 6,0     | 5,4     | 4,7     | 4,1     | 3,7     | 3,1     | 2,7                  | 2.6 (2005)            | -55,0%                      | -41,9%                      |
| Venezuela | 4,9     | 4,5     | 4,0     | 3,6     | 3,3     | 2,9     | 2,7                  | 2.7 (1998)            | -45,0%                      | -31,3%                      |

**B. Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (Hijos por cada mil mujeres de 15 a 19 años)**

|           | 1970/75 | 1975/80 | 1980/85 | 1985/90 | 1990/95 | 1995/00 | 2000/05 <sup>1</sup> | Último dato observado | Variación 1970/75 - 2000/05 | Variación 1980/85 - 2000/05 |
|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Bolivia   | 94,7    | 87,3    | 89,0    | 89,4    | 89,3    | 86,9    | 84,4                 | 84 (2003)             | -10,9%                      | -5,2%                       |
| Chile     | 84,1    | 71,2    | 64,3    | 64,0    | 68,1    | 66,9    | 61,6                 | 49 (2004)             | -26,8%                      | -4,2%                       |
| Colombia  | 89,9    | 77,0    | 68,3    | 81,6    | 96,8    | 84,4    | 74,9                 | 90 (2005)             | -16,7%                      | 9,7%                        |
| Ecuador   | 120,0   | 111,5   | 99,9    | 87,6    | 83,8    | 85,4    | 84,5                 | 100 (2004)            | -29,6%                      | -15,4%                      |
| Perú      | 86,3    | 92,5    | 74,1    | 72,0    | 70,7    | 80,0    | 63,6                 | 59 (2005)             | -26,3%                      | -14,2%                      |
| Venezuela | 102,6   | 102,3   | 101,0   | 103,7   | 97,8    | 94,1    | 92,1                 | 87 (1998)             | -10,2%                      | -8,8%                       |

Fuentes: Para datos en períodos quinquenales: CELADE. Para últimos datos disponibles: Bolivia, INE; Chile, INE-Registro Civil; Colombia, DANE; Ecuador, INDEC; Perú, INEI; Venezuela, INE.

<sup>1</sup> Proyecciones de CELADE bajo la hipótesis media.

Según Rodríguez y Hopenhayn (2007), esta resistencia al descenso de la fecundidad adolescente plantea una situación desconcertante al menos por tres razones. Primero, a escala mundial se observa una importante correlación entre el descenso de la fecundidad total y el de la fecundidad adolescente, mientras que en la subregión, al menos en el último cuarto de siglo se observa un descenso de la Tasa Global de Fecundidad junto a un virtual estancamiento de la fecundidad adolescente. Segundo, la transición demográfica clásica es seguida en general de la segunda transición demográfica, entre cuyos componentes se encuentra el retraso en la unión y de la edad en que se tiene el primer hijo. Y en tercer lugar, los factores asociados a la urbanización y la mayor escolaridad que históricamente se han relacionado con el descenso de la fecundidad han tenido una evolución que debiera hallarse en correspondencia con una menor fecundidad adolescente.

El UNFPA (2007), destaca que la fecundidad adolescente es mucho mayor en mujeres que en varones. La mayoría de los hijos de madres adolescentes tienen como padre a un adulto y, además, algunos varones adolescentes pueden desconocer o no responsabilizarse del hecho de haber sido padres. En Perú, por ejemplo, Guzmán *et al.* (2001) reporta que mientras la maternidad adolescente está presente en aproximadamente 1 de cada 10 mujeres, la paternidad adolescente en 1 de cada 50 varones. Otro ejemplo es la tasa de fecundidad de varones adolescentes que se encuentra para Chile y Venezuela: Olavaria y Madrid (2005)

reportan que la misma es de 19 y 25 por mil respectivamente, mientras que para las mujeres es mucho mayor como fue ilustrado previamente.

*b. La magnitud del embarazo y la maternidad*

El hecho que a diferencia de la fecundidad del grupo de 15 a 19 años, la fecundidad en todas los demás cohortes haya descendido de manera sistemática en los países de la Subregión andina, según lo destaca el UNFPA (2007), significa que las mujeres andinas siguen iniciando su reproducción a edades tempranas, y es posteriormente cuando empiezan a aplazar o detener su fecundidad, principalmente a partir de los 2 o 3 hijos/as.

Esta situación se confirma al observar que, salvo en los casos de Chile y Ecuador, en el período comprendido entre 1970 y 2005 se registra una tendencia hacia una mayor participación de los nacimientos aportados por madres adolescentes. Como se puede apreciar en la Tabla 3, en la actualidad Venezuela y Colombia y Ecuador son los países en los cuales existe una proporción más alta de nacimientos de madres adolescentes respecto al total.

**Tabla 3. Subregión Andina: Porcentaje de nacimientos de madres adolescentes respecto al total, 1970 - 2005**

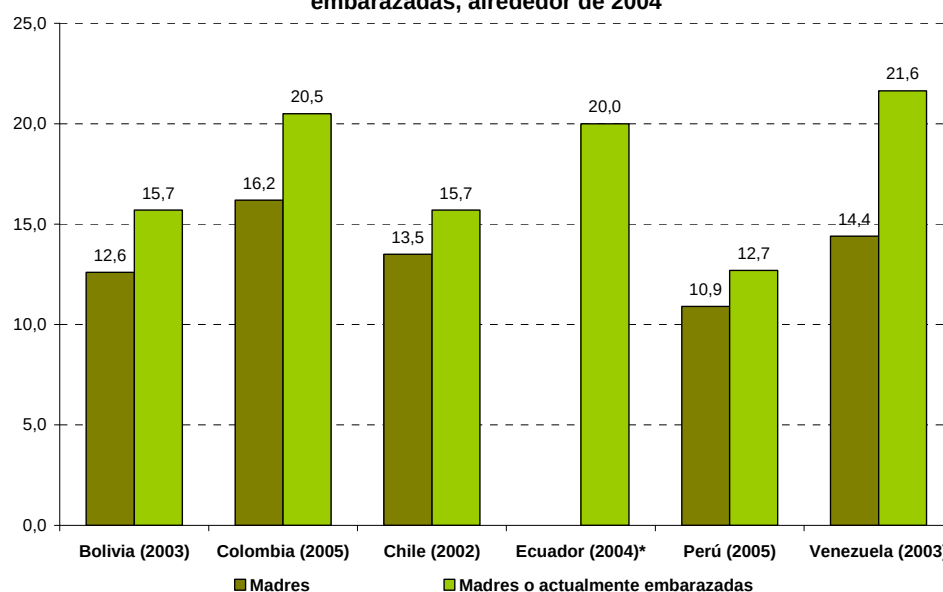
|           | 1970/75 | 1990/95 | 2000/05 | Variación<br>1970/75 -<br>2000/05 |
|-----------|---------|---------|---------|-----------------------------------|
| Bolivia   | 11,0    | 12,4    | 12,6    | 14,5%                             |
| Chile     | 16,0    | 11,3    | 10,1    | -36,9%                            |
| Colombia  | 14,5    | 18,9    | 16,8    | 15,9%                             |
| Ecuador   | 15,5    | 15,1    | 14,8    | -4,5%                             |
| Perú      | 10,9    | 12,9    | 11,7    | 7,3%                              |
| Venezuela | 15,4    | 18,6    | 20,6    | 33,8%                             |

Fuente: CELADE.

La magnitud del embarazo adolescente puede ser apreciada de manera más precisa acudiendo a datos que muestran el porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas. Considerando dicha información se observan dos grupos de países diferenciados: por un lado están Perú, Bolivia y Chile con registros de entre 12.7 y 15.7 por ciento; mientras que en el Ecuador, Colombia y Venezuela alrededor de 20 por ciento de las adolescentes ya son madres o están embarazadas (Gráfico 4).

En este contexto, se estima que en la actualidad de los 6.9 millones de adolescentes mujeres de entre 15 y 19 años de la Subregión Andina alrededor de 1.2 millones (18 por ciento) ya son madres o se encuentran actualmente embarazadas.

**Gráfico 4. Porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas, alrededor de 2004**



Fuente: Institutos o departamentos nacionales de estadística y Macro International.

\* Corresponde a adolescentes alguna vez embarazadas.

El fenómeno del embarazo en la adolescencia se complica aún más por el elevado número de adolescentes que deben enfrentar las diversas implicaciones de los embarazos no planificados. Según el UNFPA (2006), en América Latina y El Caribe entre 35 y 52 por ciento de los embarazos de adolescentes no habrían sido planificados; mientras que en la Subregión andina, la evidencia sugiere que esta proporción podría ser mayor; por ejemplo en Bolivia (área urbana), Colombia y Perú, la proporción de embarazos no deseados asciende a 70, 58 y 65 por ciento respectivamente.

Siguiendo al UNFPA (2006), hay diversas razones para la materialización de embarazos no planificados; entre ellas, la falta de conocimientos acerca de los hechos básicos de la reproducción y la falta de información con respecto a anticonceptivos, lo cual contribuye al fracaso de estos últimos. Asimismo, en este contexto se deben tomar en cuenta como causales importantes las características propias de la adolescencia como la dificultad para prever, el pensamiento mágico, la dificultad para la toma de decisiones y las dificultades para comunicarse de manera asertiva y negociar. Algunos embarazos no planificados son consecuencia de violación, abuso sexual e incesto.

### 3.2 Desigualdades y embarazo en la adolescencia

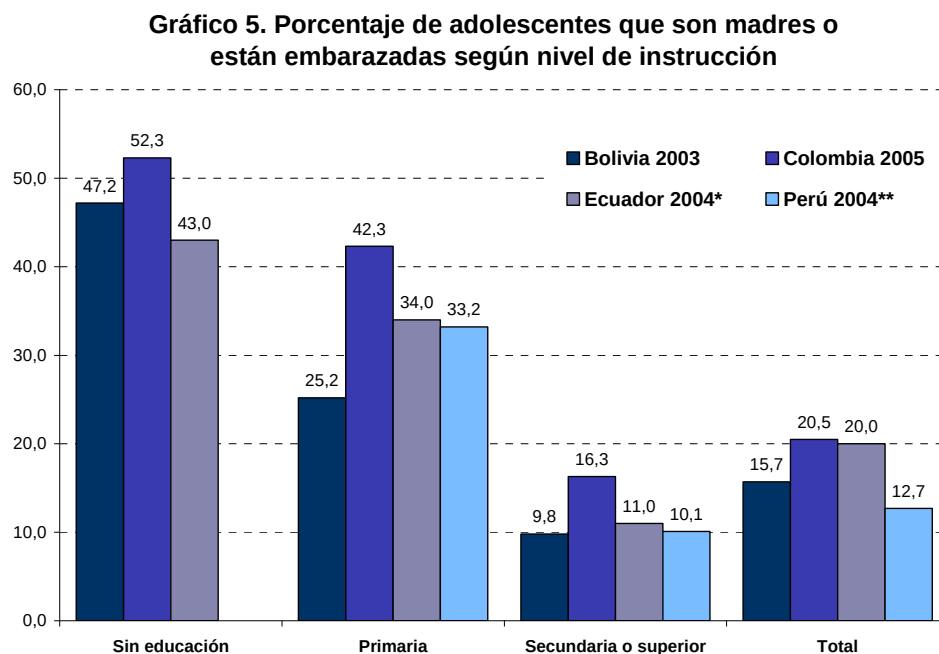
Diversos estudios realizados en la región, entre los que se puede destacar los del UNFPA Venezuela (2006) y del Ministerio de Planificación y UNFPA Bolivia (2007) muestran cómo, en general, las familias más pobres son también las que tienen una alta vulnerabilidad demográfica, expresada en tasas de fecundidad y relaciones de dependencia más elevadas, índices de mortalidad infantil más altos, menor acceso a los servicios de salud sexual y

reproductiva, mayor incidencia de la mortalidad materna, menos educación y mayor incidencia del embarazo y la jefatura de hogar adolescente.

Con relación a la fecundidad, Rodríguez y Hopenhayn (2007), citando un estudio reciente de la CEPAL reportan que en todos los países latinoamericanos analizados en el estudio (entre los que figuran la mayor parte de los países de la Subregión), la tasa específica de fecundidad adolescente del quintil más pobre triplica al menos la del quintil más rico.

De igual manera el embarazo en la adolescencia afecta de manera muy diferenciada a distintos estratos poblacionales, y de hecho constituye un reflejo indiscutible de cómo las familias más pobres son más vulnerables en términos sociodemográficos. La información disponible permite ilustrar dos facetas de la desigualdad social en el ámbito del embarazo adolescente: las diferencias en el embarazo y maternidad según el grado de pobreza y el de instrucción de las muchachas.

El Gráfico 5 ilustra las diferencias en la incidencia del embarazo y maternidad según el nivel de instrucción de la madre con diferencias muy marcadas entre las jóvenes que tienen la posibilidad de acceder a la secundaria o la educación superior y aquellas sin ningún nivel de instrucción. Considerando el promedio subregional, la proporción de adolescentes que son madres o están embarazadas que no accedieron a ningún nivel de educación formal representa cuatro veces la proporción observada entre las muchachas que accedieron a la educación secundaria o superior. A nivel de países, esta proporción varía entre 3.2 (Colombia) y 4.8 (Bolivia).

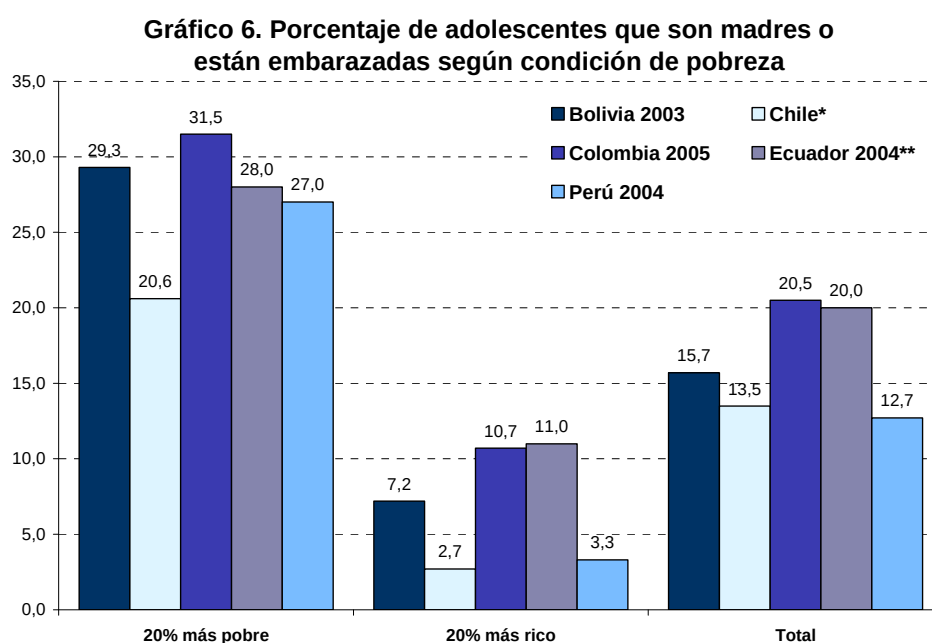


Fuente: Institutos o departamentos nacionales de estadística y Macro International.

\* Corresponde a adolescentes alguna vez embarazadas.

\*\* El dato de "Secundaria o Superior" corresponde a secundaria.

Otro aspecto que ilustra a cabalidad la desigual vulnerabilidad de las adolescentes de la Subregión es el diferencial en la incidencia del embarazo y la maternidad adolescente desagregada según nivel de pobreza. Es así que, como se puede apreciar en el Gráfico 6, existen diferencias muy marcadas en la incidencia del embarazo y la maternidad entre las adolescentes más pobres y aquellas en mejor condición socioeconómica, que sin embargo varían de manera importante de país a país. Así, el *ratio* de adolescentes que son madres o están embarazadas más pobres respecto a aquellas del quintil más rico es de 2.5 y 2.9 en Ecuador y Colombia; mientras que en los casos de Chile y Perú alcanza a los sorprendentes registros de 7.6 y 8.2 respectivamente.



Fuente: Institutos o departamentos nacionales de estadística y Macro International.

\* Corresponde a adolescentes que son madres.

\*\* Corresponde a adolescentes alguna vez embarazadas.

Este efecto disímil, que muestra la mayor exposición de las muchachas pobres y sin educación al embarazo, expone a estas adolescentes y a su descendencia a un riesgo concreto de extensión, al menos por una generación, del círculo intergeneracional de la pobreza, pues son justamente estas personas las que se encuentran en posesión de menores activos personales y sociales para acceder al empleo digno, para cuidar de su salud y la de sus hijos y para acceder a la escuela o continuar su educación, entre otros.

### 3.3 Determinantes próximos del embarazo en la adolescencia

La iniciación sexual, la nupcialidad y la anticoncepción son los principales factores o determinantes que se asocian al embarazo y maternidad adolescente.

#### *a. Iniciación sexual y nupcialidad*

La información disponible sobre la iniciación sexual de las personas de la Subregión Andina ilustra el hecho que las mujeres andinas inician su vida sexual alrededor de los 18 años de edad, mientras que los varones lo hacen, en promedio, hacia los 17 años. Asimismo, esta información muestra que no existen grandes diferencias entre países (Tabla 4).

**Tabla 4. Subregión Andina: Edad mediana a la primera relación sexual y a la primera unión**

|           | Primera relación sexual |         | Primera unión<br>(mujeres) |
|-----------|-------------------------|---------|----------------------------|
|           | Mujeres                 | Hombres |                            |
| Bolivia   | 18,6                    | 17,3    | 19,8                       |
| Chile     | 16,2                    | 17,8    | n.d.                       |
| Colombia  | 17,8                    | 17,1    | 21,7                       |
| Ecuador   | 19,2                    | n.d.    | 19,6                       |
| Perú      | 19,2                    | 16,8    | 21,7                       |
| Venezuela | 16,2                    | 17,8    | 20,7                       |

Fuentes: Bolivia, ENDSA 2003; Chile, ENJ 2001; Colombia, ENDS 2005; Ecuador, ENDEMAIN 2004; Perú ENDES 2005; Venezuela, ENPOFAM 1998.

El caso de Venezuela permite ilustrar que existen importantes diferencias al interior de los países cuando se analiza los datos desagregados por nivel educativo, diferencias que son escondidas por los datos promedio. Así, según la ENPOFAM 1998, una de cada tres adolescentes menos escolarizadas ha tenido relaciones, mientras que si tienen 10 o más años de instrucción la proporción de adolescentes que ha tenido relaciones se reduce a apenas un 4 por ciento. 3 de cada 4 adolescentes que nunca han tenido relaciones sexuales no han perdido su vínculo con la escuela, mientras que entre las activas sexualmente predominan las que si la abandonó.

Respecto a la nupcialidad, en los países de la Subregión Andina para los cuales se dispone de información proveniente de las encuestas DHS (Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú), más del 80 por ciento de las adolescentes nunca han estado casadas o unidas. Del restante 20 por ciento, entre 9 y 12 por ciento son convivientes, y entre 1 y 8 por cientos están casadas. De todas maneras, un elevado porcentaje de mujeres de la subregión tuvo su primera unión antes de los 20 años: 44 por ciento en Bolivia, 37.9 por ciento en Colombia, 49.5 por ciento en Ecuador y 39.2 por ciento en Perú (Tabla 5). La información presentada muestra importantes porcentajes de uniones que realizan las muchachas entre las edades de 15 a 17 años, y especialmente entre los 18 y 19 años de edad.

**Tabla 5. Subregión Andina: Porcentaje de mujeres de**

**25 a 49 años que tuvo su primera unión  
antes de los 15, 18 y 20 años**

|               | <b>Antes de los 15<br/>años</b> | <b>Antes de los 18<br/>años</b> | <b>Antes de los 20<br/>años</b> |
|---------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Bolivia 2003  | 4.9                             | 25.3                            | 44.1                            |
| Chile         | n.d.                            | n.d.                            | n.d.                            |
| Colombia 2005 | 4.7                             | 22.1                            | 37.9                            |
| Ecuador 1987  | 7.8                             | 31.6                            | 49.5                            |
| Peru 2000     | 4.5                             | 23.4                            | 39.2                            |
| Venezuela     | n.d.                            | n.d.                            | n.d.                            |

Fuente: Encuestas DHS.

Siguiendo al UNFPA (2007), los patrones de la iniciación sexual y la nupcialidad en la Subregión Andina muestran que las mujeres andinas tienen su primera relación sexual alrededor de los 18 años, se unen alrededor de los 20 y 21 años y tienen sus hijos o hijas pocos meses después. Aunque el patrón referente a que la trayectoria reproductiva acontece en el marco de la unión sigue siendo extendido, los datos hacen suponer que un buen número de nacimientos son concebidos o tenidos antes de la unión, como por ejemplo en el caso de Bolivia, en donde más de la mitad de los nacimientos de adolescentes se dieron de esta manera. Por ejemplo, según los datos de la ENDEMAIN 2004 (Ecuador), más del 40 por ciento de las mujeres alguna vez embarazadas de entre 15 y 24 años tuvieron el embarazo antes del matrimonio. Es necesario empero contrastar esta información con el hecho que elevadas proporciones de embarazos fueron reportados por las adolescentes como no deseados en la generalidad de los países de la Región Andina.

Asimismo, el UNFPA (2007) destaca que el inicio temprano a las relaciones sexuales y de la unión, así como la maternidad temprana son más comunes entre los estratos poblacionales menos favorecidos, como lo son las poblaciones que viven en la pobreza y aquellas con bajos niveles educativos. Asimismo, la iniciación sexual y la unión temprana, asociadas a la maternidad, son en general más tempranas en las áreas rurales, donde la iniciación sexual ocurre entre los 17 y 18 años, mientras en áreas urbanas ocurre uno o dos años más tarde. En este último caso, empero, corresponde profundizar la investigación relacionada a los aspectos culturales y consuetudinarios del fenómeno.

#### *b. Anticoncepción*

En los países de la Subregión Andina, al igual que sucede en América Latina se presenta el fenómeno de una marcada discrepancia entre el conocimiento de los métodos modernos de anticoncepción, en general obtenidos en los centros de enseñanza formal, y el uso de estos métodos entre los adolescentes. La Tabla 6 permite apreciar que el grado de conocimiento de tales métodos es generalizado entre los adolescentes, superando ampliamente el 90 por

ciento.<sup>3,4</sup> El UNFPA (2007) destaca que existen algunos métodos como la anticoncepción de emergencia que no son conocidos ni por la mitad de las y los adolescentes de la Subregión. La vasectomía, el condón femenino y los implantes también son métodos que una buena parte de adolescentes no conoce, principalmente en Bolivia y Ecuador. Asimismo, en los países que se tiene información de las encuestas DHS (Bolivia, Colombia y Perú) menos de la mitad de las mujeres identifican correctamente la etapa fértil dentro de su periodo menstrual.

Pese a este grado de conocimiento bastante elevado, con las excepciones de Colombia y Chile, el uso de métodos anticonceptivos modernos se encuentra por debajo del 50 por ciento en el resto de países de la Subregión, siendo marcadamente bajo en el caso de Bolivia. Entre los métodos más empleados por las adolescentes destacan las inyecciones y las píldoras entre las adolescentes unidas, y el condón masculino entre las adolescentes no unidas sexualmente activas.

**Tabla 6. Conocimiento y uso de métodos modernos de anticoncepción entre los adolescentes**

|           | Conocimiento <sup>1</sup> | Uso actual por las adolescentes |        |                               |
|-----------|---------------------------|---------------------------------|--------|-------------------------------|
|           |                           | Total                           | Unidas | No unidas sexualmente activas |
| Bolivia   | 92,1                      | n.d.                            | 26,3   | 18,7                          |
| Chile     | n.d.                      | 67,0                            | n.d.   | n.d.                          |
| Colombia  | 99,3                      | n.d.                            | 47,1   | 66,1                          |
| Ecuador   | 97,0                      | 47,0                            | n.d.   | n.d.                          |
| Perú      | 97,3                      | n.d.                            | 41,2   | n.d.                          |
| Venezuela | 90,0                      | 33,9                            | n.d.   | n.d.                          |

<sup>1</sup> Para Ecuador corresponde a adolescentes en general. Para en resto corresponde a mujeres.

Fuentes: Bolivia, ENDSA 2003; Chile, ENJ 2006 Colombia, ENDS 2005; Ecuador, ENDEMAIN 2004; Perú ENDES 2005 y Ministerio de Salud; Venezuela, ENPOFAM 1998.

La evidencia sobre el uso de anticoncepción en la primera relación sexual es mixta: mientras que en Ecuador únicamente 13.5 por ciento de las adolescentes usaron algún método durante su primera relación sexual, en Chile lo hizo el 54.8 por ciento y en Venezuela un 50 por ciento. Según el UNFPA (2007), la razón predominante del no uso entre mujeres que tuvieron relaciones premaritales fue que no esperaban tener relaciones, las ya mencionadas características emocionales y de comportamiento inherentes a la adolescencia o el desconocimiento de métodos, mientras que entre mujeres que tuvieron relaciones maritales fue el desconocimiento de métodos.

La evidencia disponible también sugiere que en los países bajo estudio tiene lugar una gran diferenciación socioeconómica en el uso de estos métodos, en desmedro de las muchachas

<sup>3</sup> Se hace notar que el registro más bajo, correspondiente a Venezuela, corresponde al año 1998, estimándose que a la fecha esta proporción es mayor.

<sup>4</sup> La evidencia señala que no existen diferencias importantes en el conocimiento de métodos por parte de hombres y mujeres.

que pertenecen a los grupos poblacionales menos favorecidos. Por ejemplo, con datos de Chile correspondientes a 2006, 67 por ciento de las adolescentes usó algún método anticonceptivo en su última relación sexual. Al estudiar los datos desagregados emergen, empero, diferencias significativas: mientras que el 87 de las adolescentes del quintil socio-económico superior hizo uso de los mencionados métodos, solamente 57 por ciento de las adolescentes más pobres lo hicieron.

Son diversas las hipótesis en torno a esta discrepancia entre conocimiento y uso, centrándose los principales enfoques en torno a posibles limitaciones de acceso a la anticoncepción, generalmente limitada por factores económicos y barreras institucionales, pero con importante incidencia de elementos culturales y comportamientos sociales (como timidez u oposición de la pareja) en varios casos. En el caso de Colombia, por ejemplo, la ENDS Pro Familia (2005) reportó que del total de razones para no usar anticoncepción, las adolescentes manifestaron las siguientes como principales: debido a la oposición de la pareja (12 por ciento), por problemas de acceso y costo (11 por ciento) y por falta de conocimiento (7 por ciento).

#### *Preferencias reproductivas<sup>5</sup>*

En los países andinos, al igual que en la mayoría de la región, las tasas de fecundidad observadas son más altas que las deseadas (casi un hijo). Esto se traduce en que hay un número importante de nacimientos que las madres hubieran preferido prevenir. En el caso de las adolescentes, al analizar la información procedente de las encuestas DHS de Bolivia, Colombia y Perú se observa que justamente el grupo de 15 a 19 años tiene el más alto porcentaje de hijos deseados o deseadas en comparación con el resto de los grupos etáreos; sin embargo, también tiene el más alto nivel de hijos que hubieran deseado tener más adelante, lo que hace suponer que son el grupo en el que hay una mayor frecuencia de hijos no planeados.

Alrededor del 40 por ciento de las mujeres bolivianas y colombianas que tuvieron sus hijos antes de los 20 años señalaron que sí los deseaban pero más adelante; en Perú este mismo porcentaje alcanza casi el 60 por ciento. Según Guzmán *et al.* (2001), el hecho de que los hijos de mujeres adolescentes sean los más deseados se explica principalmente por la circunstancia de que muchos de ellos o ellas son los primogénitos. Sin embargo, este deseo va a estar supeditado justamente al orden del nacimiento y al estado conyugal de la mujer. Por ejemplo, en Ecuador de las adolescentes que tuvieron a su primer embarazo dentro de la unión, únicamente 3 por ciento dijeron que no lo querían y 16 por ciento que lo hubieran preferido más adelante, mientras que de las adolescentes que tuvieron su primer embarazo premarital, estos porcentajes son del 12 y 41 por ciento respectivamente. De hecho, según la ENDEMAIN 2004, en dicho país, del total de embarazos adolescentes 37 por ciento de las mujeres dijeron que no pensaban que el embarazo iba a ocurrir, exponiendo como razones principales de esta suposición el que era la primera vez, que no tenían relaciones frecuentemente y que no conocían bien su periodo fértil.

---

<sup>5</sup> Extractado de UNFPA (2007).

### 3. Acceso a información, educación y servicios<sup>6</sup>

Los importantes niveles de embarazos en adolescentes son un reflejo, entre otros aspectos, de la falta de información, educación y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. En general, hay una alta aceptación del uso de métodos entre adolescentes varones y mujeres en la región andina (aproximadamente 90 por ciento); sin embargo, son ellos y ellas quienes están menos expuestos a mensajes de planificación familiar, quienes presentan el porcentaje más bajo de conversaciones con proveedores de servicios, quienes tienen el menor porcentaje sobre el conocimientos de fuentes y, además, quienes tienen mayor demanda insatisfecha de métodos. Por ejemplo, según las encuestas DHS en Bolivia este último indicador alcanza al 40 por ciento de las adolescentes.

La gran mayoría de las adolescentes embarazadas de la Subregión han recurrido a la atención prenatal (aproximadamente el 85 por ciento en Bolivia, Colombia, Ecuador y Venezuela; y 93 por ciento en Perú), en la mayoría de los casos prácticamente no hay diferencias en el porcentaje de adolescentes y el resto de las mujeres en edad fértil. Sin embargo, entre las adolescentes se observa un mayor porcentaje que tienen un menor número de controles o que el inicio del control fue ligeramente más tardío. Como en todos los demás aspectos, las adolescentes en áreas rurales, con menores niveles educativos y pertenecientes a los sectores más pobres, se encuentran en desventaja.

Respecto a la atención al parto, en todos los países la mayor parte de los partos de adolescentes son atendidos en servicios de salud y bajo el cuidado de profesionales, y las diferencias entre adolescentes y adultas es mínima, de hecho en algunos países hay un mayor porcentaje en este tipo de atención entre adolescentes. Así, en Chile la atención profesional el parto es superior al 99.9 por ciento, lo que es similar para las madres de todos los grupos de edades. A su vez, en Colombia, Ecuador y Venezuela el porcentaje rebasa el 90 por ciento, mientras que en Bolivia y Perú es donde se encuentra el menor porcentaje, alrededor del 70 por ciento. En general, no se advierte que en particular, las adolescentes tengan dificultades de acceso a cuidados profesionales durante el parto distintas al resto de las mujeres.

En el ámbito educativo, aunque los países andinos cuentan con políticas públicas que protegen el derecho de los y las adolescentes a recibir información y educación en sexualidad y salud sexual y reproductiva, prevalecen importantes brechas en lo relativo a su implementación en las escuelas y a través de vías no formales. Los datos disponibles corroboran la existencia de una demanda educativa insatisfecha al respecto. En efecto, los y las adolescentes carecen por lo general de los conocimientos, actitudes y habilidades indispensables para tomar decisiones responsables respecto al inicio de su vida sexual, prevenir el embarazo, negociar las relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos, entre otros.

En Chile por ejemplo, en una investigación realizada por el Ministerio de Educación y Adimark (2004) con una muestra de 4,858 adolescentes, el 4.7 por ciento declaró que nunca

---

<sup>6</sup> Extractado de UNFPA (2007).

ha recibido educación sexual durante su vida escolar; el 37.9 por ciento la ha recibido de forma aislada; el 48.2 por ciento de forma frecuente pero no permanente y sólo el 8 por ciento de manera permanente. Por otra parte, según datos de un estudio realizado por el Mineduc y FLACSO/Chile citado por Olavaria *et al.* (2006), más de 21,000 adolescentes entre 11 y 19 años matriculados en el sistema educativo en el año 2005 eran padres y madres.

#### **IV. IMPLICACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

Las implicaciones del embarazo y la maternidad adolescente son múltiples, y afectan de manera determinante el futuro y el proyecto de vida de los y las adolescentes, pero especialmente los de estas últimas. Entre las implicaciones más salientes de embarazo adolescente destacan primero los riesgos de salud, tanto para la joven madre como para el/la recién nacido/a, además de su pareja y su propia familia, incluyendo los riesgos del aborto; los múltiples obstáculos para iniciar o continuar la formación escolar; la precarización del acceso al trabajo, sea este acceso presente o futuro; el riesgo de caer o continuar sumida en la trampa de la pobreza; el riesgo de una formación deficiente que se cierne sobre los niños y niñas y en algunos casos el riesgo de ser víctimas del estigma social que enfrentan las madres adolescentes.

Lamentablemente, no se dispone de información estadística que permita ilustrar los alcances de todas estas implicaciones en la Subregión Andina. Sin embargo, a continuación se presenta alguna información disponible sobre algunos de estos alcances.

##### *a. Implicaciones en el ámbito de la salud*

Diversos estudios, entre los que se puede citar los de Rodríguez y Hopenhayn (2007) y UNFPA (2006), ponen de relieve el hecho que la reproducción en la adolescencia se relaciona con mayores probabilidades de morbi mortalidad tanto para las madres como para los niños, incluyendo en este segundo caso las complicaciones obstétricas y en el puerperio.

Sobre la base de datos provenientes de 56 países, el UNFPA (2006) determinó que las probabilidades de que las muchachas de 15 a 19 años de edad mueran debido al embarazo o el parto son dos veces superiores a las de una mujer de 20 a 30 años. Para las menores de quince años, los riesgos son cinco veces mayores.

Guzmán *et al.* (2001) destaca que aunque el porcentaje de mujeres adolescentes que tuvieron su primer hijo antes de los quince años es bajo (aproximadamente 2 por ciento en Bolivia, Colombia y Perú), es importante no subestimar el problema por su baja incidencia, y por el hecho que en muchos casos el fenómeno tiene que ver con situaciones de abuso, incesto o violencia.

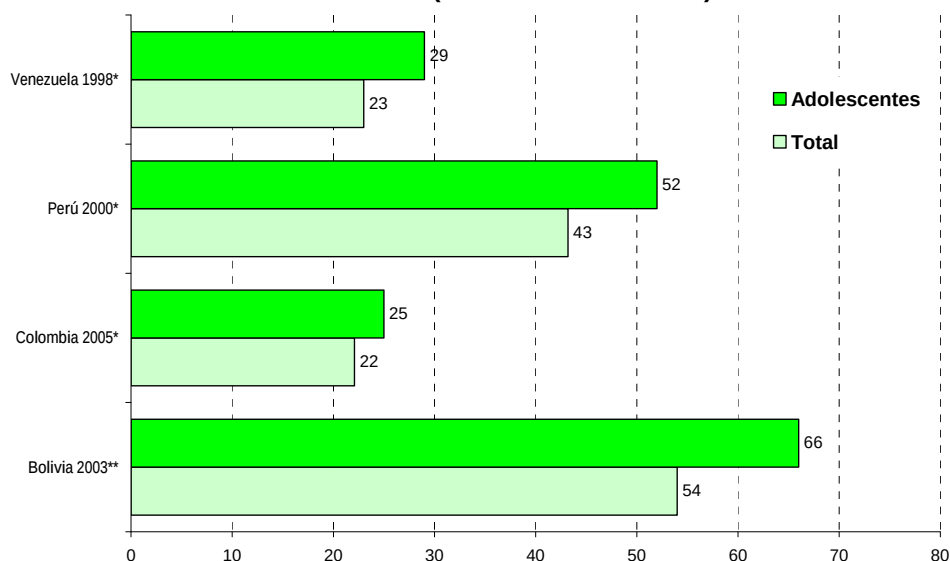
El UNFPA (2007) destaca que en un estudio en Colombia se encontró que la hipertensión inducida por el embarazo es cinco veces más frecuente en menores de 16 años que en las de mayor edad (Monterrosa, 1996). Asimismo, existen estudios que han encontrado que las

tasas de mortalidad materna en adolescentes es ligeramente mayor en comparación con las mujeres jóvenes (20-35 años). Por ejemplo, según Pantelides (2005) en el caso de Perú la tasa de mortalidad materna es de 22.2 por 100,000 mujeres para el grupo de 15-19, mientras que para los siguientes grupos quinquenales es de 19.6 (20-24), 13.2 (25-29) y 12.3 (30-34).

Como se ha señalado previamente, una fracción muy importante de la fecundidad registrada entre las adolescentes es no deseada, lo cual en muchos casos deriva que una gran cantidad de muchachas se sometan a abortos. Según estimaciones del UNFPA (2007b), anualmente unas 70,000 adolescentes de la Subregión Andina se someten a abortos. Guzmán *et al.* (2001), citado por el UNFPA (2007) reporta que a fines de los noventa el 82.5 por ciento del total de embarazos no deseados en adolescentes terminó en aborto en Colombia y 68.8 por ciento en el caso de Perú. Aunque no existen registros contundentes sobre el tema, la evidencia disponible sugiere que en gran parte de los casos estos abortos son practicados por personal insuficientemente calificado y bajo condiciones de alta inseguridad que comprometen inclusive la vida de las jóvenes.

En cuanto a la salud infantil, el UNFPA (2006) reporta que a nivel global, los niños de madres adolescentes tienen probabilidades 1.5 veces más altas de morir antes de alcanzar el primer mes de vida. La información disponible para la Subregión permite evidenciar los mayores riesgos de mortalidad infantil asociados a la maternidad adolescente. En los cuatro países para los cuales existe información, se encontró que la tasa de mortalidad infantil entre los hijos de madres adolescentes es invariablemente mayor que la tasa de mortalidad general (Gráfico 7). Este fenómeno se debería, entre otros a factores fisiológicos pues, como lo destaca el UNFPA (2006) existe evidencia de un mayor riesgo de partos prematuros o de parto obstruido entre las adolescentes, riesgos que son mayores entre las niñas más pobres cuyo crecimiento no fue el óptimo debido a la desnutrición. En otro ámbito, muchas de las jóvenes madres simplemente no tienen los conocimientos y destrezas adecuadas para aplicar técnicas sencillas de cuidado y atención básica al recién nacido, a lo que podría sumarse en algunos casos la falta de apoyo de su pareja y/o familia.

**Gráfico 7. Tasas de Mortalidad Infantil total y en madres adolescentes (Por mil nacidos vivos)**



\*Tasas para los 10 años previos. \*\*Tasas para los 5 años previos.

Fuentes: Encuestas DHS (Bolivia, Colombia y Perú) y ENPOFAM (Venezuela).

El UNFPA (2007) destaca que otro de los indicadores en la salud infantil de los/as hijos/as de madres adolescentes es el referido al bajo peso al nacer. Empleando datos de la EMPOFAM, en Venezuela se encontró que del total de nacimientos de mujeres que tuvieron a sus hijos antes de los 20 años el 10.3 por ciento nacieron con bajo peso (menos de 2,500g), mientras que en el grupo de 20-34 esta cifra fue de 7.3 por ciento y en el de 35 y más de 8.2 por ciento. Sobre los nacimientos prematuros, en un estudio de Monterrosa (1996) evaluando 10,550 partos en Colombia se encontró que 763 fueron pretérminos, de éstos el 36.4 por ciento correspondían a adolescentes de 13 a 18 años.

#### *b. Implicaciones en la educación*

El evento de un embarazo en la adolescencia, que es una etapa de la vida que se dedica a la formación y acumulación de capital humano, restringe de manera objetiva las posibilidades de acceso o permanencia de las adolescentes (y en ocasiones de los varones) en los sistemas educativos especialmente formales. Se dispone de escasa información Subregional acerca de las implicaciones y alcances de la relación entre el embarazo y maternidad tempranos y la educación. Sin embargo, la evidencia parcial presentada en la Tabla 7 es reveladora.

Por un lado, aunque existe evidencia de que el embarazo no es la principal causa de abandono escolar (Rodríguez y Hopenhayn, 2007),<sup>7</sup> su incidencia en el abandono escolar no es despreciable como lo muestra la evidencia correspondiente a Bolivia y Chile, donde 14 y 15 por ciento del abandono escolar de las muchachas que cursaban la secundaria se debió

<sup>7</sup> Según estos autores, las encuestas revelan que el embarazo adolescente no es la principal causa de deserción escolar, sino los apremios socioeconómicos, la desmotivación o la frustración por la mala calidad de la educación o su escasa relevancia para encontrar empleo bien remunerado.

directamente a que estas quedaron embarazadas.<sup>8</sup> Pese a esta evidencia, debe destacarse que la dirección de la causalidad entre embarazo y abandono escolar no siempre se registra en un solo sentido. Así, por ejemplo en Venezuela, según datos de la ENPOFAM (1998) el embarazo no necesariamente lleva a la interrupción de la educación, ya que muchas adolescentes abandonan la escuela antes de iniciar una unión, embarazarse o ser madres.

Otro indicador asociado, que mide la proporción de mujeres con o sin hijos que están asistiendo a centros de formación formal señala que en el caso de Chile la brecha es abrumadora pues mientras que ocho de cada diez adolescentes mujeres sin hijos asisten a la escuela, sólo entre dos y tres muchachas que ya dieron a luz lo hacen. Esta situación, indudablemente, tendrá repercusiones socioeconómicas futuras, y compromete el futuro de la joven madre y de su descendencia.

**Tabla 7. Algunos indicadores disponibles sobre educación y embarazo / maternidad adolescente en países de la subregión Andina (Porcentajes)**

|                                                                                                | Bolivia | Chile | Ecuador |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|---------|
| <b>Abandono escolar</b>                                                                        |         |       |         |
| Abandono escolar por causa del embarazo                                                        | 14,0    | 15,0  |         |
| <b>Asistencia a la educación formal de adolescentes de 15 a 19 años</b>                        |         |       |         |
| Madres que están estudiando en la educación formal                                             |         | 25,0  |         |
| Mujeres sin hijos que están estudiando en la educación formal                                  |         | 78,0  |         |
| <b>Condición de estudio o trabajo al tiempo del primer embarazo en jóvenes de 15 a 24 años</b> |         |       |         |
| Sólo trabajaba                                                                                 |         |       | 26,0    |
| No estudiaba ni trabajaba                                                                      |         |       | 45,0    |
| Estudiaba y trabajaba                                                                          |         |       | 5,0     |
| Sólo estudiaba                                                                                 |         |       | 24,0    |

Fuentes: Bolivia, UNFPA Bolivia (2007); Chile, ENJ 2001 y CNPV 2003; Ecuador, ENDEMAIN 2004.

Por otra parte, la interesante evidencia proporcionada por la encuesta ENDEMAIN en el Ecuador, permite verificar la hipótesis –ampliamente aceptada– de que la escuela y el trabajo proporcionan un “blindaje” que previene el embarazo precoz. Así, del total de las jóvenes ecuatorianas de 15 a 24 años que tuvieron su primer embarazo, casi la mitad (45 por ciento) no estudiaba ni trabajaba al momento de embarazarse, 24 por ciento sólo estudiaba y 25 por ciento solo trabajaba.

<sup>8</sup> En el caso de Bolivia, para el cual se dispone de información complementaria, es posible que estos datos subestimen la dimensión del problema, pues bajo otras razones de abandono como “matrimonio o inicio de unión” o “tenía que cuidar niños” podrían subyacer situaciones de embarazo.

### *c. Otras implicaciones socioeconómicas*

Sobre otras consecuencias en términos sociales, existe poca información que establezca evidencia en la región sobre el tema, sin embargo, hay algunos estudios que muestran el efecto negativo del embarazo en las adolescentes.

Por ejemplo, el UNFPA (2007) destaca que en un estudio se encontró que un nacimiento en la adolescencia rebaja la razón de ingreso/necesidades de una mujer en más del 30 por ciento. Respecto a la transmisión intergeneracional de la pobreza, Guzmán *et al.* (2001) encontraron que el ser madre adolescente aumenta la probabilidad de ser pobre de 16 a 28 por ciento. Asimismo, un estudio llevado a cabo en Chile por Buvinic (1998) indica que la maternidad temprana va acompañada de efectos económicos negativos, en términos de menores ingresos mensuales, especialmente para las madres pobres que más necesitan de esos ingresos. La maternidad temprana parece arraigar la trayectoria de pobreza de las mujeres pobres. En el mismo estudio sobre costos de la maternidad entre adolescentes, se demostró que 67 por ciento de las madres adolescentes fueron hijas de madres adolescentes, en comparación con el 35 por ciento en el caso de madres no adolescentes; lo cual es otro aspecto de las consecuencias de esta situación.

Asimismo, a raíz del hecho que la maternidad/paternidad adolescente no se relaciona de manera nítida con la independencia económica de las y los adolescentes, la ocurrencia de un embarazo muchas veces deriva en que la joven madre y su niño deban ser mantenidos por los padres de las muchachas, situación que presiona sobre el presupuesto familiar. En los casos de embarazo adolescente en hogares de bajos ingresos, esta presión puede resultar significativa y comprometer el bienestar no sólo de la joven madre y su niño, sino también de otros miembros de la familia.

### *d. Equidad de género y paternidad adolescente*

Siguiendo a Rodríguez y Hopenhayn (2007), en la relación entre fecundidad no deseada y privación en el ejercicio de derechos destaca de manera particular la inequidad de género, pues son las mujeres quienes viven y padecen con mayor fuerza las consecuencias del embarazo no deseado. Sea porque los hombres (adolescentes o no) tienden a eludir su responsabilidad. Sea porque la responsabilidad de la prevención se imputa unilateral e injustamente a la mujer, cuando los hombres deberían ser igualmente activos en protegerse contra embarazos no deseados. Sea porque las adolescentes sexualmente activas que se cuidan suelen ser objeto de estigmas y descalificaciones por parte de sus contrapartes masculinas y de otras mujeres.

Con relación a la paternidad adolescente, puede señalarse que en la subregión Andina se conoce poco acerca de sus implicancias sociales, lo cual se debe, en parte, a la carencia de información sobre el tema; pero principalmente al hecho de que el análisis del embarazo en la adolescencia se ha centrado tradicionalmente en las jóvenes. Siguiendo a Madrid (2006) quien enfoca el caso chileno, los estudios de carácter cualitativo disponibles han permitido comprender este fenómeno como un suceso que trastorna los proyectos y planes de los adolescentes (sus imaginarios biográficos futuros) ya que, por lo general, tiene un carácter

inesperado (no planificado) y que provoca incertidumbre (frente al futuro) debido a la percepción generalizada de la falta de preparación para cumplir con las expectativas del ser padre (Olavarría y Parrini 1999; Olavarría 2000, 2001; Estévez 2004). Además, estos estudios han permitido darle sentido a esta diferenciación social de esta experiencia. Mientras en los sectores populares, la paternidad puede constituir un suceso que permita construir un proyecto de vida (a partir del tener algo propio), para los varones de sectores medios y altos, la paternidad puede poner en riesgo el proyecto de vida que ha sido estimulado por sus padres y familias –como por ejemplo obtener una profesión.

El mismo autor concluye que las implicaciones de la paternidad, y sus tensiones, afectan de manera diferente a los jóvenes dependiendo de factores socioeconómicos (hay varones que fueron padres durante la adolescencia, que trabajan y otros que sólo estudian, los hay que ya han conformado un hogar y otros que a pesar de tener hijos viven con sus padres). Asimismo, señala que la evidencia empírica disponible muestra que quienes fueron padres durante la adolescencia experimentan implicaciones importantes en sus trayectorias de vida, en términos de un menor logro educacional alcanzado y una mayor inserción en el mercado laboral a edades tempranas, entre otros.

## **V. PRINCIPALES DESAFÍOS EN MATERIA DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN LA SUBREGIÓN ANDINA**

Actualmente existen importantes retos en la región en materia de embarazo adolescente, sobretudo en el área de prevención en donde la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, la educación sexual formal y no formal y el fortalecimiento de redes sociales e interinstitucionales que lleven a cabo acciones a favor de la prevención del embarazo adolescente, resultan fundamentales para posibilitar que los y las adolescentes aplacen el embarazo, lo cual es un imperativo tanto en materia de salud como de derechos humanos.

A continuación, se intenta resumir los principales desafíos en materia de prevención del embarazo adolescente que enfrenta la subregión, con base en los aportes de los ministerios de Salud o de protección Social que fueron presentados en Lima en el mes de junio de 2007.

*En lo que se refiere a los derechos humanos y equidad social:*

- Garantizar los derechos humanos de los y las adolescentes en el ámbito de la salud, incluidos los sexuales y reproductivos
- Disminuir las condiciones de vulnerabilidad de la población adolescente.
- Reducir brechas e inequidades sociales que afectan a la población adolescente, y que hace más vulnerables al embarazo y maternidad a los y las adolescentes socioeconómicamente más desfavorecidos y excluidos.
- Articulación interinstitucional e intersectorial para prevenir la vulneración de los derechos de adolescentes y jóvenes y reducir brechas e inequidades en el acceso a servicios de educación, empleo, salud incluido el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, nutrición y protección social.

*En lo que respecta a las conductas sexuales:*

- Promoción de la sexualidad saludable y segura en la población en general y en los adolescentes en particular, incluyendo el uso de la anticoncepción.
- Incremento de prevalencia de uso de anticoncepción entre los adolescentes, incluyendo el uso del preservativo como triple protección contra el embarazo, las ITS y el VIH/SIDA.
- Incremento de la participación e interés de los adolescentes varones en el uso de anticonceptivos.

*En lo concerniente a la institucionalidad y servicios:*

- Fortalecer la implementación de la atención integral del adolescente, con servicios diferenciados según sus necesidades y expectativas, que oferten información y atención en SSR y MAC incluyendo la AOE y que se provean con calidad y calidez, garantizando la privacidad y confidencialidad de los servicios.
- Promover la integración multisectorial e intersectorial en la atención a los adolescentes
- Creación y/o fortalecimiento de redes de servicios de salud sexual y reproductiva específicos y de calidad para adolescentes.
- Desarrollo de modelos de atención integral para adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos, género, generacional y sensibilidad cultural con énfasis en prevención y promoción de la salud en el primer nivel.
- Mejorar la cobertura de los servicios y el acceso de los adolescentes a los mismos.
- Eliminación de barreras de acceso socioeconómicas, culturales, institucionales, geográficas a los servicios de atención a los adolescentes.
- Focalizar las acciones en los y las adolescentes con mayor vulnerabilidad: 10 a 14 años, los que viven en la calle, no acuden a la escuela, están en pandillas, los que trabajan, los que son padres o madres, los adolescentes indígenas y rurales, adolescentes que viven en zonas de conflicto, que enfrentan embarazo subsecuente, así como aquellos que son migrantes e hijos de migrantes o tienen capacidades diferentes.
- Contar con personal de salud competente y sensible, para lo cual se deben desarrollar acciones de capacitación de recursos humanos.
- Implementar y mantener actualizados sistemas de monitoreo y evaluación nacionales y Subregional.

*Respecto al marco normativo y políticas públicas:*

- Incorporar en la agenda pública nacional y de los gobiernos regionales y locales el tema adolescente como una inversión social.
- Formulación o fortalecimiento de políticas públicas para los adolescentes con enfoque multisectorial, de desarrollo humano, género, derechos humanos e interculturalidad.
- Difundir e implementar la normatividad y las políticas en todos los niveles y traducirlas en programas efectivos y de calidad.
- Diseñar programas de prevención más efectivos, agresivos, creativos y de amplia cobertura bajo el claro liderazgo de los sectores salud y educación en coordinación permanente.
- Trabajar de manera intensiva con adolescentes varones.

- Implementación de programas de desarrollo integral que consideren la ampliación de oportunidades, desarrollo de capacidades, y ejercicio de ciudadanía.

*Con relación a la participación social:*

- Promover la participación de la sociedad civil y comunidad organizada a través de redes de apoyo local en función del desarrollo integral del adolescente.
- Fortalecer la participación y actoría juvenil en la formulación de políticas, programas, planes y proyectos.
- Promover la participación activa de los adolescentes en toda actividad que se relacione a su salud, buscando su empoderamiento.
- Lograr la articulación en redes sociales y de salud con los diferentes actores sociales institucionales y de la comunidad, a favor del desarrollo integral y la salud de la adolescencia y juventud como condición para desarrollo sostenible
- Potenciar las organizaciones juveniles como forma de participación positiva en su propio desarrollo, de sus pares, familias y comunidades.
- Promover la participación social de adolescentes y jóvenes para la veeduría social.
- Tener en cuenta los valores y normas socioculturales, así como los aspectos propios de la sub-cultura juvenil y la influencia de las construcciones de género que pueden favorecer u obstaculizar estos procesos y el acceso a los servicios.

*En educación:*

- Mantener o en su caso profundizar la provisión a niños, niñas y adolescentes de una educación para la sexualidad integral y de calidad.
- Procurar el desarrollo de programas y contenidos de la educación para la sexualidad que apunten a superar las barreras culturales, mediante la adopción de enfoques interculturales pertinentes.
- Procurar el desarrollo de programas con contenidos orientados a lograr la adecuada concepción de la paternidad en los adolescentes, como una etapa de disfrute y compromiso, en lugar de una “carga”.
- Procurar la participación activa de los adolescentes en los procesos de educación, entre otros mediante la formación de adolescentes como educadores de pares.

*En materia de información:*

- Fortalecimiento de los sistemas estadísticos nacionales para lograr el mejoramiento de los registros administrativos y fuentes primarias de información (por ejemplo encuestas tipo DHS) para que recojan periódicamente información sobre la situación de salud, SSR y condiciones de vida de las y los adolescentes, que permitan evaluar y ajustar las políticas públicas dirigidas a este grupo poblacional.
- Contar con un sistema de Monitoreo y Evaluación acerca del estado del embarazo en adolescentes en la región.

|

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Buvinic, M. (1998): "Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México". Washington. No WID-102.
- CELADE (2000): "Adolescencia y Juventud en América Latina y el Caribe: Problemas, oportunidades y desafíos en el comienzo de un nuevo siglo". Serie Población y Desarrollo No. 9. Santiago de Chile.
- Gobierno de Chile/Ministerio de Educación y Adimark (2004): Investigación de Mercado y Opinión Pública "Estudio Educación en Sexualidad". Chile.
- Guzmán, J.M. *et al.* (2001): "Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe". México.
- Madrid, S. (2006): "Paternidades adolescentes y ordenamiento de género en Chile". Revista del Observatorio de la Juventud del Instituto Nacional de la Juventud, Número 10. Santiago de Chile, Junio del 2006.
- Ministerio de Planificación del Desarrollo y UNFPA (2007): "Bolivia: Población, Territorio y Medio Ambiente – Análisis de situación de la Población". La Paz, Bolivia.
- Monterrosa A. (1996): "Causas e implicaciones médico-sociales del embarazo en la adolescencia". Colombia.
- Olavarría, Donoso y Valdés (2006): "Estudio de la situación de maternidad y paternidad en el sistema educativo chileno". Chile: Gobierno de Chile/Ministerio de Educación y FLACSO/Chile.
- Olavarría, J., Madrid, S. (2005): "Sexualidad, fecundidad y paternidad en varones adolescentes en América Latina y el Caribe". Coord. L. Mora. México: UNFPA.
- Pantelides (2005): "Salud Sexual y Reproductiva Adolescente en el Comienzo del Siglo XXI en América Latina y el Caribe". Nueva York: UNFPA.
- Rodriguez, J. y M. Hopenhayn (2007): "Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos". En Desafíos, Boletín de la infancia y la adolescencia CEPAL-UNICEF. Santiago de Chile, Chile.
- UNFPA (2006): "Población, Desigualdades y Políticas Públicas: Un Diálogo Político Estratégico – Análisis de Situación de Población en Venezuela". Venezuela.
- UNFPA (2007): "Análisis de situación del embarazo adolescente en la Región Andina". Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe". México D.F., México.

UNFPA Bolivia (2007b): “El Embarazo Adolescente como problema de Salud Pública en el Área Andina. Presentación realizada en la Reunión Ordinaria de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina”. Santa Cruz, Bolivia, 30 de marzo de 2007.