

Fecha: octubre 27,2008

BUENAS PRÁCTICAS EN MATERIA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Marco conceptual – documento de trabajo



Borrador para Discusión

I.INTRODUCCIÓN

Mucho se ha escrito y se ha investigado en las últimas dos décadas sobre el embarazo en la adolescencia, o la fecundidad en la adolescencia, perspectiva desde donde se le estudia muchas veces. Tradicionalmente, el embarazo en adolescentes fue considerado un grave problema de salud pública debido a su magnitud, y debido sobre todo a sus consecuencias para la salud de la adolescente, además de las graves consecuencias para su futuro desarrollo. Asimismo se ha discutido en particular en ALC, los altos costos que la atención de la morbi-mortalidad materna implican para los sistemas de salud, ya muy exigidos. Por lo mismo, tradicionalmente se han desarrollado una diversidad de estrategias y programas específicos desde el sector salud y otros sectores para la prevención del embarazo en la adolescencia, con mayor o menor éxito. Entre ellos destacan los servicios “amigables” (atención integral) de salud para adolescentes y jóvenes, y programas de educación en salud, sobre todo de SSR a nivel comunitario y dentro del sector de educación formal. Estas iniciativas, en muchos casos de gran envergadura y con una inversión considerable de esfuerzos y recursos, no lograron remontar algunas dificultades básicas que tienen que ver con la formación de recursos humanos especializados, aspectos culturales vinculados a la aceptación de la sexualidad y la autonomía adolescente y juvenil, dispersión y falta de coordinación de los programas que afectan a la adolescencia y la juventud, entre otras. Pero sobre todo, no lograron alcanzar a las poblaciones viviendo en condiciones de alta vulnerabilidad, que son las más necesitadas que no tienen acceso a los servicios ni de salud ni de educación.

Por otra parte, hoy en día se reconoce mucho más claramente que los determinantes del embarazo adolescente tienen que ver más con factores sociales, económicos y culturales que escapan al sector salud. Asimismo, el impacto del embarazo en adolescentes trasciende al ámbito de la salud para ella y su hijo/a, con resultantes negativos para su escolarización, su inserción laboral y social, y que afectan el potencial de desarrollo, de autonomía, de participación y de ciudadanía de las personas jóvenes. Por lo tanto se considera al embarazo adolescente como un problema social, que debe abordarse desde la óptica de los derechos humanos, y cuya solución debe implicar a todos los sectores de un país.

Asimismo, se ha ido profundizando en la complejidad de un tema que no solamente involucra aspectos muy básicos como el acceso a la salud y a la educación, si no que implica cuestiones económicas, culturales, generacionales y de género, e interpela una serie de paradigmas largamente aceptados en relación a los jóvenes (sobre todo las jóvenes) y sus cosmovisiones.

En consecuencia, para abordar la prevención y la atención al embarazo en adolescentes desde los gobiernos deben emprenderse intervenciones multisectoriales y multidisciplinarias, o por lo menos que establezcan vínculos de esa naturaleza y que además cuenten con la participación activa de las/los propio/as adolescentes y jóvenes a quienes se dirigen. El trabajar en la promoción de la

salud y en prevención del embarazo en la adolescencia, implica abordar todos los factores de riesgo en la adolescencia y potenciar el desarrollo humano, impulsar la autonomía y el proyecto de vida de las personas jóvenes.

La prevención y la atención al embarazo adolescente desde la óptica de los derechos humanos y dentro del marco de la salud sexual y reproductiva debe ser un eje transversal de todas las políticas públicas que afectan a adolescentes y jóvenes, además de constituir componentes prioritarios en las políticas sectoriales de salud y educación. Y por sobre todo, se necesitan políticas de largo plazo y amplio alcance que contrarresten los efectos de la pobreza y de la falta de oportunidades para el desarrollo de la adolescencia, en particular de las mujeres jóvenes.

La creación de Organismos/Institutos de Juventud y la aprobación de leyes y/o políticas de Juventud en la región han sido un paso fundamental en el esfuerzo para dar cuenta de la integralidad de las necesidades de la juventud desde un marco de derechos humanos. La entrada en vigencia de la Convención de los Derechos de la Juventud representa una nueva oportunidad para revitalizar las políticas de juventud en la región, y en especial para fortalecer los esfuerzos de promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas jóvenes.

II. SITUACIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN LA SUBREGION ANDINA

La situación del embarazo en la adolescencia en la región andina está exhaustivamente descrita en el Diagnóstico de Situación elaborado en el marco del Plan Regional de Prevención del Embarazo Adolescente, por el equipo de proyecto de Bolivia. De este documento, destacamos los siguientes hallazgos:

- Si bien la fecundidad general ha descendido significativamente en todos los países del área andina, la fecundidad en adolescentes (medida como tasa específica de fecundidad) se ha estancado o ha descendido moderadamente en la subregión, y, en algunos países como Ecuador, ha incluso aumentado.
- Las mujeres andinas inician su reproducción en edades más tempranas y solamente después del primer o segundo hijo empiezan a aplazar su fecundidad, seguramente seguido de su contacto con los servicios de salud y dependiendo de la calidad de atención integral que reciben.
- En Perú, Bolivia y Chile entre el 12.7 y el 15.7 por ciento de las adolescentes son madres o están embarazadas, mientras que esta proporción es de alrededor de 20 para Ecuador, Colombia y Venezuela. Se estima que alrededor de 1.2 millones de adolescentes (18%) ya son madres o están actualmente embarazadas.

- La proporción de embarazos no deseados para ALC está entre el 35 y 52%, pero algunas cifras para la subregión andina sugieren proporciones mayores. Por ejemplo, en Bolivia, Colombia y Perú, la proporción de embarazos no deseados asciende a 70, 58 y 65 respectivamente.
- En todos los países analizados, la tasa específica de fecundidad adolescente del quintil más pobre triplica al menos la del quintil más rico.
- La proporción de adolescentes que son madres o está embarazadas que no accedieron a educación formal es cuatro veces mayor que la proporción observada entre muchachas que accedieron a educación secundaria o superior.

En relación a los determinantes del embarazo en la adolescencia:

- Los datos muestran que las mujeres andinas inician su vida sexual alrededor de los 18 años de edad en promedio, pero con grandes diferencias cuando se desagregan los datos por nivel educativo, socioeconómico, étnico y lugar de residencia.
- Existe una marcada discrepancia entre el conocimiento sobre métodos anticonceptivos (más del 90%, sin contar la AE, vasectomía e implantes, cuyo conocimiento es bajo), y la utilización de métodos entre adolescentes y jóvenes. Exceptuando Colombia y Chile, en los demás países el uso de anticoncepción moderna en adolescentes sexualmente activos está por debajo del 50%. El uso de anticoncepción en su primera relación sexual es aun más baja debido a que “no esperaban” tenerla.
- Entre las barreras al uso de anticoncepción se citan aquellas de tipo económico e institucional (son muy importantes las barreras de acceso a los servicios de salud), pero también tienen peso las barreras culturales, de comportamiento social (timidez, oposición de la pareja), y de falta de conocimiento.
- En Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú (donde hay encuestas DHS) menos de la mitad de las mujeres identifican correctamente la etapa fértil de su ciclo menstrual.
- Si bien las muchachas adolescentes embarazadas acuden en igual proporción que las adultas a la atención prenatal, tienden a hacerlo más tarde y con menor número de controles. Asimismo, la proporción de partos de adolescentes atendidos por personal calificado es similar en cada país a la proporción para mujeres adultas.
- En el ámbito educativo, persisten brechas entre las necesidades de información y educación sobre la sexualidad y reproducción, y la calidad y cobertura de los programas educativos. Las y los adolescentes carece por lo general de los conocimientos y las habilidades básicas

para tomar decisiones responsables en términos de inicio y de protección de sus relaciones sexuales, de manera que están mal preparadas para evitar un embarazo, una ITS o el VIH.

Siendo el embarazo en adolescentes un problema generalizado en la región, existen sectores adolescentes y jóvenes viviendo en condiciones de alta vulnerabilidad donde esta problemática presenta características mucho más graves. Entre estos, destacan los adolescentes menores de 15 años, adolescentes fuera del sistema escolar, adolescentes y jóvenes viviendo en zonas de frontera, en situaciones de callejerización, migrantes e hijos de migrantes, viviendo en cárceles, indígenas o afro-descendientes. Todos estos grupos de población requieren de estrategias específicas orientadas a mejorar su integración social, fortalecer su acceso a información y a servicios y, en general, a crear oportunidades para su desarrollo.

III. BUENAS PRÁCTICAS EN EL PLAN REGIONAL ANDINO DE PREVENCIÓN DE EMBARAZO ADOLESCENTE (PEA)

Todo lo visto en las secciones anteriores demuestra que es necesario implementar estrategias de incidencia política, comunicación y diálogo, y ampliar las alianzas con el fin de fortalecer el compromiso político con modelos integrales de intervención con jóvenes, basados en la evidencia, y respetuosos de la diversidad juvenil que contribuyan a mejorar la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes de la región y que favorezcan la participación juvenil y la exigibilidad de sus derechos en esta área. Asimismo es necesario fortalecer las habilidades y capacidades de las organizaciones y redes que están ya trabajando con los y las jóvenes para que su trabajo sea más eficaz y eficiente y se enmarque dentro de un proceso también político. Es evidente que la subregión andina cuenta con una cantidad de modelos y herramientas efectivas para trabajo con adolescentes y jóvenes en el área de la SSR que se han desarrollado en los últimos años y que es necesario re-contextualizar y difundir.

El Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes es una propuesta que se elabora en respuesta al mandato de los Ministros y Ministras de Salud del Área Andina emitido durante la XXVIII Reunión de Ministros/as de Salud del Área Andina (REMSAA) el 30 de marzo de 2007, en la que solicitan conformar el Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y elaborar, con apoyo del UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), el Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

El Plan Subregional Andino tiene el objetivo de “movilizar las acciones nacionales, teniendo en cuenta la magnitud y las preocupantes tendencias que presenta el embarazo en adolescentes y otros indicadores asociados a la Salud Sexual y Reproductiva de este grupo etario, así como la urgente necesidad de los países de identificar las determinantes sociales y el impacto que éstas tienen en la salud y en los procesos de desarrollo humano individual y social”.

En el marco del Plan Subregional de PEA para la región Andina se llevará a cabo entonces un esfuerzo para identificar, analizar y sistematizar buenas prácticas en materia de prevención de embarazo adolescente y de promoción de la salud sexual y reproductiva de la gente joven, y luego se pondrá esta información al alcance de todas las personas e instituciones que estén implementando experiencias de trabajo con jóvenes, en especial en temas de salud sexual y reproductiva y prevención del embarazo .

El concepto de buenas prácticas está ligado a la idea de calidad y de innovación y por lo tanto requiere de un análisis crítico de lo que se está haciendo, y de la capacidad de cuestionamiento de la realidad y de los paradigmas vigentes, de manera de garantizar la adecuación y eficacia de las estrategias desplegadas.

En el presente documento discutiremos algunos paradigmas en relación al embarazo en la adolescencia y sus vínculos con la forma en que desde el mundo adulto se percibe la sexualidad adolescente y juvenil. Asimismo revisaremos algunos criterios orientadores para priorizar la respuesta a los grupos de adolescentes y jóvenes más excluidos y más necesitados, aquellos viviendo en condiciones de vulnerabilidad.

En un documento aparte definiremos algunos criterios para identificar intervenciones exitosas en materia de prevención del embarazo adolescente y proponemos un mecanismo para desarrollar herramientas para la recolección y análisis participativo de las informaciones generadas.

IV. NUEVOS Y VIEJOS PARADIGMAS SOBRE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Para profundizar en las causas y los efectos de los embarazos en la adolescencia, planificado o no, además del análisis de las encuestas nacionales de salud, se han llevado a cabo estudios de tipo cualitativo que ayudan a una mayor comprensión de sus determinantes sociales, culturales, políticos y económicos. A continuación se describen algunos de los hallazgos más destacados.

- Las tasas de embarazo adolescentes, como tantas otras medidas de desarrollo humano son mucho mayores en grupos de jóvenes con alta vulnerabilidad social¹. Por ello deben de plantearse estrategia concretas dirigidas a estos grupos sociales, incluyendo sobre todo a mujeres jóvenes indígenas.
- Una proporción relativamente alta de los embarazos en adolescentes son deseados. Por ello, las estrategias para reducir este tipo de embarazo no pasan solamente por el acceso a información y/o servicios de SSR sino por la atención a las causas profundas de vulnerabilidad social que propician este deseo de ser madres (expectativas de género; vacíos

¹ Se define la vulnerabilidad social según Stern (2004) como una serie de factores que ponen a las jóvenes en riesgo de un embarazo temprano y no deseado. Entre ellos destaca: ser pobre, vivir en una familia incompleta y además numerosa (poca atención), ser mujer en una sociedad patriarcal, tener poca educación y ser menor de edad.

afectivos, aspiraciones limitadas, reconocimiento social, factores culturales), y la promoción de condiciones que faciliten especialmente la construcción de un proyecto de vida

- Una proporción del riesgo para la salud del embarazo temprano no depende tanto de la edad de la adolescente en sí misma, sino de otros factores básicos como el estado de nutrición y de salud básica de las jóvenes, y también del hecho de que el acceso a una atención materna de calidad para estos grupos de edad y condición social es mucho más limitado por barreras de tipo económico, geográfico, cultural y legal sobre todo.
- Muchas de las adolescentes que se embarazan están casadas o unidas, o se casan o se unen después del embarazo. Esto puede tener implicancias importantes en el sentido de a) aumento del total de hijos que tiene la mujer a lo largo de su vida; b) mayores limitaciones para el desarrollo ulterior de la joven que estará mucho más atada por responsabilidades familiares
- Un gran número de los embarazos en la adolescencia son fruto de relaciones con jóvenes mucho mayores, incluso adultos, y además, muchos son producto de relaciones sexuales forzadas. También parece existir una correlación fuerte entre abuso sexual en la infancia o adolescencia temprana y embarazo adolescente. Por esto, debería asignársele mucho más importancia a las cuestiones de género y de violencia en las estrategias de prevención que se desplieguen.
- Si bien es cierto que una proporción de las adolescentes que quedan embarazadas abandonan la escuela, muchas jóvenes quisieran regresar pero no tienen condiciones para hacerlo, ya sea por falta de soporte familiar o por barreras impuestas por las escuelas.
- Más de la mitad de las adolescentes embarazadas en muchos contextos ya estaban fuera de la escuela cuando se embarazaron. La escuela sí parece actuar como un factor protector de las jóvenes y por ello debe asegurarse que ésta responde mejor a las necesidades y expectativas de las y los adolescentes para mitigar la deserción escolar.
- Además de la escuela, las redes de apoyo social (comunitario) actúan muy eficientemente para contrarrestar los efectos de la vulnerabilidad social que pueden tener las jóvenes sobre todo en los contextos más pobres. Un análisis de las redes sociales y de las estrategias de búsqueda de apoyo que despliegan las mujeres jóvenes debe ser parte de las intervenciones de prevención.
- Un aspecto que se hace evidente en investigaciones recientes es la falta de reconocimiento (o aceptación) entre los propios jóvenes de su sexualidad, y de que están teniendo o tendrán pronto relaciones sexuales. Por otra parte, el pensamiento mágico es parte de las

características de la adolescencia (a mí no me ha de pasar, la primera vez no pasa nada, etc.). Todo esto conduce a la falta de preparación y de medidas para proteger sus relaciones sexuales.

- Los medios de comunicación tienen una enorme influencia en la percepción de las/los adolescentes de su propia sexualidad al bombardear con estímulos eróticos y sexuales. Existe una paradoja entre mayor acceso a información (no siempre apropiada) a través de medios de comunicación y una falta de capacidad en la toma de decisiones de las adolescentes. En parte también influye el hecho de que tanto la menarquia como las primeras relaciones sexuales ocurren más temprano.

V. OTRAS CUESTIONES CONCEPTUALES Y PROGRAMÁTICAS A CONSIDERAR EN LAS INICIATIVAS PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

- Las controversias políticas y aspectos culturales y religiosos vinculados con la sexualidad adolescente imponen enormes barreras a la implementación y al uso de servicios y programas de SSRA, en especial a la promoción de uso de anticonceptivos y a la AE.
- El apoyo que en los últimos años tuvieron los programas de educación sexual basados en la abstinencia representa un retroceso en términos del acceso de los y las jóvenes a una educación sexual integral y empoderadora.
- La formación de cuadros técnicos (de salud, educación, etc.) en temas de salud SR con una perspectiva de derechos humanos es incipiente. Debe fortalecerse a nivel de toda la sociedad la cultura de los derechos humanos.
- Muchos de los programas de educación sexual implementados en los últimos años, a pesar de ser un avance, tienen una perspectiva “de riesgo” y no apuntan al desarrollo de habilidades para la vida y a fomentar la identidad y la autonomía juvenil.
- Muchas iniciativas hacia los jóvenes se llevan a cabo desde una perspectiva adultista que limita el reconocimiento de las verdaderas necesidades de las y los adolescentes, condiciona su participación (en muchos casos simbólica), y por lo tanto impide valorizar sus aportes e iniciativas.
- El embarazo adolescente está muy asociado a las expectativas y limitaciones impuestas a las jóvenes por una cultura patriarcal, por lo cual las cuestiones de género (cuestionamiento de paradigmas) y la promoción del liderazgo juvenil femenino deberían priorizarse en todas las intervenciones.
- Para ser efectivos, los modelos de intervención deben ser intersectoriales o deben estar integrados o muy vinculados a otros esfuerzos de desarrollo dirigidos a adolescentes y jóvenes que potencien su integración social efectiva.
- Debe ponerse especial atención a los servicios de atención a las adolescentes o mujeres jóvenes embarazadas. Estos deben de poder identificar y abordar historias de violencia o

abuso sexual y prevenir eficazmente subsecuentes ITS, incluyendo el VIH. Muy especialmente deben de ser eficientes en la prevención de un segundo embarazo.

VI. GRUPO PRIORITARIO: ADOLESCENTES VIVIENDO EN CONDICIONES DE ALTA VULNERABILIDAD²

En el marco del Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes se estableció como línea de acción la recuperación de buenas prácticas relacionadas con la promoción de la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos, orientadas a la prevención del embarazo en adolescentes.

La adolescencia puede estar marcada por una buena salud, por circunstancias familiares estables, buen acceso a servicios sociales básicos, entretenimiento, educación y educación sexual. Sin embargo, para la mayoría, este período puede ser de alta vulnerabilidad debido a la pobreza, las exclusiones, la asunción de nuevos roles (trabajo), la estigmatización de la sexualidad, el desconocimiento de los/as adolescentes como sujetos/as de derecho, especialmente de los derechos sexuales y derechos reproductivos, la falta de asistencia a la escuela, situaciones de violencia doméstica o pública, VIH sida, migración; situaciones todas estas, que erosionan las redes tradicionales de seguridad e incrementan su vulnerabilidad. De ahí que se hace necesario que las políticas y los programas dirigidos a adolescentes contemplen a estos grupos como prioritarios

Como todo sujeto de derecho los y las adolescentes tienen determinaciones sociales, culturales y económicas, así como potencialidades para construirse como sujetos de derecho, que puedan ayudar a sortear las vulnerabilidades y enfrentar los riesgos. Podemos ubicar las determinaciones y potencialidades en los siguientes ámbitos:

Económicos: recursos para la salud y la vida, desde educarse en vez de trabajar, hasta tener una familia que le sustente o propiciar una movilidad saludable.

Sociales: redes sociales que los potencian como sujetos individuales y colectivos, institucionalidad que les permita el desarrollo integral de sus capacidades

Culturales: que potencian sujetos incluidos y no discriminados por formas adultocéntricas, androcéntricas, religiosas que establecen estigmas frente a la vida y la sexualidad de los y las adolescentes.

² Capítulo preparado por MSP: Susana Guijarro, Gioconda Gavilanes. Asistencia técnica UNFPA: Mercedes Borrero, Marcia Elena Alvarez. Colaboración en la revisión: Silvia Arguello, Zaida Betancouth, Rocío Durango.

Todo esto cae en el sentido de que da al individuo un determinismo, es un **dado**, pero al mismo tiempo es un **dándose**, ya que cada persona es capaz de reconstituirse y reconstruirse, es un sujeto de derechos constructor de vida. En este sentido es que hablamos de vulnerabilidades, para dar cuenta de los posibles elementos que le pueden afectar y en los que debemos incidir para prevenir el embarazo en adolescentes:

- Atención en salud sexual y reproductiva
- Acción positiva para que hombres y mujeres adolescentes y jóvenes puedan estudiar
- Educación de la sexualidad integral que incluya a la comunidad educativa (docentes, estudiantes, padres y madres de familia) con enfoque de derechos, intercultural, de género e intergeneracional.
- Organización y participación juvenil, construyendo procesos de veeduría y rendición de cuentas.
- Capacitación en derechos a funcionarios de salud y educación de manera de contribuir a modificar sus miradas adultocéntricas y/o androcéntricas.

Todos estos determinismos que producen vulnerabilidad y riesgo, no son responsabilidad del individuo, si no que son responsabilidades del Estado, el cual como sociedad política debe procurar igualdad en el ejercicio de los derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y derechos reproductivos.

APROXIMACION CONCEPTUAL A LA VULNERABILIDAD

Exclusión social:

La noción de exclusión social hace referencia a un proceso social de desintegración, en el sentido de una progresiva ruptura de las relaciones entre los individuos y la sociedad. El concepto ha cobrado actual relevancia en el ámbito de las políticas sociales y en el debate sociológico, para referirse a la aparición de nuevas formas de desigualdad que van más allá de las viejas fracturas sociales en un contexto de profundas transformaciones económicas y sociales a escala global. En este sentido podemos definir la exclusión social como "una situación de acumulación y combinación de diversos factores de desventaja vinculados a diferentes aspectos de la vida personal, social, cultural y política de los individuos" (Subirats, 2006) ⁱ

El concepto de **exclusión social** va más allá de los aspectos económicos y sociales que define la pobreza; incluye los aspectos políticos tales como los **derechos políticos y de ciudadanía** que vinculan la relación entre los individuos y los estados.

La exclusión social en materia de adolescentes y en la prevención del embarazo debe dar cuenta de formas androcéntricas y adultocéntricas que llevan a formas de discriminación de jóvenes en general, y otras de manera particular, por ejemplo de mujeres jóvenes, negras e indígenas, rurales que enfrentan una suma de exclusiones.

Vulnerabilidad:

La vulnerabilidad se entiende, en general, como una sumatoria de factores o determinantes sociales, culturales, históricos, geográficos, biológicos, económicos que se expresan como la factibilidad de que el sujeto o el sistema expuesto se vea afectado por el fenómeno que caracteriza la amenaza.ⁱⁱ

La vulnerabilidad hace referencia a las características de una persona o grupo en cuanto a su capacidad de anticipar, enfrentar, resistir y recobrase de un evento negativo. La vulnerabilidad está marcada por la pobreza, la desigualdad y la exclusión.

La desigualdad y la exclusión son dos sistemas de pertenencia jerarquizada. En el sistema de desigualdad la pertenencia se da por la integración subordinada, y en el de exclusión la pertenencia se da por la exclusión. La desigualdad es un fenómeno socioeconómico, y la exclusión es un fenómeno cultural y social.ⁱⁱⁱ

En un mismo contexto, puede existir un capital social que supere las situaciones que se considerarían propiciatorias de riesgos y más bien permite evitarlas, es lo que se ha denominado **resiliencia social**.

La incorporación del término **vulnerabilidad** permite abarcar una gama de situaciones intermedias ya que la exclusión no siempre es total. Constituye un estadio intermedio entre pobreza y exclusión. Se puede estar excluido de los beneficios de la salud, pero estar incluido, por ejemplo, en educación o trabajo. Vivir un estado de vulnerabilidad puede a veces ser un estadio transitorio hasta que se presente la oportunidad para ser incluido en las ventajas sociales. En nuestros países esto es difícil, ya que la posibilidad de salir de una situación precaria depende de las políticas económicas y sociales de los estados; si estas políticas no cumplen con el objetivo de inclusión social, las personas que viven en estado de vulnerabilidad, pasan al estado de exclusión.^{iv}

Los conceptos de exclusión y vulnerabilidad se asocian con el término más utilizado en América Latina, la **marginalidad**, que comprende todo aquello que queda afuera, relacionado con el acceso a los derechos sociales, a los progresos urbanísticos, accesos a bienes y servicios como educación, salud, vivienda digna, agua potable y cloacas, trabajo digno. Ser marginal significa estar afuera de los derechos políticos, de los beneficios económicos y sociales.

Ciertas características del entorno sociocultural se traducen en que haya una mayor o menor vulnerabilidad para jóvenes y adolescentes en diferentes sectores sociales, ciertos hechos circunstanciales (muerte de un padre o madre) pueden o no contribuir a que se produzcan eventos no deseados como el embarazo en la adolescencia, dependiendo de una serie de características situacionales subyacentes. Es el conjunto de esas características lo que denominamos **vulnerabilidad social**.

La vulnerabilidad social para que ocurran embarazos en la adolescencia, se ubica en una combinación de falta de aspiraciones y plan de vida, dificultad para el acceso a la educación formal, asociado a una elevada valoración de la maternidad, sumado a los conocimientos escasos o imprecisos que tienen adolescentes y jóvenes sobre la reproducción y anticoncepción, y el rol que juega la familia en la transmisión de valores, estilos de vida, límites y normas que orientan a las y los jóvenes^v.

Se han descrito varios niveles de vulnerabilidad que deben ser analizados en su contexto y en sus relaciones, entre estos se resaltan: pobreza, ruralidad, bajo nivel educativo, disfuncionalidad o desestructuración familiar, adolescentes menores (10 – 14 años), mujeres, poblaciones indígenas, poblaciones afrodescendientes. Todos estos factores se suman en términos de vulnerabilidad social.

CUÁLES SON LOS GRUPOS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES VIVIENDO EN CONDICIONES DE ALTA VULNERABILIDAD

1. Adolescentes muy Jóvenes (AMJ), entre 10 y 14 años ^{vii}

Los/as adolescentes muy jóvenes experimentan cambios físicos, psicológicos, culturales y sociales. Algunos /as inician su vida sexual y en el caso de las mujeres pueden en este período embarazarse o contraer matrimonio. Los grupos de adolescentes muy jóvenes están muchas veces excluidos del sistema escolar y de salud sobre todo en las áreas rurales.

Entre los adolescentes, los AMJ han recibido atención mínima; la inmunización y otras iniciativas de salud infantil pueden alcanzar a niños para inscribirlos en las escuelas, mientras que los adolescentes mayores pueden constituir la población objetivo de la educación de pares o de las actividades de centros juveniles; pero los AMJ tienden a quedar desprotegidos por los vacíos existentes en los servicios sociales básicos.

Se ha hecho poca investigación en relación con los factores que contribuyen a la vulnerabilidad y a la precaria situación de salud de los AMJ. Los jóvenes de 15 años son, típicamente, los adolescentes más jóvenes incluidos en las encuestas demográficas y de salud nacionales. Y aunque hace mucho que se recaba información sobre escolaridad y bienestar general de los adolescentes jóvenes, la mayoría de los investigadores se ha negado a cubrir temas sensibles, sea por las normas sociales

relacionadas con los comportamientos propios de la edad, por consideraciones éticas acerca de efectos potencialmente dañinos de la investigación, o por dudas sobre la validez de sus respuestas como adolescentes jóvenes.

Los adolescentes muy jóvenes, en algunas ocasiones, se han visto profundamente afectados por la epidemia del sida, que puede haberles causado la pérdida de sus padres o de otros miembros de la familia o haberse infectado cuando eran bebés y tener los primeros síntomas en esa edad.

La actividad sexual entre los adolescentes muy jóvenes es más común de lo que muchos diseñadores de políticas y miembros de la comunidad reconocen. Y, por otra parte, una proporción importante de los encuentros sexuales que involucran a AMJ son forzados o se experimentan mediante coacción (Jejeebhoy y Bott 2003). En algunos países, la prevalencia del matrimonio infantil es la causa predominante del debut sexual temprano^{vi}.

2. Adolescentes fuera del sistema escolar o adolescentes no escolarizados

Se hace necesario considerar a los adolescentes y jóvenes empobrecidos, que no asisten a ningún establecimiento escolar formal, como grupo prioritario dentro de las políticas públicas y como población de alta vulnerabilidad para los equipos de salud y los equipos docentes. Los profesionales, docentes y toda persona que trabaje con adolescentes y jóvenes deben realizar un buen seguimiento del rendimiento escolar, apoyarlos en sus dificultades, buscando su mayor permanencia dentro del sistema escolar. Cuando esto no se da, se debe buscar alternativas para el desarrollo de estas poblaciones. Toda exclusión de un sistema, obliga al adulto responsable a pensar en otra inclusión.

Dentro de este contexto de pobreza, la posición desventajosa además está dada porque las y los jóvenes a) están rodeados de adultos que no pueden acompañar el proceso educativo por su baja escolarización; b) concurren a establecimientos con menor calidad educativa; c) presentan mayores dificultades personales para un desempeño eficiente, y d) tienen necesidad temprana de ingresar al mundo del trabajo para contribuir a la economía familiar.

Un ingreso prematuro al mercado laboral, sin una formación adecuada, con una elección precaria y poca calificada, sin protección laboral y beneficios sociales hace que su estabilidad laboral sea poco segura y su futuro incierto.

En Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta siete veces más altas entre las que no tienen educación, comparadas con las de niveles educativos más altos, en sus respectivos países ^{xi}

3. Adolescentes en situaciones de callejización y/o de explotación sexual ^{viii}

Se puede afirmar que desde hace más de una década el problema de la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes es considerado un tema emergente en la agenda de las Américas. Sin embargo no es sino hasta los últimos años que el mismo ha cobrado relevancia en la consideración político estratégica de los Estados

“Investigaciones de organismos no gubernamentales han apuntado que cerca de un 65% de los niños que se encuentran en situación de calle en las capitales de los países de América Latina se envuelven, de un modo u otro, en la explotación sexual. De estos, el 15% sobreviven de lo que obtienen por prostituirse y el 50% se ha involucrado de alguna forma en la prostitución aunque no de manera sistemática.” (Castanha, 2001)

Abordar los factores de riesgo en torno de la violencia y explotación sexual de niños y adolescentes implica reafirmar que se trata de un problema de naturaleza compleja y multi-causal, en el cual intervienen factores de orden económico, social, cultural y político, que se reflejan en los procesos educacionales, de salud, de disciplina, de organización familiar, entre otros.

Los factores de riesgos son procesos que se articulan como estructurales y estructurantes en la construcción de relaciones de violencia, que amenazan o producen efectivamente niños/as y adolescentes víctimas del abuso y explotación sexual. Estos son: desigualdad, inequidad, desintegración familiar, consumismo, migración rural-urbana, discriminación, abuso sexual intrafamiliar, tráfico de drogas y de seres humanos.

Hay algunos factores que pueden ser destacados como elementos fundamentales en esta articulación constituyente del fenómeno de la violencia sexual; por ejemplo, la mayor parte de niños/as y adolescentes de la calle que se prostituyen para sobrevivir ya fueron víctimas del silencio que envuelve la violencia sexual intrafamiliar. Por otro lado, la sociedad adopta una postura de indiferencia o también de tolerancia, culpando a las propias víctimas, dimensionando el problema al ámbito privado y no como fenómeno social contradictorio en el proceso de formación, civilización y evolución de la sociedad. Es en la sombra de este muro de silencio que se crean y fortalecen las redes de explotación sexual comercial, reafirmando la creencia de la impunidad.

La pobreza, aunque no pueda ser considerada un factor de riesgo en si misma ya que las víctimas de la violencia sexual no pertenecen únicamente a los estratos pobres, genera situaciones de privación y de vulnerabilidad que favorecen las condiciones para la aparición de fenómenos como la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes.

Las investigaciones existentes que trabajan el aspecto de la educación y desarrollo intelectual de los niños, niñas y adolescentes víctimas de la violencia sexual, dan cuenta de que la gran mayoría está

por fuera del sistema regular de enseñanza o en situación de atraso escolar. Aquellos que van a la escuela tienen un bajo rendimiento y más de la mitad repite más de una vez el mismo grado. Asimismo, más de la mitad abandonan la escuela antes de completar el primer ciclo escolar.

No es raro que este grupo vulnerable presente infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, embarazo precoz no deseado, abortos provocados y no asistidos, mortalidad materna, lesiones físicas, deficiencia en el crecimiento (mala alimentación pérdida del sueño y peso), enfermedades alérgicas y respiratorias, así como dependencia química, entre otras.

En el aspecto psicológico la depresión y la agresividad, son de alta prevalencia y han sido responsables de muertes violentas y de suicidios. Estos son algunos de los factores en el campo de la salud del niño/niña adolescente que pueden comprometer el desarrollo de una sexualidad normal y sana y perpetuar la explotación sexual como forma de vida.

Aunque las otras modalidades de violencia, como el abuso sexual intrafamiliar, tengan la misma gravedad y riesgos que la explotación sexual comercial, esta última, contiene factores adicionales de extrema importancia en virtud de que se establece mediante relaciones de mercado y de trabajo y opera mediante redes mundiales.^{vii}

4. Adolescentes Viviendo en Situaciones de Conflicto

Otras poblaciones vulnerables que merecen atención especial son los refugiados (de los que hay casi dos millones con edades que van de los 10 a los 14 años), muchos han perdido a uno de sus padres o a ambos, no asisten a la escuela, se inician en la actividad sexual a muy temprana edad con poca o nula protección, y pueden comenzar a abusar de sustancias y drogas.^{iv}

Un bajo nivel socio-económico facilita la incorporación de niños y adolescentes como soldados en conflictos armados. Muchos de ellos se incorporan voluntariamente para sobrevivir o para vengar las atrocidades cometidas contra su familia o su comunidad, pero también se presenta el fenómeno de padres de familia que, ante una aguda crisis económica venden a sus hijos como soldados

Los niños/as y adolescentes son más fáciles de condicionar para ejecutar órdenes que los adultos, y en situaciones de tensión pueden ser menos capaces de soportar presiones y estar dispuestos a disparar sus armas por cualquier motivo. Los niños y adolescentes reclutados no sólo combaten en el frente, sino que también trabajan como espías, ayudantes, guardias, mensajeros, sirvientes y esclavos sexuales (hombres y mujeres).^{viii}

5. Adolescentes indígenas, afrodescendientes y Rurales.

Los/as poblaciones indígenas presentan mayores niveles de pobreza y menores niveles de educación, mayores rezagos en salud y salud reproductiva, altas tasas de fecundidad y mortalidad materna e infantil. Las adolescentes indígenas inician la actividad sexual siendo aún niñas, y se casan a edades muy tempranas (12 a 14 años), afectando sus oportunidades y posibilidades de superar la pobreza.

La diferencia en la edad de iniciación sexual de las mujeres residentes en áreas rural y urbana es más alta en Perú, donde las mujeres de áreas rurales inician las relaciones sexuales en promedio dos años antes que las de áreas urbanas, mientras que en Colombia y Bolivia esta diferencia es de un año. En los demás países las mujeres de áreas rurales inician las relaciones seis meses antes que las urbanas.^{ix}

Se presentan diferenciales en la maternidad adolescente entre áreas rurales y urbanas, por ejemplo, en Bolivia y Perú, las tasas de fecundidad adolescente en áreas rurales son el doble de las tasas en áreas urbanas (Encuestas DHS y ENDEMAIN)^x

En todos los países de la región, la fecundidad real es más alta que la fecundidad deseada para las mujeres, principalmente en las áreas rurales y entre las mujeres pobres e indígenas. Las tasas de embarazos no deseados son más altas en Bolivia y Haití, países con las más altas tasas de fecundidad y de población rural en la región.^{xi}

En la población indígena de Venezuela, la maternidad temprana es un rasgo del patrón de comportamiento reproductivo que aparece aún más acentuado. La frecuencia de los nacimientos en adolescentes es más elevada entre las jóvenes indígenas, cuya tasa asciende a 151 nacimientos por mil mujeres de 15 a 19 años frente a los 89 estimados a nivel nacional.^{xii}

6. Adolescentes migrantes o hijos de migrantes

En las últimas décadas en la mayoría de los países de la región, ha aumentado la migración a las grandes ciudades en busca de mejores condiciones de vida, mejor calidad de educación para sus hijos y mayores oportunidades de trabajo. El resultado ha sido la construcción de grandes conglomerados de poblaciones excluidas en zonas urbanas y periurbanas, viviendo hacinados en viviendas económicas provistas por las políticas asistenciales, sin servicios básicos, transformándose en zonas marginales, sufriendo desigualdades, exclusión e inmersos en nuevas subculturas de supervivencia (

Tanto para los niños/as y adolescentes que los migrantes dejan atrás como para los propios niños/as y adolescentes que migran, la pérdida de referentes afectivos (padres, madres, abuelos u otros) aumenta la probabilidad de que no reciban el mismo cuidado de salud, alimentación ni la protección adecuada contra todas las formas de violencia. Las ausencias que supone la

desintegración familiar conllevan un efecto psicosocial significativo que puede traducirse en sentimientos de abandono y vulnerabilidad para el embarazo en adolescentes.

Otro efecto, cuando la migración no es regular, es que muchos niños/as y adolescentes vivan en los países de destino sin documentación, violándose de esta forma sus derechos a una nacionalidad y a un nombre, dificultándose su acceso a los servicios de educación y salud, y haciéndolos más vulnerables a la trata y a las adopciones ilegales.^{xiii}

CÓMO SE DEFINEN LAS BUENAS PRÁCTICAS

El concepto de “buenas prácticas” en cualquier campo se refiere a una experiencia bien definida, que responde a una necesidad identificada, que se guía por principios, objetivos y procedimientos adecuados y que responden a una visión, que es sistemática, eficaz, eficiente, sostenible y flexible y que está bien documentada. Una buena práctica responde adecuadamente a las siguientes preguntas: ¿Qué se hace? ¿Por qué, a qué responde la iniciativa? ¿Cómo se hace? ¿Qué principios sustentan las estrategias? ¿Con quién se hace? ¿Qué resultados se obtienen? ¿Cómo los mido? ¿Cómo se documenta? Entonces las buenas prácticas tienen al menos algunas de las siguientes características:

- **Responden a una necesidad identificada**, son fruto de una evaluación cuidadosa de alguna(s) característica(s) en una población definida que se hace necesario modificar y mejorar y por lo tanto tienen objetivos bien definidos, relevantes y realistas. En este sentido deben demostrar una comprensión cabal de la situación específica que atienden.
- Desarrollan **estrategias basadas en la evidencia**, cuya eficacia y efectividad ha sido comprobada en experiencias anteriores.
- Las **estrategias y las acciones parten de unos principios y valores básicos, y responden** (y son por ello pertinentes) **a una visión o perspectiva definida del problema** que atienden.
- Los **recursos humanos** que implementan la iniciativa **están calificados y especializados**, con actitud adecuada y compromiso.
- Propone **un sistema riguroso de seguimiento a los procesos** y los resultados de las acciones emprendidas, a la vez que permite la retroalimentación y reorientación de las acciones.
- Puede **probar a una mejora sustantiva de la situación** que le dio origen.
- Incorpora **estrategias de sostenibilidad** de la iniciativa propiciando su institucionalización.
- **Documenta los procesos y los resultados sistematizándolos**
- Propicia de alguna manera la **replicación de la experiencia**.

Una buena práctica, o una intervención eficiente puede ser **innovadora** en el sentido de que ya sea su estrategia, o sus enfoques o contenidos son novedosos y por ello no han sido probados con

anterioridad, pero deben estar sólidamente respaldados por un marco conceptual y haber sido evaluada o por lo menos muy monitoreada y sistematizada. O también una buena práctica puede ser una intervención de corto plazo dirigida a un objetivo muy concreto para un contexto definido, en cuyo caso, no son tan relevantes los aspectos vinculados con la sostenibilidad o la institucionalización. Un ejemplo de esto último es una campaña de comunicación.

Una buena práctica puede ser un componente/estrategia específico/a dentro de un proyecto o programa (no necesariamente todo el proyecto), diseñada para un resultado específico del proyecto. Lo importante de la buena práctica en este caso es que haya sido sistematizada y evaluada, que haya sido eficiente y haya tenido resultados positivos y, por sobre todo, que sea transferible.

En documento aparte, se discutirán qué son las buenas prácticas y se definirán los criterios para identificación y el análisis de buenas prácticas en prevención del embarazo adolescente. Asimismo, se propondrá una metodología para la sistematización de algunas buenas prácticas del campo de la salud en los países del área andina.

ⁱ Wikipedia, diccionario exclusión social

ⁱⁱ Cardona, Omar: La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo, Centro de Estudios sobre desastres y riesgos CEDERI, U. de Los Andes, Bogotá Colombia.

ⁱⁱⁱ Boaventura de Sousa Santos, La caída del Angelus Novus 2003

^{iv} Roldan, Candido Desarrollo de adolescentes y jóvenes en zonas de pobreza y marginación, Argentina

^v Stern, C. Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. Papeles de población. 2004

^{vi} Invertir cuando hacerlo cuenta, generando evidencia base para políticas y programas dirigidos a AMJ , Population Council, UNFPA, UNICEF, USAID

^{vii} Instituto Interamericano del Niño, Niña y Adolescente Explotación sexual en niños/as y adolescentes en América Latina, Montevideo 2003

^{viii} Instituto Interamericano del Niño, Niña y Adolescente , Niños, Niñas y Adolescentes involucrados en conflictos armados, Montevideo 2002

^{ix} Gómez C. ASP Regional ; México: UNFPA 20007

^x UNFPA, Equipo de AT para ALC; Análisis de Situación del Embarazo Adolescente en los países del Area Andina

^{xi} Suazo Marcela, Población Pobreza y Desigualdades en América Latina

^{xii} Molina L, Embarazo Adolescente, Ministerio del Poder Popular para la Planificación y el Desarrollo, Caracas 2006

^{xiii} Instituto Interamericano del Niño, Niña y Adolescente, Migraciones de niños/as y adolescentes bajo el enfoque de derechos, Montevideo 2007