

POBLACIÓN Y DESARROLLO

Reproducción temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos

Jorge Rodríguez Vignoli



NACIONES UNIDAS

C E P A L



POBLACIÓN Y DESARROLLO

Reproducción temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos

Jorge Rodríguez Vignoli



Este documento, elaborado por Jorge Rodríguez Vignoli, investigador del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), se enmarca en el programa de trabajo de 2012 entre la CEPAL y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Corresponde a una versión revisada y ampliada de un primer borrador presentado en la Reunión Regional de Cooperación Sur-Sur entre Países Andinos y Centroamericanos “Prevención del embarazo adolescente”, realizada en Antigua, Guatemala, entre el 29 y el 31 de agosto de 2012. En su elaboración colaboró Daniela González, asistente de investigación del CELADE-División de Población de la CEPAL, y prestaron asistencia para las tareas de procesamiento de microdatos de encuestas y censos, elaboración de indicadores, búsqueda de información, sistematización de documentación, elaboración de cuadros, tablas y gráficos, ejecución de pruebas estadísticas y presentación del texto, Javiera Rauld, Claudia Tejos y Katherine Páez, consultoras de la misma División. El documento también se benefició de los aportes y comentarios de Vicky Camacho, Asesora Técnica Regional en Salud Sexual y Reproductiva de la Oficina Regional del UNFPA para América Latina y el Caribe.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la CEPAL y el UNFPA.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN 1680-8991

LC/L.3636

Copyright © Naciones Unidas, mayo de 2013. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen.....	7
I. Marco de referencia	9
A. Introducción	9
B. Elementos metodológicos: definiciones, fuentes e indicadores	10
1. Adolescente y reproducción en la adolescencia	10
2. Países y fuentes de datos	10
3. Indicadores	11
C. Elementos conceptuales	12
II. La población de 10 a 24 años en Centroamérica: evolución demográfica	15
III. Tendencias de la fecundidad adolescente y precoz.....	17
A. Evolución de la tasa específica de fecundidad según los censos.....	17
B. Tasa específica de fecundidad y su evolución según las encuestas.....	20
C. Porcentaje de madres de 15 a 19 años según los censos y las encuestas.....	21
D. La maternidad precoz: cada caso cuenta	23
E. Probabilidad de ser madre en la adolescencia	24
IV. Variables intermedias	27
A. Iniciación sexual y nupcial.....	29
B. Uso de anticonceptivos	32
V. Deseabilidad.....	39
VI. Reproducción adolescente y desigualdad	43
A. La pertinaz desigualdad social del calendario reproductivo.....	43
B. Desigualdad, variables intermedias y deseabilidad.....	44
C. Educación y reproducción en la adolescencia: continuidad y cambio	47
D. Contexto y perfil de la maternidad adolescente: patrones emergentes.....	50
VII. Políticas y programas existentes en la subregión	53
VIII. Conclusiones y orientaciones de política	61
Bibliografía	63
Anexo	67
Método utilizado para el análisis de las políticas	68

Serie Población y Desarrollo: números publicados..... 83**Índice de cuadros**

CUADRO 1	COSTA RICA Y PANAMÁ: ESTRUCTURA RELATIVA DE LAS MADRES ADOLESCENTES (15 A 19 AÑOS) SEGÚN NÚMERO DE HIJOS TENIDOS, TRES ÚLTIMOS CENSOS	18
CUADRO 2	CENTROAMÉRICA (5 PAÍSES): TASAS ESPECÍFICAS Y GLOBALES DE FECUNDIDAD (ESTIMACIONES INDIRECTAS), CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1980, 1990, 2000 Y 2010	19
CUADRO 3	CENTROAMÉRICA (5 PAÍSES): ESTRUCTURA RELATIVA DE LA FECUNDIDAD, CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1980, 1990, 2000 Y 2010	19
CUADRO 4	CENTROAMÉRICA (5 PAÍSES): PORCENTAJE DE CAMBIO (DESCENSO) DE LAS TASAS ESPECÍFICAS Y GLOBALES DE FECUNDIDAD (ESTIMACIONES INDIRECTAS), CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1980, 1990, 2000 Y 2010.....	19
CUADRO 5	CENTROAMÉRICA (4 PAÍSES): TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD POR EDAD Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010	20
CUADRO 6	CENTROAMÉRICA (4 PAÍSES): ESTRUCTURA RELATIVA DE LA FECUNDIDAD, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010	20
CUADRO 7	CENTROAMÉRICA (4 PAÍSES): PORCENTAJE DE CAMBIO (DESCENSO) DE LAS TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD POR EDAD Y LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010	21
CUADRO 8	CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): PORCENTAJE DE MADRES ENTRE LAS MUJERES DE 12 A 14 AÑOS, POR EDAD SIMPLE Y GRUPO DE EDAD, CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1980,1990, 2000 Y 2010.....	24
CUADRO 9	CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): PORCENTAJE DE MADRES DE 15 A 19 AÑOS Y DE 19 A 20 AÑOS, CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1980, 1990, 2000 Y 2010	25
CUADRO 10	CENTROAMÉRICA (4 PAÍSES): PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 19 AÑOS, 20 A 24 AÑOS Y 15 A 49 AÑOS QUE TUVIERON LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL ANTES DE LAS EDADES ESPECIFICADAS, SEGÚN EDAD ACTUAL, Y PORCENTAJE QUE NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010	30
CUADRO 11	CENTROAMÉRICA (4 PAÍSES): PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 19 AÑOS, 20 A 24 AÑOS Y 15 A 49 AÑOS QUE TUVIERON LA PRIMERA UNIÓN ANTES DE LAS EDADES ESPECIFICADAS, SEGÚN EDAD ACTUAL, Y PORCENTAJE QUE NO HA ESTADO UNIDA, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010.....	32
CUADRO 12	CENTROAMÉRICA (4 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE MUJERES CASADAS O UNIDAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS SEGÚN TIPO DE MÉTODO Y GRUPOS DE EDADES ESPECÍFICOS, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010.....	33
CUADRO 13	CENTROAMÉRICA (4 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD SEGÚN NÚMERO DE HIJOS A LA PRIMERA VEZ QUE USARON ANTICONCEPCIÓN, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010.....	34
CUADRO 14	CENTROAMÉRICA (4 PAÍSES): PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 24 AÑOS CON EXPERIENCIA SEXUAL QUE USARON ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, SEGÚN GRUPOS DE EDADES, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010.....	34
CUADRO 15	CENTROAMÉRICA (3 PAÍSES): RAZONES DE MOMIOS (ODDS-RATIOS) DE REGRESIONES LOGÍSTICAS BINOMIALES MÚLTIPLES SOBRE LA CHANCE DE SER MADRE SEGÚN EDAD, QUINTIL SOCIOECONÓMICO, EDAD DE INICIACIÓN SEXUAL, USO ACTUAL Y EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL DE ANTICONCEPTIVOS MODERNOS Y EXPERIENCIA MARITAL, MUJERES DE 15 A 19 AÑOS INICIADAS SEXUALMENTE, ALREDEDOR DE 2005	36

CUADRO 16	HONDURAS: RAZONES DE MOMIOS (ODDS-RATIOS) DE REGRESIONES LOGÍSTICAS BINOMIALES MÚLTIPLES SOBRE LA CHANCE DE SER MADRE SEGÚN EDAD, QUINTIL SOCIOECONÓMICO, EDAD DE INICIACIÓN SEXUAL, USO ACTUAL Y EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL DE ANTICONCEPTIVOS MODERNOS Y EXPERIENCIA MARITAL, MUJERES DE 15 A 19 AÑOS INICIADAS SEXUALMENTE, 2005.....	36
CUADRO 17	EL SALVADOR, PERÚ Y ESPAÑA: INDICADORES SELECCIONADOS DE LA REPRODUCCIÓN ADOLESCENTE Y DE LAS VARIABLES INTERMEDIAS, ALREDEDOR DE 1995 Y 2005.....	37
CUADRO 18	EL SALVADOR: RAZONES PARA NO HABER USADO ANTICONCEPCIÓN EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, MUJERES DE 15 A 24 AÑOS, 2008	41
CUADRO 19	GUATEMALA: RAZONES PARA NO HABER USADO ANTICONCEPCIÓN EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, MUJERES DE 15 A 24 AÑOS, 2008-2009	41
CUADRO 20	CENTROAMÉRICA (5 PAÍSES): TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y REPRODUCCIÓN ADOLESCENTE (PORCENTAJE DE MADRES Y EMBARAZADAS POR PRIMERA VEZ O TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD) POR QUINTIL SOCIOECONÓMICO, ALREDEDOR DE 2010.....	44
CUADRO 21	CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): DESIGUALDAD DE LA FECUNDIDAD TOTAL Y ADOLESCENTE, ALREDEDOR DE 2010	44
CUADRO 22	GUATEMALA Y HONDURAS: PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 24 AÑOS INICIADAS SEXUALMENTE POR GRUPO DE EDAD A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL Y QUINTIL SOCIOECONÓMICO, ALREDEDOR DE 2010.....	45
CUADRO 23	CENTROAMÉRICA (3 PAÍSES): INICIACIÓN SEXUAL PROTEGIDA DE LAS MUJERES DE 15 A 24 AÑOS SEGÚN QUINTIL SOCIOECONÓMICO, ALREDEDOR DE 2010	45
CUADRO 24	GUATEMALA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15 A 24 AÑOS QUE HAN ESTADO EMBARAZADAS ALGUNA VEZ EN SU VIDA, POR PLANEACIÓN DEL EMBARAZO Y QUINTIL SOCIOECONÓMICO, 2009.....	46
CUADRO 25	EL SALVADOR: PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 24 AÑOS CON AL MENOS UN EMBARAZO QUE NO QUERÍAN QUEDAR EMBARAZADAS CUANDO OCURRIÓ EL PRIMERO, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS, 2008.....	46
CUADRO 26	CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES (15 A 19 AÑOS DE EDAD) POR AÑOS DE ESTUDIO, CENSOS DE 1980, 1990, 2000 Y 2010.....	47
CUADRO 27	CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES OBSERVADO Y TIPIFICADO, CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1980, 1990, 2000 Y 2010	48
CUADRO 28	CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): MUJERES DE 15 A 19 AÑOS QUE DECLARAN TENER UNO O MÁS HIJOS NACIDOS VIVOS POR SITUACIÓN CONYUGAL, CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1980, 1990, 2000 Y 2010	51
CUADRO 29	CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): MUJERES DE 15 A 19 AÑOS QUE DECLARAN TENER UNO O MÁS HIJOS NACIDOS VIVOS POR RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR, CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1980, 1990, 2000 Y 2010	51
CUADRO 30	CENTROAMÉRICA (4 PAÍSES): CAMBIO DE LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE (MUJERES DE 15 A 19 AÑOS) Y DE TRES INDICADORES SELECCIONADOS DE VARIABLES INTERMEDIAS, DÉCADA DE 2000.....	62
CUADRO A.1	MATRIZ DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SEGÚN DESCRIPTORES SELECCIONADOS	68
CUADRO A.2	APLICACIÓN DE LA MATRIZ ANALÍTICA DISEÑADA A LA SITUACIÓN DE LOS PAÍSES DE CENTROAMÉRICA	69
CUADRO A.3	CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): SÍNTESIS DE ACCIONES EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES, A PARTIR DE 2000	70

Índice de gráficos

GRÁFICO 1	CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 10 A 24 AÑOS, 1950-2050.....	16
GRÁFICO 2	CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL PESO RELATIVO DE LA POBLACIÓN DE 10 A 24 AÑOS, 1950-2050	16
GRÁFICO 3	CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): ESTRUCTURA RELATIVA DE LAS MADRES ADOLESCENTES (15 A 19 AÑOS) SEGÚN NÚMERO DE HIJOS TENIDOS, DOS ÚLTIMOS CENSOS	18
GRÁFICO 4	CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES SEGÚN CENSOS Y ENCUESTAS, 1980 A 2010.....	22
GRÁFICO 5	COSTA RICA: TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD DEL GRUPO DE 15 A 19 AÑOS Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, 1972 A 2011.....	23
GRÁFICO 6	CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): PORCENTAJE DE MADRES DE 15 A 19 AÑOS Y DE 19 A 20 AÑOS, CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1990, 2000 Y 2010 DISPONIBLES.....	25
GRÁFICO 7	AMÉRICA LATINA (VARIOS PAÍSES): PORCENTAJE DE LOS HIJOS TENIDOS EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS QUE FUERON PLANIFICADOS, TOTAL DE MUJERES Y ADOLESCENTES, ALREDEDOR DE 1990, 2000 Y 2010	40
GRÁFICO 8	CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): ESTRUCTURA EDUCATIVA DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE 19 AÑOS DE EDAD, CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1980, 1990, 2000 Y 2010	50

Resumen

El documento describe las tendencias de la fecundidad adolescente y precoz en seis países de Centroamérica —Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá— a partir de sus censos de población de las últimas cuatro décadas, la evolución de las variables intermedias de la fecundidad adolescente, la desigualdad social que las afecta y su deseabilidad mediante datos de encuestas especializadas. También se presenta una descripción y análisis de las políticas y programas implementados en la subregión en materia de reproducción adolescente y los desafíos futuros que se visualizan.

El estudio muestra que durante la década de 2000 hubo una caída generalizada y significativa de la fecundidad adolescente en Centroamérica, pero que sigue registrando niveles elevados y superiores al promedio latinoamericano. El hallazgo más relevante que surge de la evidencia reciente es que el descenso de la fecundidad adolescente continúa, a pesar del ligero adelantamiento de la iniciación sexual, lo que lleva a concluir que su caída en el lapso de referencia se debe totalmente al aumento del uso de métodos anticonceptivos eficaces. Sin embargo, este incremento del uso de anticonceptivos no es suficiente para lograr que todas las relaciones sexuales de adolescentes sean protegidas. Se deduce, por lo tanto, que el comportamiento sexual desprotegido continúa siendo el principal factor de la alta fecundidad adolescente comparativa de la subregión, aspecto que debe ser considerado por las políticas públicas, las cuales deben ser de carácter eminentemente preventivo.

I. Marco de referencia

A. Introducción

La maternidad antes de cumplir los 20 años es objeto de atención e inquietud. En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, realizada en 1994, se declara como objetivo: “Reducir sustancialmente todos los embarazos de adolescentes” (Naciones Unidas, 1994), un propósito que ciertamente tiene una determinación más vertical e impositiva que el llamado principal de este Programa de Acción, relativo al cumplimiento de los derechos reproductivos. Por su parte, la ampliación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) decidida en la Cumbre del Milenio de septiembre de 2005, y operacionalizada en 2007, incluyó la incorporación de la meta 5.2: “Lograr, para 2015, acceso universal a la salud reproductiva”¹, en el marco del ODM 5 —“Mejorar la salud materna”—, y uno de sus indicadores es, justamente, la tasa específica de fecundidad adolescente. Por otra parte, hay consenso en que la fecundidad antes de los 15 años ha sido poco estudiada y abordada, pese a que implica consecuencias muy adversas en la salud de las adolescentes y los bebés, además de estar asociada en numerosos casos con situaciones de abuso y violencia sexual.

En la región existen políticas, declaraciones y acciones orientadas a la prevención del embarazo adolescente. El Plan Andino para la Prevención de Embarazos en Adolescentes es una muestra de ello a escala subregional. A nivel nacional y subnacional hay numerosos programas e iniciativas que apuntan al mismo objetivo, muchos de los cuales promueven la creación de “espacios amigables” para la atención de salud de las y los adolescentes, e impulsan jornadas y sesiones de diálogo e intercambio sobre afectividad, relaciones de género, vínculos de pareja y comportamiento sexual como complemento de la educación sexual formal. Con todo, aún persisten lagunas importantes en el conocimiento de las tendencias y los determinantes de esta fecundidad, deficiencias que son incluso más acusadas en el caso de la fecundidad precoz. También hay debate sobre el alcance y las implicaciones de sus consecuencias. Asimismo, la experiencia de análisis comparativo, seguimiento y evaluación de las políticas y programas en esta materia es escasa. Cabe subrayar que estas lagunas son particularmente marcadas en

¹ Véase [en línea] <<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/maternal.shtml>>.

Centroamérica, región que históricamente ha tenido elevados niveles de fecundidad adolescente y precoz y donde los esfuerzos dirigidos a reducirla son aún incipientes en algunos casos.

Resolver todas estas lagunas y polémicas es una tarea compleja y de largo aliento. Primero, porque exige un esfuerzo masivo de investigación, que considere las especificidades de la región, las subregiones y sus países. Segundo, porque se requieren fuentes de datos de seguimiento de casos, que son escasas en la región. Y tercero, porque se precisan metodologías de evaluación de programas costosas y complejas, virtualmente no aplicadas a nivel regional. Sin embargo, la información que proveen los censos y las encuestas especializadas permite dar respuestas parciales a las dudas y cuestionamientos antes mencionados.

Por ello, en el documento se usan los censos de población para describir de manera actualizada las tendencias de la fecundidad adolescente y precoz en los países examinados, empleando para ello un conjunto de indicadores capaces de dar cuenta de las diferentes facetas y expresiones de esta fecundidad, y considerando la desigualdad social de forma transversal en los cálculos. Las encuestas, por su parte, se utilizan para indagar sobre la evolución de las variables intermedias de la fecundidad adolescente y su deseabilidad, además de la desigualdad social que las afecta.

Finalmente, se presenta una descripción, análisis y discusión de las políticas y programas implementados en la subregión en materia de reproducción adolescente, y los desafíos futuros considerando la experiencia de otras latitudes.

B. Elementos metodológicos: definiciones, fuentes e indicadores

1. Adolescente y reproducción en la adolescencia

A pesar de que no existe una definición de adolescencia aceptada internacionalmente, las Naciones Unidas establecen que los adolescentes son personas con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años (UNICEF, 2011, pág. 10). Ahora bien, dado el foco de este estudio —la salud y las conductas sexuales y reproductivas—, en este documento el análisis se centrará en la población de 15 a 19 años de edad. En ocasiones se usarán edades específicas para controlar el efecto que tiene esta variable sobre la probabilidad de ocurrencia de eventos vinculados con la reproducción. El grupo etario de 10 a 14 años también se analizará ocasionalmente; la reproducción en dichas edades se llamará “precoz”. En algunos casos se emplearán grupos de edades que ya terminaron su adolescencia, es decir, mayores de 19 años, para examinar el comportamiento que tuvieron durante aquella etapa del ciclo vital.

2. Países y fuentes de datos

Los países que se incluyen en el estudio son Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

Las fuentes de datos principales a las que se recurre en el estudio son los censos de población y algunas encuestas, aunque ocasionalmente se usan también estadísticas vitales. Las bases de microdatos censales que se emplean corresponden a:

- Costa Rica: 1984, 2000 y 2011.
- El Salvador: 1992 y 2007.
- Guatemala: 1994 y 2002.
- Honduras: 1988 y 2001.
- Nicaragua: 1995 y 2005.
- Panamá: 1990, 2000 y 2010.

Las encuestas que se utilizarán, tanto en la forma de bases de datos como de informes publicados, son:

- Ministerio de Salud de El Salvador y otros (2009), Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL, El Salvador, CDC y USAID. En adelante, FESAL-08.
- Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) y Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) (2004), Encuesta Nacional de Salud Familiar 2002-2003, San Salvador, ADS. En adelante, FESAL-02.
- Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) y otros (2000), Encuesta Nacional de Salud Familiar, Informe Final FESAL-98, El Salvador, CDC y USAID. En adelante, FESAL-98.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala y otros (2010), V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil Guatemala 2008-2009, Guatemala, MSPAS, INE y CDC. En adelante, ENSMI-09.
- Instituto Nacional de Estadística de Guatemala y otros (1999), Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999, Guatemala, DHS Macro Internacional Inc. En adelante, ENSMI-99.
- Secretaría de Salud (SS) e Instituto Nacional de Estadística (INE) de Honduras y Macro International Inc. (2006), Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2005-2006, Honduras, SS, INE y Macro International Inc. En adelante: ENESF-06.
- Ministerio de Salud de Honduras y otros (1997), Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 1996, Honduras, ASHONPLFA, CDC y USAID. En adelante: ENESF-96.

Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) y Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) (2007), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud ENDESA 2006/07, Nicaragua, INIDE/ENDESA. En adelante, ENDESA-06.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Nicaragua y otros (1999), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 1998, Nicaragua, DHS Macro Internacional Inc. En adelante, ENDESA-98.

3. Indicadores

Los indicadores considerados para el análisis fueron:

- Tasa específica de fecundidad, obtenida mediante estimación indirecta en el caso de los censos —procesamiento de microdatos y uso de la aplicación de Redatam para los cálculos del procedimiento indirecto P/F de Brass, versión revisada por Hill— y a través de estimación directa en el caso de las encuestas —procesamiento de datos en línea mediante STATcompiler o recopilación de resultados publicados en los informes oficiales de las encuestas.
- Porcentaje de madres precoces —de 10 a 14 años de edad cumplidos, solo en los censos— y adolescentes —de 15 a 19 años de edad, tanto en los censos como en las encuestas— por edades simples y agrupadas.
 - Probabilidad de ser madre en la adolescencia: promedio del porcentaje de madres de 19 y 20 años de edad —en los censos.

Todos estos indicadores son cruzados por quintiles socioeconómicos ad hoc que se construyeron para los censos —urbanos y rurales.

- Tendencias de las variables intermedias de la fecundidad²:

² El aborto, una variable intermedia importante, en particular en el caso de las adolescentes, no será considerado de manera sistemática en los cuadros comparativos y en los análisis estadísticos estándar, debido a la falta de datos al respecto. Con todo, se hará un esfuerzo por entregar información actualizada y confiable sobre este asunto, aunque sea de naturaleza fragmentaria.

- Actividad sexual:
 - o Porcentaje de adolescentes sexualmente iniciados (mujeres y hombres).
 - o Porcentaje de iniciados sexualmente antes de los 15, los 18 y los 20 años por cohortes (mujeres y hombres).
- Nupcialidad:
 - o Porcentaje de adolescentes algunas vez unidos (mujeres y hombres).
 - o Porcentaje de adolescentes actualmente unidos (mujeres y hombres).
 - o Porcentaje de unidos antes de los 15, los 18 y los 20 años por cohortes (mujeres y hombres).
- Uso de anticonceptivos:
 - o Porcentaje de adolescentes usuarios de anticoncepción —todos los métodos; modernos y tradicionales— sexualmente iniciados —o unidos en algunos países— (mujeres y hombres).
 - o Porcentaje de adolescentes que iniciaron el uso de anticoncepción sin haber tenido hijos —respecto del total que han usado alguna vez.
 - o Porcentaje de adolescentes que usó anticonceptivos —según tipo: condón, resto moderno, tradicional— en su primera relación sexual —respecto del total de iniciadas.

Estos indicadores fueron cruzados por los quintiles de bienestar de las encuestas —procesadas mediante STATcompiler— en los casos en que los tamaños muestrales no pusieran en riesgo la representatividad de los valores obtenidos.

C. Elementos conceptuales

La reproducción durante la adolescencia inquieta porque está documentado que: i) se asocia a problemas de salud (Lete y otros, 2001; Bongaarts y Cohen, 1998); ii) provoca truncamientos en las trayectorias escolares (Rodríguez, 2009); iii) limita las opciones para encontrar y ejercer una actividad remunerada (Buvinic, 1998); iv) es mucho más frecuente entre los pobres (Rodríguez, 2008), pasando a formar parte del círculo de transmisión intergeneracional de la pobreza (Rodríguez y Hopenhayn, 2007); v) ha aumentado su ocurrencia al margen de relaciones de pareja estables (Rodríguez, 2009; Guzmán y otros, 2001; McDevitt y otros, 1996), por lo que la crianza termina a cargo de las muchachas y sus familias de origen (Rodríguez, 2009), y vi) no es infrecuente, sobre todo en la reproducción precoz —antes de los 15 años—, que su origen sea el abuso o el aprovechamiento por parte de adultos (Lete y otros, 2001).

Adicionalmente, la fecundidad adolescente tiene especificidades asociadas a esa etapa de la vida, las que se reflejan tanto en la trayectoria de su tasa, en general más renuente a bajar, como en su menor sensibilidad a las políticas públicas que sí tienen incidencia sobre la fecundidad de otras edades.

Por ello, la fecundidad adolescente no puede ser interpretada con los marcos teóricos que sí han servido para explicar y fundamentar acciones en materia de fecundidad total (TGF) o en otras edades. En efecto, según la teoría de la transición demográfica, la modernización socioeconómica es la causa principal del descenso sostenido de la fecundidad, a lo que se añade la diseminación del ideal de familia pequeña y la retracción de las actitudes contrarias al control natal, estos últimos dos factores destacados por la teoría de la difusión (Bravo, 1992). Así, de acuerdo con ambos enfoques —modernización y difusión—, la fecundidad adolescente debiera ser más proclive al descenso, por una parte, porque la modernización implica la erradicación de prácticas tradicionales de matrimonio temprano y acentúa la colisión entre reproducción temprana y asistencia escolar, y por la otra, porque el grupo adolescente debiera ser el más sensible y afectado por la diseminación de las ideas favorables al control natal, ya que está más abierto al cambio y más expuesto a los medios de comunicación de

masas y a los mensajes de los países “desarrollados” (Ali y Cleland, 2005). En América Latina, ambas teorías sirven para explicar el descenso sostenido de la fecundidad total, que efectivamente se ha verificado desde la década de 1970, pero claramente no logran dar cuenta del comportamiento resistente a la baja de la fecundidad adolescente.

Lo mismo ocurre con las teorías microeconómicas de la decisión racional. Según distintos autores (Haveman y otros, 1997), las personas cotejan los costos —directos y de oportunidad— y los beneficios —monetarios y no monetarios— de tener un hijo, y actúan racionalmente tratando de maximizar su utilidad —típicamente individual, pero eventualmente altruista, ya sea intra o intergeneracionalmente—, teniendo en cuenta sus ingresos actuales y permanentes (Becker y Barro, 1986). Aunque este enfoque, junto con otros, anticipa correctamente que la menor fecundidad adolescente se dará en los grupos para los que implica mayor costo directo y de oportunidad (Haveman y otros, 1997), no ofrece hipótesis robustas para explicar su resistencia al descenso ni su creciente ocurrencia en condiciones de soltería —lo que eleva su costo para las madres y sus familias de origen.

Las especificidades de la fecundidad adolescente derivan, en primer lugar, de las características de esta fase de la vida. La adolescencia es un período vital altamente complejo, cuya mezcla de construcción de identidad mediante diferenciación y oposición, de sensación de invulnerabilidad, irregularidad y labilidad emocional y cúspide hormonal favorece decisiones y conductas arriesgadas (Dulanto, 2000; Breibauer y Maddaleno, 2005). En el caso de la reproducción temprana, tales conductas se relacionan con una protección nula o irregular respecto de embarazos no deseados, a veces incluso teniendo el conocimiento, las intenciones y los medios para hacerlo. Algunas teorías actuales sobre las relaciones interpersonales y los procesos de decisión que procuran incluir los componentes no cognitivos ni racionales de las conductas también aportan lo suyo, al describir los laberintos, asperezas, asimetrías, complejidades e incertidumbres que marcan las decisiones sobre la actividad sexual y el uso de anticonceptivos, en particular en las y los adolescentes (Breibauer y Maddaleno, 2005; Juárez y Gayet, 2005; Furstenberg, 1998). Estos enfoques de interacción multinivel y compleja consideran factores como el ejercicio del poder y las asimetrías de género para explicar el hecho que se lleven a cabo conductas riesgosas, pese a que cognitivamente y racionalmente las personas —en este caso los adolescentes— tengan información y antecedentes sobre los peligros que corren.

Por otra parte, la forma en que la sociedad define a la adolescencia y trata a las y los adolescentes también es decisiva. Esta relación entre sociedad y adolescencia tiene un mediador clave: las instituciones sociales (Rodríguez, 2011 y 2009). En particular, es fundamental subrayar las disonancias entre las expectativas y preceptos de las principales instituciones sociales —la familia, la escuela, el sistema de salud, el sistema judicial y los medios de comunicación masivos— respecto de la conducta sexual, anticonceptiva y reproductiva de las y los adolescentes, por una parte, y los mensajes que los bombardean, sus prácticas reales y la apreciación que los adolescentes tienen de sí mismos, por la otra. En ciertos casos estas disonancias se expresan abiertamente como discriminación formal y legal, por ejemplo, cuando se excluye a estos grupos de los programas de salud sexual y reproductiva o se les considera no aptos para tomar decisiones individuales libres sobre el acceso a los métodos anticonceptivos. En otros casos, esta discrepancia se manifiesta en conflictos de derechos que suelen resolverse a favor de una parte distinta al adolescente —típicamente, el predominio de la patria potestad hasta en los ámbitos de mayor intimidad. Pero en la gran mayoría de los casos, esta divergencia genera una zona de ambigüedad en la convivencia familiar y en el trato institucional, que lleva a la proliferación de conductas sexuales ocultas y desprotegidas.

II. La población de 10 a 24 años en Centroamérica: evolución demográfica

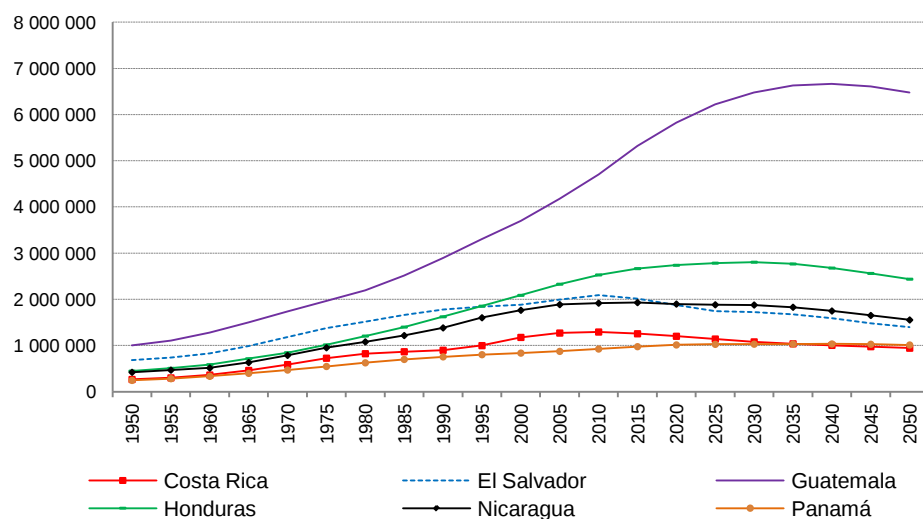
El grupo de 10 a 24 años combina a la población que concluyó la adolescencia hace poco, la que la está atravesando plenamente —15 a 19 años— y aquella que la está iniciado —10 a 14 años. Su consideración agregada permite una aproximación más cabal al futuro de la población adolescente.

El número de personas de 10 a 24 años de los países centroamericanos creció aceleradamente durante la segunda mitad del siglo XX. En todos los países de la subregión ha seguido aumentando durante la década de 2000, pero a tasas decrecientes, como se aprecia en el gráfico 1. Sin embargo, a partir de 2010 algunos países comenzarán a registrar descensos en la cantidad absoluta de esta población, partiendo por Costa Rica y El Salvador justamente en el quinquenio actual (2010-2015). Más adelante se sumará el resto, siendo Guatemala y Panamá los que tardarán más en experimentar esta inflexión —a partir de 2040.

Estas tendencias se reflejarán en la importancia relativa del grupo de 10 a 24 años dentro de la población total. Históricamente, este segmento etario ha representado una fracción importante de la población; en los últimos 60 años se ha movido entre el 25% y el 35%. Las proyecciones sugieren un descenso sostenido de esta proporción para todos los países de la subregión en los próximos años, lo que la llevará a valores de entre el 15% y el 25% de la población total en 2050 (véase el gráfico 2). Este descenso de la representación del grupo de 10 a 24 años dentro de la población total de los países puede ser una gran oportunidad.

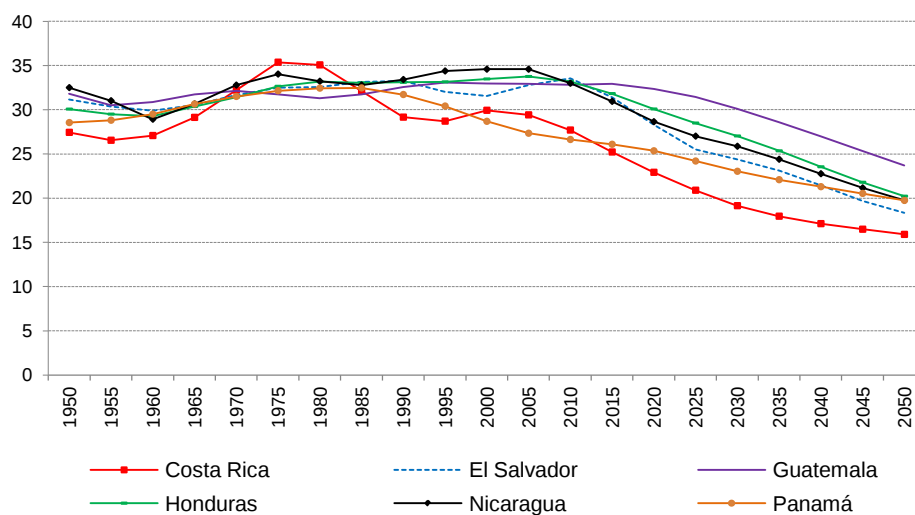
A igualdad de otros factores, esta estabilización significará un escenario muy diferente al del pasado, cuando los crecimientos en torno al 3% anual o mayores obligaban a realizar grandes inversiones solo para mantener la cobertura de los servicios dirigidos a este grupo etario. Esas inversiones significativas deben seguir haciéndose, habida cuenta de las necesidades insatisfechas y las lagunas que aún experimenta esta población, pero su ejecución podrá orientarse justamente a la reducción de los déficits acumulados, la ampliación de coberturas y el mejoramiento de la calidad de los servicios.

GRÁFICO 1
CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 10 A 24 AÑOS, 1950-2050



Fuente: CELADE, "América Latina: estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100. Revisión 2011", [en línea] <http://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm>.

GRÁFICO 2
CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL PESO RELATIVO DE LA POBLACIÓN DE 10 A 24 AÑOS, 1950-2050



Fuente: CELADE, "América Latina: estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100. Revisión 2011", [en línea] <http://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm>.

III. Tendencias de la fecundidad adolescente y precoz

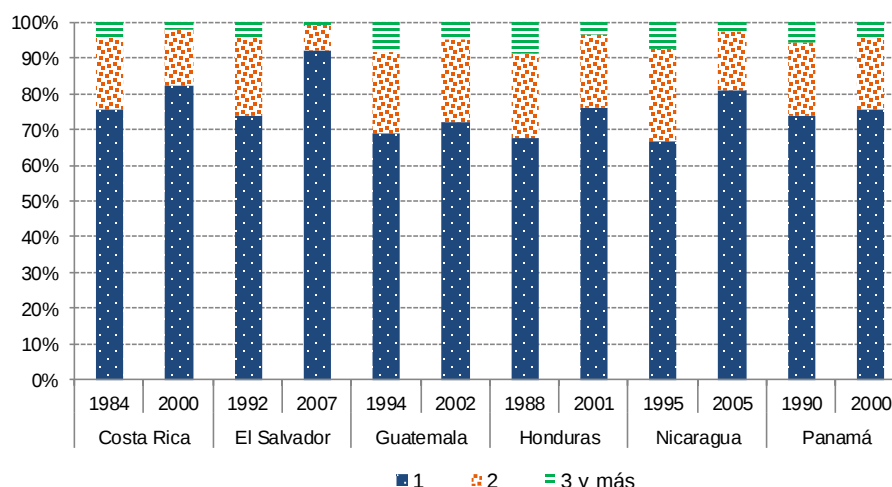
Centroamérica se presta para una lectura ambivalente en materia de reproducción temprana. Por una parte, aquella preocupante si se quiere, tiene los índices de fecundidad adolescente más elevados de América Latina. Por la otra, la promisoría, en los últimos 20 años estos índices han bajado de manera significativa en casi todos los países de la subregión. Ahora bien, esta tendencia a la baja debe examinarse con atención, porque el descenso de la tasa específica de fecundidad adolescente —el indicador demográfico más usado— puede deberse a la caída de los nacimientos de orden superior a uno durante la adolescencia —justamente lo que ha estado ocurriendo en todos los países de la subregión, como se aprecia en el gráfico 3 y en el cuadro 1—, dejando intacta la probabilidad de ser madre en la adolescencia. Por ello, a continuación se examinan tanto la tasa específica de fecundidad adolescente como el porcentaje de madres entre las mujeres de este grupo etario. Se usan las dos fuentes de datos principales disponibles en la subregión para ello: los censos y las encuestas especializadas.

A. Evolución de la tasa específica de fecundidad según los censos

Usando el conocido procedimiento de estimación indirecta de la fecundidad ideado por William Brass³, se calcularon las tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edad y la tasa global de fecundidad para los países de Centroamérica considerados, con la excepción de Costa Rica, cuyo censo no incluye las preguntas necesarias para aplicar el procedimiento. Los resultados se presentan en el cuadro 1 y, en general, ratifican lo dicho previamente, agregando el dato novedoso del censo de Panamá de 2010. La excepción está representada por Honduras, que experimenta un aumento de la tasa específica de fecundidad del grupo de 15 a 19 años, pero el período de referencia es más bien antiguo, por lo que esta tendencia puede estar desactualizada.

³ También conocido como P/F. Para más detalles pueden consultarse Welty (1998) o United Nations (1983).

GRÁFICO 3
CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): ESTRUCTURA RELATIVA DE LAS MADRES ADOLESCENTES
(15 A 19 AÑOS) SEGÚN NÚMERO DE HIJOS TENIDOS, DOS ÚLTIMOS CENSOS



Fuente: Procesamiento especial de las bases de microdatos censales.

CUADRO 1
COSTA RICA Y PANAMÁ: ESTRUCTURA RELATIVA DE LAS MADRES ADOLESCENTES
(15 A 19 AÑOS) SEGÚN NÚMERO DE HIJOS TENIDOS, TRES ÚLTIMOS CENSOS

País	Año censal	1 hijo	2 hijos	3 hijos y más
Costa Rica	1984	75,4	20,0	4,6
	2000	82,2	15,5	2,3
	2011	88,1	11,9	0,03
Panamá	1990	73,6	20,7	5,7
	2000	75,6	19,8	4,6
	2010	77,3	16,7	6,0

Fuente: Procesamiento especial de las bases de microdatos censales.

Ahora bien, como se aprecia claramente en el cuadro 2, el descenso de la fecundidad adolescente se ha dado en el marco de la disminución de la fecundidad de todas las edades y, como resultado de lo anterior, de la caída de la fecundidad total. Por ello, la menor fecundidad adolescente en términos de tasa no significa forzosamente una menor importancia relativa dentro de la fecundidad total. De hecho, eso es lo que se concluye del cuadro 3, ya que en todos los países de la subregión el peso de la fecundidad adolescente en la total aumenta en el período intercensal de referencia. El caso más llamativo es el de Panamá, que se incrementa del 16,5% al 17,3% entre 2000 y 2010, pese al descenso que tuvo su tasa en el mismo período. En el fondo, lo que está detrás de estas discrepancias son las diferentes velocidades de caída de las tasas específicas de fecundidad por edad. Tal como se aprecia en el cuadro 4, en todos los países la fecundidad adolescente cayó mucho menos que la total, por lo que su peso relativo tendió a aumentar.

Cualquiera sea el caso, el dato más relevante es el del descenso de la fecundidad, en particular la tendencia a la baja que registró Panamá en la década de 2000 según el censo de 2010. Con todo, la experiencia de los países de América del Sur, que tuvieron alzas de su fecundidad adolescente luego de un período inicial de descenso, así como los altos niveles que aún presenta esta fecundidad en la subregión —la mayor parte con índices superiores a 100 nacidos vivos por cada mil mujeres de ese

grupo etario, incluyendo a Panamá, con 96 por mil en 2010—, y la elevación de su peso relativo dentro de la fecundidad total, son ingredientes que alimentan la preocupación por este tema.

CUADRO 2
CENTROAMÉRICA (5 PAÍSES): TASAS ESPECÍFICAS Y GLOBALES DE FECUNDIDAD
(ESTIMACIONES INDIRECTAS), CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1980, 1990, 2000 Y 2010

Países	El Salvador		Guatemala		Honduras		Nicaragua		Panamá		
Grupos de edad/Censo	1992	2007	1994	2002	1988	2001	1995	2005	1990	2000	2010
15 a 19 años	98,0	88,5	124,3	115,4	119,5	123,1	169,1	124,4	109,7	107,1	95,9
20 a 24 años	198,3	140,9	269,6	229,1	251,7	215,5	255,1	170,6	187,3	171,4	146,1
25 a 29 años	176,9	127,7	256,2	223,1	253,7	194,8	222,7	149,1	172,4	155,1	131,7
30 a 34 años	124,0	93,0	200,6	180,5	214,9	152,8	169,1	105,8	118,5	119,4	99,4
35 a 39 años	83,0	54,0	143,4	127,3	168,4	109,9	117,7	60,7	63,1	68,3	56,5
40 a 44 años	38,1	19,9	65,8	58,3	90,4	52,4	48,3	22,6	21,7	23,5	19,2
45 a 49 años	8,7	3,3	13,4	12,5	21,3	11,6	11,7	4,7	4,4	4,9	4,5
TGF	3,6	2,6	5,4	4,7	5,6	4,3	5,0	3,2	3,4	3,2	2,8

Fuente: Procesamientos especiales de las bases de microdatos censales. Método usado: estimación indirecta P/F de Brass.

CUADRO 3
CENTROAMÉRICA (5 PAÍSES): ESTRUCTURA RELATIVA DE LA FECUNDIDAD,
CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1980, 1990, 2000 Y 2010

Países	El Salvador		Guatemala		Honduras		Nicaragua		Panamá		
Grupos de edad/Censo	1992	2007	1994	2002	1988	2001	1995	2005	1990	2000	2010
15 a 19 años	13,5	16,8	11,6	12,2	10,7	14,3	17,0	19,5	16,2	16,5	17,3
20 a 24 años	27,3	26,7	25,1	24,2	22,5	25,1	25,7	26,7	27,7	26,4	26,4
25 a 29 años	24,3	24,2	23,9	23,6	22,7	22,6	22,4	23,4	25,5	23,9	23,8
30 a 34 años	17,1	17,6	18,7	19,1	19,2	17,8	17,0	16,6	17,5	18,4	18,0
35 a 39 años	11,4	10,2	13,4	13,5	15,0	12,8	11,8	9,5	9,3	10,5	10,2
40 a 44 años	5,2	3,8	6,1	6,2	8,1	6,1	4,9	3,5	3,2	3,6	3,5
45 a 49 años	1,2	0,6	1,2	1,3	1,9	1,3	1,2	0,7	0,6	0,8	0,8

Fuente: Cálculos realizados a partir de los datos del cuadro 2.

CUADRO 4
CENTROAMÉRICA (5 PAÍSES): PORCENTAJE DE CAMBIO (DESCENSO) DE LAS TASAS
ESPECÍFICAS Y GLOBALES DE FECUNDIDAD (ESTIMACIONES INDIRECTAS),
CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1980, 1990, 2000 Y 2010

Grupos de edad	El Salvador, 1992-2007	Guatemala, 1994-2002	Honduras, 1988-2001	Nicaragua, 1995-2005	Panamá 1990-2010
15 a 19 años	-9,7	-7,2	3,0	-26,4	-12,6
20 a 24 años	-28,9	-15,0	-14,4	-33,1	-22,0
25 a 29 años	-27,8	-12,9	-23,2	-33,0	-23,6
30 a 34 años	-25,0	-10,0	-28,9	-37,4	-16,1
35 a 39 años	-34,9	-11,2	-34,7	-48,4	-10,5
40 a 44 años	-47,8	-11,4	-42,0	-53,2	-11,5
45 a 49 años	-62,1	-6,7	-45,5	-59,8	2,3
TGF	-27,5	-11,9	-23,2	-35,8	-18,3

Fuente: Cálculos realizados a partir de los datos del cuadro 2.

B. Tasa específica de fecundidad y su evolución según las encuestas

En general, las encuestas especializadas —las *Demographic and Health Surveys* (DHS) y las *International Reproductive Health Surveys* (IRHS), estas últimas levantadas con el apoyo de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)— muestran una tendencia a la disminución de la fecundidad adolescente coincidente con la que revelaron los censos, con el añadido que presentan estimaciones para fechas más recientes y sugieren que la excepcionalidad de Honduras —que aumentó su tasa en el último período censal disponible— efectivamente está desactualizada, ya que en 2006 alcanzó una tasa de 102 por mil, más baja que la de los dos últimos censos y también que la de la encuesta de comparación (de 1996). En los cuadros 5, 6 y 7 se presentan estos resultados, que en general coinciden con los censos no solo en el señalamiento de la tendencia sino también en los niveles, lo que valida el uso de ambas fuentes para estas estimaciones⁴.

CUADRO 5
CENTROAMÉRICA (4 PAÍSES): TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD POR EDAD
Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010

País	Año de la encuesta	Grupos de edad							TGF
		15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	
El Salvador	1998	116	211	167	118	68	29	8	3,5
	2008	89	134	117	81	51	18	2	2,5
Guatemala	1999	117	276	236	182	131	60	7	5,0
	2009	98	184	176	135	96	29	5	3,6
Honduras	1996	136	243	210	169	142	78	12	4,9
	2006	102	169	150	122	73	32	5	3,3
Nicaragua	1998	139	203	173	132	82	35	9	3,9
	2006	106	149	128	86	55	14	2	2,7

Fuente: FESAL-98, Tabla 3.1, pág. 49; FESAL-08, Tabla 4.4, pág. 65; ENSMI-99, Cuadro 3.1, pág. 28; ENSMI-09, Cuadro 4.1, pág. 76; ENESF-96, Cuadro 4-4, pág. 62; ENESF-06, Cuadro 4.1, pág. 60; ENDESA-98, Cuadro 3.1, pág. 27; ENDESA-06, Cuadro 4.1, pág. 88.

CUADRO 6
CENTROAMÉRICA (4 PAÍSES): ESTRUCTURA RELATIVA DE LA FECUNDIDAD,
ALREDEDOR DE 2000 Y 2010

País	Año de la encuesta	Grupos de edad						
		15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años
El Salvador	1998	16,2	29,4	23,3	16,5	9,5	4,0	1,1
	2008	18,1	27,2	23,8	16,5	10,4	3,7	0,4
Guatemala	1999	11,6	27,4	23,4	18,0	13,0	5,9	0,7
	2009	13,6	25,4	24,3	18,7	13,3	4,0	0,7
Honduras	1996	13,7	24,5	21,2	17,1	14,3	7,9	1,2
	2006	15,6	25,9	23,0	18,7	11,2	4,9	0,8
Nicaragua	1998	18,0	26,3	22,4	17,1	10,6	4,5	1,2
	2006	19,6	27,6	23,7	15,9	10,2	2,6	0,4

Fuente: Cálculos realizados sobre la base del cuadro 5.

⁴ Es lo que se advierte en El Salvador, donde el censo de 2007 y la encuesta de 2008 arrojaron una tasa específica de fecundidad adolescente de 89 y 88,5 nacidos vivos por cada mil mujeres de esa edad, respectivamente. Con todo, en otros países la diferencia deja de ser irrelevante, aunque sigue siendo pequeña. Por ejemplo, el censo de Nicaragua de 2005 arrojó una tasa de 124 por mil, mientras que la encuesta de 2007 registró una de 106 por mil. En estos casos, es difícil concluir cuánto de la diferencia obedece a una tendencia real y cuánto a disparidades debidas a la fuente de medición y a los procedimientos usados a partir de cada una de ellas.

CUADRO 7
CENTROAMÉRICA (4 PAÍSES): PORCENTAJE DE CAMBIO (DESCENSO) DE LAS TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD POR EDAD Y LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010

País y año de la encuesta	Grupos de edad							TGF (15-49)
	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	
El Salvador, 1998-2008	-23,3	-36,5	-29,9	-31,4	-25,0	-37,9	-125,0	-29,4
Guatemala, 1999-2009	-16,2	-33,3	-25,4	-25,8	-26,7	-51,7	-28,6	-28,0
Honduras, 1996-2006	-25,0	-30,5	-28,6	-27,8	-48,6	-59,0	-58,3	-33,2
Nicaragua, 1998-2006	-23,7	-26,6	-26,0	-34,8	-32,9	-60,0	-77,8	-30,8

Fuente: Cálculos realizados sobre la base del cuadro 5.

Ahora bien, aunque la evolución de la tasa de fecundidad adolescente sugiere un patrón descendente de la reproducción en este segmento etario, es la maternidad adolescente la más relevante como indicador en materia de políticas. Por ello, en el próximo apartado se examina con detalle el porcentaje de madres entre la población adolescente que arrojan los censos y las encuestas.

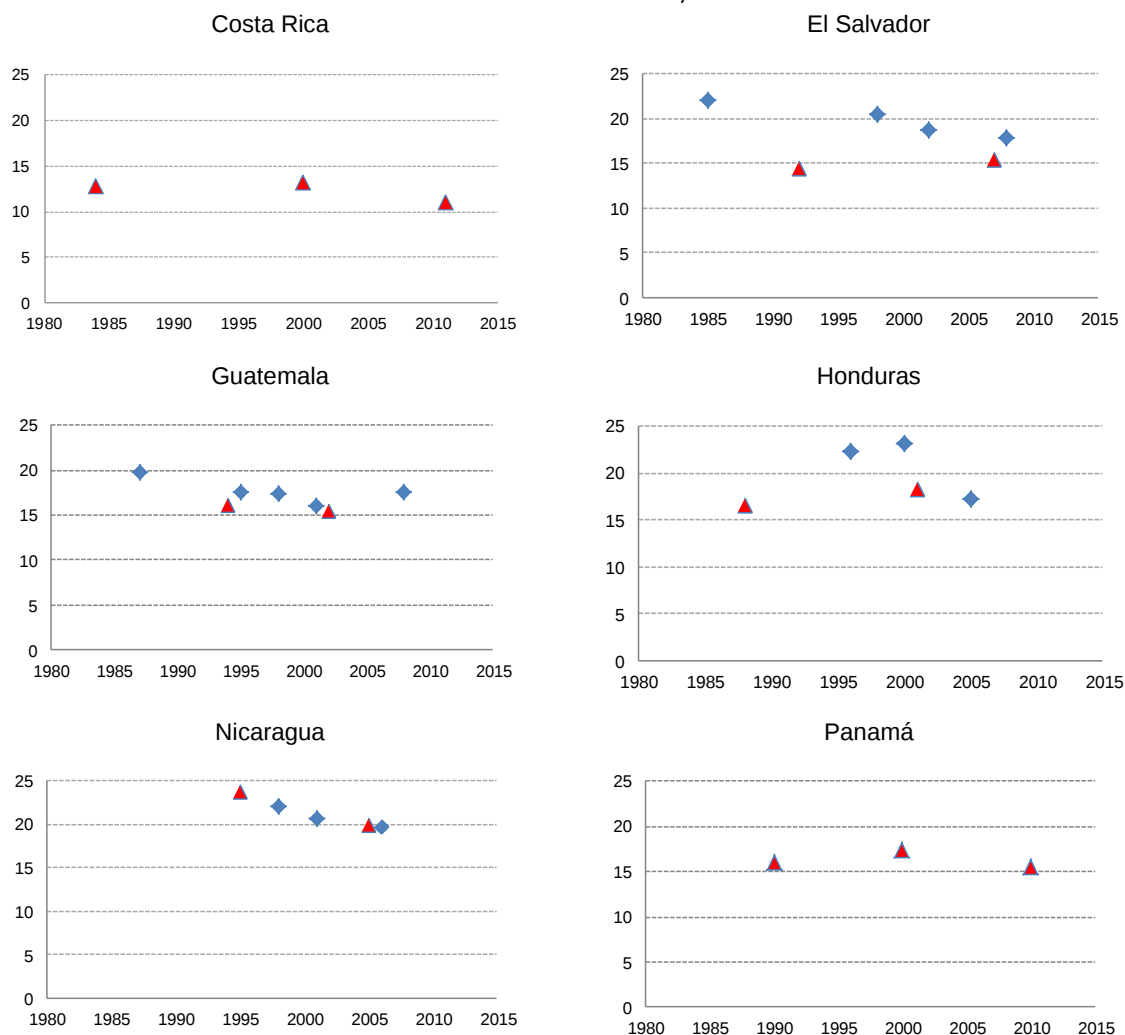
C. Porcentaje de madres de 15 a 19 años según los censos y las encuestas

En el gráfico 4 se presenta la trayectoria más larga que es factible construir usando datos combinados de censos y encuestas, y que en la mayoría de los países se extiende entre mediados de la década de 1980 y fines de la de 2000. La tendencia que muestra este gráfico, que incluye a los seis países de la subregión, es menos alentadora que la observada en los dos acápite previos. En efecto, solo un par de ellos —Nicaragua y El Salvador— registran niveles actuales de maternidad adolescente inferiores a los existentes a mediados de la década de 1990, y únicamente en el primero se aprecia una tendencia de descenso sostenido durante todo el período de referencia. En los otros cuatro países se verifican situaciones disímiles, que en parte se deben a las discrepancias de niveles entre las encuestas y los censos.

En general, el panorama que muestra el censo, típicamente más acotado temporalmente —solo en Panamá se cubre completamente la década de 2000— y con menos observaciones, es más bien de estabilidad o aumento de la maternidad adolescente, con la excepción de Nicaragua y Guatemala. En cambio, en el caso de las encuestas, que en su mayoría permiten cubrir la totalidad de la década de 2000, predominan las tendencias descendentes.

La situación de Costa Rica, que puede analizarse en este caso porque las consultas realizadas en el relevamiento censal sí permiten calcular la maternidad adolescente, muestra una tendencia de estabilidad en el período 1984-2000. Las estadísticas vitales de este país —en general confiables— registraron un descenso de la fecundidad adolescente durante la década de 2000, aun cuando ciertas oscilaciones en ese período introducían algunas dudas sobre el valor de la maternidad adolescente que captaría el censo (véase el gráfico 5). En este trabajo se dilucida esta interrogante mediante el procesamiento primigenio del censo de 2011, que muestra una caída de este indicador a niveles inferiores que los registrados en 1984. Con esto, Costa Rica y Panamá, los dos únicos países donde los censos permiten una evaluación de lo acaecido en la década de 2000, han experimentado una tendencia a la baja de la maternidad adolescente durante ese decenio.

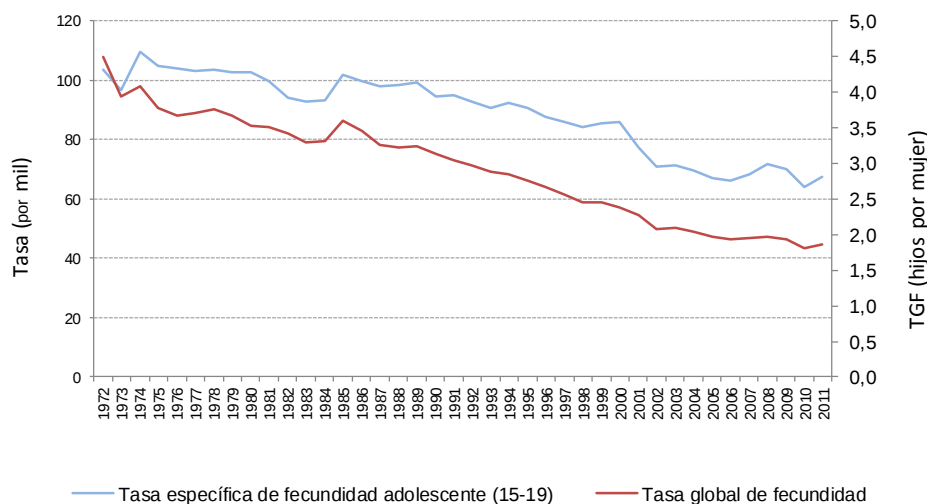
GRÁFICO 4
CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES
SEGÚN CENSOS Y ENCUESTAS, 1980 A 2010



Fuente: Procesamientos especiales de las bases de microdatos censales y con STATcompiler [en línea] <www.measuredhs.com>.

Nota: El indicador corresponde al porcentaje de muchachas del grupo de 15 a 19 años que declaró haber tenido un hijo (o más) nacido vivo. Las que no respondieron la pregunta fueron clasificadas como nulíparas (sin hijos). Los rombos corresponden a las encuestas y los triángulos a los censos.

GRÁFICO 5
COSTA RICA: TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD DEL GRUPO DE 15 A 19 AÑOS
Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, 1972 A 2011



Fuente: Rodríguez (2011), sobre la base de datos oficiales de las estadísticas vitales y proporcionados por el Centro Centroamericano de Población.

D. La maternidad precoz: cada caso cuenta

Uno de los asuntos más debatidos en la actualidad en materia de reproducción temprana se refiere a la denominada “maternidad precoz”, es decir, aquella que acontece antes de los 15 años. En general, hay consenso que a edades tan tempranas las adversidades de la reproducción se agudizan. Peor aún, la reproducción precoz suele asociarse con situaciones de abuso y violencia sexual, así como con relaciones asimétricas extremas⁵. No obstante todos estos factores de preocupación, son pocos los estudios que se han realizado sobre este asunto en América Latina y, de hecho, no hay registros al respecto para Centroamérica. En tal sentido, la evidencia sistematizada en este trabajo constituye un aporte novedoso a la discusión, partiendo por el reconocimiento de sus niveles y tendencias.

En el cuadro 8 se muestra justamente el nivel de la maternidad precoz en los dos últimos censos⁶. Si bien las cifras son significativamente menores que las de fecundidad adolescente —oscilan entre un 0,25% en Costa Rica en 2000 y un 1,3% en Nicaragua en 1995—, son preocupantes por dos razones. La primera es su misma existencia, toda vez que cada caso de maternidad precoz pone en riesgo de manera directa la salud de los involucrados —la madre y el hijo—, supone una carga enorme para ambos y para sus familias y levanta sospechas de abuso o violencia sexual. La segunda es su tendencia, porque en tres de los seis países centroamericanos considerados este porcentaje aumentó en el último período censal disponible —Costa Rica, El Salvador y Guatemala.

⁵ Véase por ejemplo un artículo reciente sobre el caso de Guatemala, [en línea] <http://www.observatoriogeneroyequidad.cl/index.php/igustasando-menu-superior-104/26-novedades/6594-guatemala-alarante-numero-de-embarazos-en-ninas-por-abuso-sexual?utm_source=v2.envialosimple.com&utm_admin=7108&utm_medium=email&utm_campaign=Boletin_Ob>, consultado el 7 de enero de 2013.

⁶ Las encuestas no permiten abordar esta población, porque se restringen al segmento de 15 a 49 años, aun cuando con las preguntas retrospectivas sobre la edad a la que se han tenido los hijos se podrían obtener estimaciones de la importancia relativa de la maternidad precoz. Por otra parte, con el censo es difícil calcular tasas para este grupo etario porque las metodologías disponibles no se adecuan a él. Finalmente, con estadísticas vitales se pueden realizar estimaciones relevantes, pero en Centroamérica suelen tener debilidades importantes, salvo en Costa Rica.

CUADRO 8
CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): PORCENTAJE DE MADRES ENTRE LAS MUJERES DE 12 A 14 AÑOS,
POR EDAD SIMPLE Y GRUPO DE EDAD, CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1980,1990, 2000 Y 2010

Países	Año censal	Edad simple			Grupo de edad
		12	13	14	
Costa Rica	1984		ND		ND
	2000	0,01	0,13	0,62	0,26
	2011	0,42	0,37	0,69	0,50
El Salvador	1992	0,42	0,45	1,00	0,62
	2007	0,37	0,43	1,37	0,72
Guatemala	1994	0,22	0,29	0,54	0,35
	2002	0,45	0,49	1,00	0,63
Honduras	1988	0,69	0,98	1,72	1,11
	2001	0,20	0,27	0,63	0,36
Nicaragua	1995		ND	1,29	1,29
	2005	ND	0,33	1,25	0,79
Panamá	1990		ND		ND
	2000	0,15	0,43	1,63	0,74
	2010	0,18	0,38	1,62	0,71

Fuente: Procesamientos especiales de las bases de microdatos censales.

ND: No Disponible.

E. Probabilidad de ser madre en la adolescencia

Los indicadores hasta ahora revisados se refieren a las mujeres de 15 a 19 años como un conjunto —con excepción del último, que se presentó por edad simple. Es fácil captar que la proporción de muchachas de este segmento etario que han sido madres al momento del censo NO refleja la probabilidad de serlo antes de cumplir los 20 años —esto es, la probabilidad de ser madre adolescente—, por cuanto aún hay un período futuro de exposición a este riesgo para todas las mujeres de ese grupo de edad —que es corto en el caso de las jóvenes próximas a cumplir los 20 años, pero extenso en el de las muchachas que acaban de cumplir 15 años— casi toda la duración del intervalo de edad. Es decir que este indicador está truncado y, por ende, NO sirve para medir el riesgo efectivo del evento de interés —ser madre durante la adolescencia.

Como el problema de los datos truncados es frecuente en demografía, hay varias técnicas, procedimientos e instrumentos disponibles para enfrentarlo, entre ellos la tabla de vida (o de decrementos), la cohorte hipotética, la definición de funciones de ajustes, la imputación o predicción mediante regresiones, entre otros. Por cierto, todos estos procedimientos se basan en relaciones existentes en la información observada, y nada asegura que estas relaciones sean inmutables. Por ende, siempre hay un margen de incertidumbre en el pronóstico. Ahora bien, en el caso de esta probabilidad —que es de sumo interés, por tratarse del indicador más idóneo del riesgo que interesa medir, esto es, el de ser madre durante la adolescencia—, la disponibilidad de información por edad simple para cohortes próximas a terminar la exposición al riesgo (19 años de edad) o que acaban de terminarla (20 años de edad) permite una estimación inmediata. Estas cifras se presentan en el cuadro 9 y revelan la verdadera magnitud del problema y del desafío que entraña la maternidad adolescente, ya que según la última información disponible, la probabilidad de ser madre en la adolescencia oscilaba entre un 25% en Costa Rica en 2010 y un 43% en Nicaragua en 2001 y Honduras en 2005.

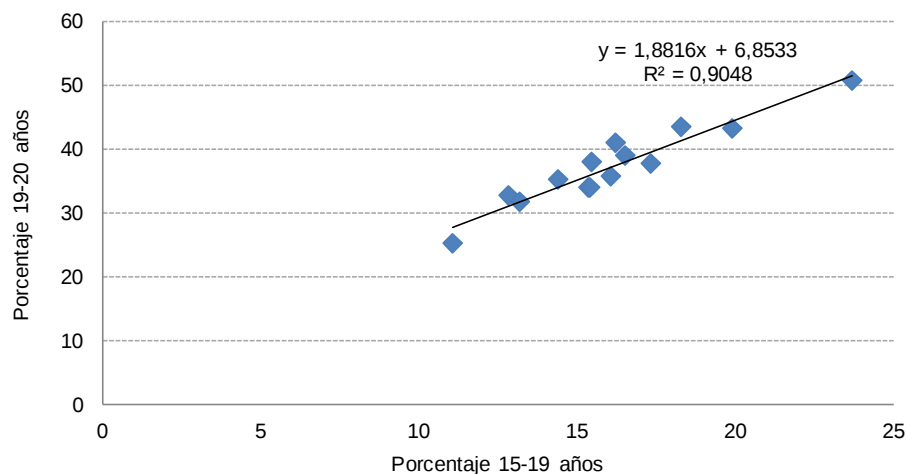
CUADRO 9
CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): PORCENTAJE DE MADRES DE 15 A 19 AÑOS
Y DE 19 A 20 AÑOS, CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1980, 1990, 2000 Y 2010

País	Año censal	Porcentaje de madres	
		15 a 19 años	19 a 20 años
Costa Rica	1984	12,82	32,71
	2000	13,17	31,64
	2011	11,07	25,17
El Salvador	1992	14,41	35,12
	2007	15,39	33,87
Guatemala	1994	16,23	40,87
	2002	15,45	37,96
Honduras	1988	16,55	38,84
	2001	18,28	43,54
Nicaragua	1995	23,72	50,76
	2005	19,9	43,16
Panamá	1990	16,06	35,59
	2000	17,36	37,67
	2010	15,44	34,01

Fuente: Procesamientos especiales de las bases de microdatos censales.

Por otra parte, en el gráfico 6 se presenta la relación entre esta probabilidad observada y el indicador de maternidad adolescente —porcentaje de madres en el grupo de 15 a 19 años. Como era de esperar, la relación es estrecha, lo que permite usos ulteriores de esta proporción como proxy de la probabilidad esperada de ser madre en la adolescencia, por ejemplo, cuando se usen desagregaciones por quintiles en encuestas y las cifras por edad simple tengan alto margen de error.

GRÁFICO 6
CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): PORCENTAJE DE MADRES DE 15 A 19 AÑOS Y DE 19
A 20 AÑOS, CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1990, 2000 Y 2010 DISPONIBLES



Fuente: Cálculos realizados sobre la base de los datos del cuadro 9.

IV. Variables intermedias

El trabajo seminal de Davis y Blake sobre los determinantes directos e indirectos de la fecundidad (1956), seguido por la formalización de los determinantes próximos y su efecto sobre la fecundidad natural hecha por Bongaarts (1978 y 1982), y la posterior revisión de esta formalización por parte de Stover (1998), han sido de gran utilidad en la investigación social sobre la fecundidad humana. Para el análisis de la fecundidad adolescente, el marco conceptual de los determinantes próximos también es útil, pero su sistematización tiene dificultades y requiere más sofisticación que la usada para las otras edades. A grandes rasgos, los determinantes próximos de la fecundidad son: i) el inicio de la menarquia; ii) la exposición a la actividad sexual; iii) el uso de anticoncepción, y iv) el aborto.

Hay consenso en que la menarquia se está adelantando en la mayor parte de los países de la región (Rodríguez, 2009), lo que aumenta el riesgo de fecundidad adolescente. Como ocurre básicamente entre los 12 y los 14 años de edad (Gómez, Molina y Zamberlin, 2011), su adelantamiento tendría efectos directos marginales sobre la fecundidad del grupo de 15 a 19 años, pero en cambio implicaría un efecto potencial significativo en el caso de la fecundidad precoz. Lamentablemente, no hay datos comparativos sobre la evolución de la menarquia en los países de Centroamérica, por lo que esta variable no será examinada empíricamente.

Una de las modificaciones que hizo Stover al modelo de Bongaarts respecto de la actividad sexual es clave⁷, porque la actividad sexual premarital deviene más frecuente entre las y los adolescentes, y con ello aumentan las probabilidades de reproducción temprana sin una unión previa (Ali y Cleland, 2005; Bozón, 2003). Esto no cambia el hecho que la mayoría de los embarazos o nacimientos acontezca en el marco de relaciones románticas de cierta duración, pero estas ya no corresponden forzosamente a uniones —pareja sexual que cohabita— o matrimonios. Por cierto, una vez ocurrida la iniciación sexual aumentan las oportunidades y la frecuencia de las relaciones casuales, pero en general es raro que terminen en maternidad adolescente. Hay que recordar, eso sí, que el embarazo precoz es distinto y tiene más probabilidades de ser el resultado de una situación de violencia o abuso sexual.

Ahora bien, el determinante próximo “exposición a la actividad sexual” puede descomponerse en la edad de la iniciación sexual, crucial en el caso del grupo adolescente, y la frecuencia de esta actividad.

⁷ “The use of sexual activity rather than marriage to indicate exposure to pregnancy” (Stover, 1998, pág. 255).

La primera puede estimarse con una simple pregunta en una encuesta especializada —aunque hay sesgos que pueden afectar la respuesta. La segunda, en cambio, es más difícil de estimar porque las encuestas especializadas no contienen un historial de la actividad sexual⁸. La consulta sobre esta actividad durante un período de referencia cercano puede ofrecer un indicador grueso de su frecuencia. Incluso más, a partir de esta consulta se han desarrollado procedimientos para convertir este dato en estimaciones de frecuencia coital anual (*annual coital frequency*); sin embargo, hay dudas sobre la calidad de estas estimaciones (Ali y Cleland, 2005). Por lo anterior, el indicador que se usará en este documento se relaciona con la edad de la iniciación sexual.

Justamente en relación con la evolución de la iniciación sexual, las teorías sociales dominantes anticipan que: i) tenderá a adelantarse; ii) ocurrirá de manera cada vez más frecuente antes de la unión —sea formal o consensual—; iii) convergirán paulatinamente las edades de iniciación sexual de hombres y mujeres y de las personas de los diferentes estratos socioeconómicos (Bozón, 2003). Las bases culturales de estas tendencias son la desacralización de la sexualidad y la creciente autonomía decisional y valórica de los adolescentes que se verifica en los países occidentales desarrollados (Grant y Furstenberg, 2007). Esta evolución podría extenderse a América Latina, dada la influencia que tienen en esta región las ideas y patrones de conducta provenientes de aquellos países (Ali y Cleland, 2005). De hecho, las cifras presentadas más adelante, con datos de la década de 2000, revelan un adelantamiento de la iniciación sexual —lo que no era tan claro con datos del decenio de 1990 (Guzmán y otros, 2001)—, elevando los riesgos de maternidad adolescente.

Respecto de la nupcialidad, la teoría de la modernización, así como la de la segunda transición demográfica, anticipan una paulatina pero sostenida y significativa postergación de su inicio (Castro y otros, 2010; Grant y Furstenberg, 2007); más aún, en general se pronostica su virtual desaparición durante la adolescencia, época que sería dedicada íntegramente a la formación escolar y a la acumulación de experiencias personales y laborales, ambas difícilmente compatibles con las tareas de crianza. De acuerdo a estudios recientes (Castro y otros, 2010; Esteve y otros, 2010; Fussel y Palloni, 2004), América Latina se aparta de esta predicción, pues pese a los cambios que ha experimentado en materia socioeconómica y demográfica, mantiene el patrón de iniciación nupcial de hace décadas. Esta conclusión, correcta en lo esencial a la luz de la evidencia acumulada hasta fines del siglo XX, requiere algunos matices y precisiones. Primero, porque los registros civiles muestran que sí hay un retraso significativo de la edad media del primer matrimonio, mientras no ocurre lo mismo con las uniones informales, que mantienen el patrón de iniciación del pasado. Segundo, porque tras este promedio pueden ocultarse tendencias divergentes entre grupos socioeconómicos y, por ende, lejos de la estabilidad, lo que hay es polarización. Y tercero, porque las encuestas especializadas aplicadas durante la década de 2000 sugieren una reducción de la iniciación nupcial durante la adolescencia⁹, pero bastante moderada y con excepciones nacionales.

En síntesis, la actividad sexual se inicia más tempranamente sin que haya un adelantamiento de la unión, lo que lleva a una creciente desvinculación entre ambas iniciaciones y a un aumento de las probabilidades de maternidad adolescente fuera de la unión, como lo refleja el alza de los índices de maternidad en soltería¹⁰.

En cuanto al uso de anticonceptivos, los modelos vigentes de variables intermedias y su efecto sobre la fecundidad usan la prevalencia actual como indicador. Aunque se emplee el concepto refinado

⁸ De hecho, en un estudio que explota con rigor la información de las encuestas DHS se declara: “The calendar contains no information about frequency of sexual intercourse or number of sexual partners, which is a major limitation. We therefore have no alternative but to consider time after loss of virginity as sexually active” (Ali y Cleland, 2005, pág. 1177).

⁹ Que puede considerarse un indicador más significativo del riesgo de ser madre en la adolescencia que la edad media de la primera unión o el indicador SMAM (*Singulate Mean Age at Marriage*), que son los usados en la mayoría de los estudios sobre evolución de la nupcialidad latinoamericana (Castro y otros, 2010).

¹⁰ “Because of pervasive declines in the protective effect of virginity, conception rates among single women in Latin America are rising. Contraceptive uptake, particularly of condoms, is increasing but not sufficiently to offset the decline in virginity” (Ali y Cleland, 2005, pág. 1175).

de Stover (1998)¹¹, este indicador tiene una debilidad básica en el caso de las adolescentes: supone que todas las usuarias actuales están protegidas ante el riesgo de maternidad, pero esto no aplica para aquellas que ya fueron madres. De hecho, los modelos multivariados de corte transversal —típicamente regresiones logísticas— que consideran el uso actual de anticonceptivos como variable condicionante de la probabilidad de ser madre durante la adolescencia en la región suelen encontrar coeficientes que indican que este uso se asocia con mayores probabilidades de maternidad en esta etapa del ciclo vital (Rodríguez, 2011 y 2009; Di Cesare y Rodríguez, 2006). Por esto, y a falta de indicadores sintéticos de la trayectoria anticonceptiva, el indicador de protección que parece más idóneo es el uso de anticoncepción en la primera relación sexual. Aunque tiene debilidades —por ejemplo, no asegura protección en las siguientes relaciones—, la evidencia disponible lo muestra como un buen predictor del comportamiento preventivo (Di Cesare y Rodríguez, 2006).

Finalmente, la evidencia sobre el aborto en la región es escasa y fragmentaria, en buena medida por su penalización en la mayor parte de los países de América Latina. Recientemente, las encuestas internacionales —DHS e IRHS— han incluido consultas sobre abortos inducidos, pero las validaciones técnicas de sus resultados aún están pendientes. Las estadísticas oficiales de Cuba, donde el aborto es legal, sugieren que tiene un efecto importante sobre el nivel de la fecundidad adolescente, y que pese a ello la maternidad temprana es mayor de lo que cabría esperar a la luz de los bajos índices de fecundidad de la isla. En Chile, procesamiento especiales de la VI Encuesta Nacional de Juventud de 2009 revelan que un 6% de las mujeres que han tenido embarazos no planificados se ha practicado al menos un aborto —el porcentaje es mucho más alto en la declaración masculina, pero las respuestas de los hombres en estos temas suelen ser menos confiables y consistentes— (Aravena y otros, 2009). No obstante su importancia, la escasez de información obliga a excluir este determinante próximo del análisis que sigue.

A. Iniciación sexual y nupcial

En el cuadro 10 se entregan varios indicadores relacionados con la exposición a la actividad sexual, obtenidos a partir de encuestas especializadas, puesto que los censos no consultan sobre este tema. Si se considera el dato truncado que ofrece el porcentaje de mujeres iniciadas sexualmente entre las adolescentes al momento de la encuesta, se aprecia que hay un aumento de esta exposición —reflejado en un incremento del porcentaje de iniciadas del grupo de 15 a 19 años— en El Salvador, Guatemala y Nicaragua, mientras que en Honduras se produce una disminución. Tomando el indicador de mujeres iniciadas antes de los 20 años para la cohorte de 20 a 24 años de edad, la tendencia es al aumento en El Salvador, Nicaragua y Honduras y a la disminución en Guatemala. En el cuadro no se presenta el caso de Costa Rica porque carece de las encuestas estándares. Sin embargo, este país cuenta con varias encuestas nacionales de fecundidad¹². La última disponible, la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (ENSSSR) de 2010, brinda resultados muy sugerentes, por cuanto registra una porcentaje de adolescentes iniciadas sexualmente de 48,3% (pág. 54), es decir, más alto que el de todos los países que aparecen en el cuadro 10, pese a lo cual la maternidad adolescente de Costa Rica es la menor de la subregión.

¹¹ “Contraceptive prevalence should be defined as the proportion of sexually active, fecund women using contraceptives that does not overlap with the proportion experiencing postpartum amenorrhea” (Stover, 1998, pág. 262).

¹² Bases de datos e informes disponibles [en línea] <http://ccp.ucr.ac.cr/censos/index.php/encuestasds_c/procesarEncuesta?pais=CR&anio=enssr2010>.

CUADRO 10
CENTROAMÉRICA (4 PAÍSES): PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 19 AÑOS, 20 A 24 AÑOS
Y 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE TUVIERON LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL ANTES DE LAS
EDADES ESPECIFICADAS, SEGÚN EDAD ACTUAL, Y PORCENTAJE QUE NO HA TENIDO
RELACIONES SEXUALES, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010

País	Año encuesta	Edad actual	Edades			No ha tenido relaciones sexuales	Casos (no ponderados)
			15	18	20		
El Salvador	1998	15 a 19 años	10,0	(27,9)	(30,9)	69,1	2 295
		20 a 24 años	10,0	41,6	59,3	30,7	2 464
		Total	11,0	(40,1)	(55,9)	(24,8)	(12 593)
	2008	15 a 19 años	10,5	(30,6)	(33,7)	66,3	(1 922)
		20 a 24 años	10,7	40,4	60,5	28,1	(1 825)
		Total	12,1	41,7	58,0	21,6	(11 825)
Guatemala	1999	15 a 19 años	8,3	ND	ND	72,6	1 332
		20 a 24 años	11,2	49,2	60,5	26,2	1 147
		20 a 49 años	14,1	45,0	64,7	10,3	4 689
		25 a 49 años	15,1	46,5	66,0	5,1	3 542
	2009	15 a 19 años	7,1	25,1	28,0	72,0	2 893
		20 a 24 años	9,9	39,0	57,4	29,4	2 921
		Total	11,0	40,2	55,4	25,7	16 800
		Honduras	1996	15 a 19 años	10,5	(46,5)	.
20 a 24 años	10,4			44,1	(63,1)	23,9	(1 374)
Total	11,1			46,9	66,5	23,2	(7 505)
2006	15 a 19 años		9,8	ND	ND	68,5	4 510
	20 a 24 años		12,3	45,4	64,0	24,7	3 729
	20 a 49 años		12,5	46,8	66,2	9,0	15 438
	25 a 49 años		12,6	47,3	66,9	4,0	11 709
Nicaragua	1998	15 a 19 años	12,2	ND	ND	63,7	3 307
		20 a 24 años	14,2	49,0	64,9	23,1	2 423
		20 a 49 años	14,4	48,3	66,2	9,1	10 327
		25 a 49 años	14,4	48,1	66,6	4,8	7 904
	2006	15 a 19 años	13,0	(36,6)	(39,0)	61,0	2 608
		20 a 24 años	15,4	53,1	68,6	23,1	2 753
		Total	16,8	(51,5)	(65,2)	(21,0)	14 199

Fuente: FESAL-98, Tabla 3.10, pág. 58; FESAL-08, Tabla 4.8, pág. 69; ENSMI-99, Cuadro 5.4, pág. 65; ENSMI-09, Cuadro 4.9, pág. 85; ENESF-96, Cuadro 4-9, pág. 67; ENESF-06, Cuadro 6.4, pág. 98; ENDESA-98, Cuadro 5.5, pág. 88; ENDESA-06, Cuadro 4.7, pág. 100.

ND: no disponible.

El porcentaje de mujeres iniciadas antes de los 15 años es relevante por su asociación directa con la fecundidad precoz. Si se considera la cohorte de 15 a 19 años, se observa un aumento del porcentaje de mujeres iniciadas —es decir, un adelantamiento de la iniciación sexual— en El Salvador y Nicaragua, mientras que desciende en Guatemala y Honduras. Al examinar la cohorte de 20 a 24 años, solo en Guatemala se registra una disminución del porcentaje —es decir, un aplazamiento de la iniciación sexual temprana.

La conclusión general que emerge del cuadro es que la tendencia en materia de exposición a la actividad sexual en la adolescencia es, en línea con la experiencia del resto de la región y lo acaecido en los países desarrollados, hacia un aumento, es decir, una adelantamiento de la iniciación sexual, aunque más bien ligero y no completamente generalizado —hay excepciones nacionales que varían según el indicador usado. Ello debería haber llevado a un aumento de la fecundidad adolescente en los cuatro países analizados, lo que, como se expuso en apartados previos, no aconteció, sugiriendo la acción de otro determinante próximo, específicamente el uso de anticonceptivos, que será revisado luego de examinar la evolución de la unión temprana.

Esta conclusión depende de los indicadores usados y también de la modalidad de comparación aplicada. Estudios recientes que han apelado a la comparación entre cohortes de una misma encuesta —20 a 24 años por una parte y 40 a 44 años por la otra— y no de la misma edad pero con encuestas de dos momentos del tiempo diferentes —como se hace en este documento— han llegado a conclusiones opuestas: “Contrariamente a la opinión generalizada de que la gente joven está siendo sexualmente activa más temprano que en el pasado, en la mayoría de los países en estudio, una proporción ligeramente menor de los jóvenes de hoy que de los que actualmente tienen 40–44 años tuvo relaciones sexuales cuando eran adolescentes” (Remez y otros, 2008, pág. 13). Puede ser que la discrepancia se deba al período de comparación: 20 años en el caso del trabajo de Remez y otros y 10 años en el del presente estudio. Cualquiera sea el caso, las cifras relevantes para la década de 2000, que es el foco del análisis de este texto, sugieren lo antes expuesto: una ligera tendencia al aumento de la actividad sexual durante la adolescencia.

En el cuadro 11 se presentan varios indicadores relacionados con la iniciación nupcial obtenidos a partir de encuestas, ya que los censos son más débiles en este aspecto, porque normalmente no captan la condición de “nunca unidas”. La conclusión general que emerge del cuadro es que la tendencia en materia de nupcialidad durante la adolescencia es a la disminución. En los cuatro países, la proporción de mujeres nunca unidas aumentó en los grupos de edad relevantes —15 a 19 años y 20 a 24 años— y la proporción de mujeres unidas antes de los 15 años disminuyó. En el caso de Costa Rica las cifras que se desprenden de la comparación entre la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (EFES) de 1986 y la ENSSSR de 2010 son contundentes: mientras que en 1986 un 18% de las mujeres de 15 a 19 años de edad estaban unidas (EFES, cuadro 3.2), en 2010 ese valor se redujo a un 8,8% (ENSSSR, cuadro 5).

Esta variable intermedia no tiene un efecto directo sobre la fecundidad, pues opera mediante la actividad sexual. Sin embargo, su efecto indirecto puede ser muy poderoso, porque la actividad sexual en el marco de una unión no solo tiende a ser más frecuente sino que, sobre todo, suele asociarse a muchas mayores probabilidades de objetivos reproductivos. Por ende, este retraso de la unión podría ser un factor vinculado a la disminución de la maternidad adolescente, pero su mecanismo de acción no sería mediante la reducción de la actividad sexual, como ya se vio, sino sobre los propósitos de la misma: una menor frecuencia de fines reproductivos, lo que es característico de la actividad sexual al margen de la unión¹³ y requiere de la acción de otras variables, a saber, el uso de anticonceptivos o el aborto.

¹³ Cabe subrayar que en demografía la noción de unión se refiere a la cohabitación de una pareja sexual. Por ende, hay muchas otras formas de relación romántica que no constituyen una unión. Esto es particularmente importante durante la adolescencia, cuando las relaciones románticas —noviazgos y otras denominaciones— suelen no ser uniones. De esta manera, la actividad sexual al margen de la unión está lejos de ser circunstancial, casual o promiscua. De hecho, la mayor parte de las iniciaciones sexuales y de los coitos durante la adolescencia acontecen en el marco de relaciones románticas.

CUADRO 11
CENTROAMÉRICA (4 PAÍSES): PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 19 AÑOS, 20 A 24 AÑOS Y 15 A 49 AÑOS QUE TUVIERON LA PRIMERA UNIÓN ANTES DE LAS EDADES ESPECIFICADAS, SEGÚN EDAD ACTUAL, Y PORCENTAJE QUE NO HA ESTADO UNIDA, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010

País	Año	Edad actual	Edades			Nunca unidas	Casos (no ponderados)
			15	18	20		
El Salvador	1998	15 a 19 años	6,1	(21,9)	(26,1)	73,9	2 295
		20 a 24 años	5,6	29,0	46,4	39,6	2 462
		Total	7,0	(31,6)	(46,7)	(29,7)	(12 594)
	2008	15 a 19 años	5,5	(20,7)	(24,2)	75,8	(1 927)
		20 a 24 años	5,0	25,4	42,4	42,3	(1 845)
		Total	6,6	29,6	44,5	29,2	(11 956)
Guatemala	1999	15 a 19 años	6,8	ND	ND	73,9	1 332
		20 a 24 años	9,3	34,3	55,5	30,5	1 147
		20 a 49 años	10,2	36,9	55,9	12,6	4 689
		25 a 49 años	10,5	37,8	56,0	6,8	3 542
	2009	15 a 19 años	4,8	18,9	21,8	78,2	2 894
		20 a 24 años	7,1	30,3	46,3	40,3	2 928
		Total	7,9	32,8	47,0	31,4	16 818
	1996	15 a 19 años	8,5	(40,3)	.	69,6	(1 456)
		20 a 24 años	7,9	36,8	(55,8)	31,7	(1 374)
		Total	8,4	39,7	58,7	27,6	(7 505)
Honduras	2006	15 a 19 años	7,0	ND	ND	75,2	4 510
		20 a 24 años	10,8	38,8	54,4	34,2	3 729
		20 a 49 años	10,5	40,3	58,5	14,1	15 438
		25 a 49 años	10,4	40,8	59,8	7,7	11 709
Nicaragua	1998	15 a 19 años	13,1	ND	ND	65,7	3 307
		20 a 24 años	16,0	50,3	65,6	24,9	2 423
		20 a 49 años	15,6	47,7	65,8	10,1	10 328
		25 a 49 años	15,4	47,0	65,8	5,6	7 905
	2006	15 a 19 años	9,0	(27,8)	(30,2)	69,8	2 608
		20 a 24 años	10,4	40,6	55,8	33,9	2 757
		Total	12,4	(41,6)	(55,0)	(27,7)	14 216

Fuente: FESAL-98, Tabla 4.8, pág. 58; FESAL-08, Tabla 4.8, pág. 69; ENSMI-99, Cuadro 5.2, pág. 63; ENSMI-09, Cuadro 4.9, pág. 85; ENESF-96, Cuadro 4-9, pág. 67; ENESF-06, Cuadro 6.2, pág. 95; ENDESA-98, Cuadro 5.3, pág. 86; ENDESA-06, Cuadro 4.7, pág. 100.

ND: no disponible.

B. Uso de anticonceptivos

En el cuadro 12 se expone un primer indicador del uso de anticonceptivos modernos, que como se explicó anteriormente, tiene debilidades. Con todo, es el único disponible para comparaciones entre países e intertemporales. Se trata del uso actual de anticoncepción entre las mujeres unidas. En los cuatro países con datos se aprecia un aumento significativo del porcentaje de usuarias de anticonceptivos modernos entre las muchachas unidas de 15 a 19 años: del 25,6% al 48,1% en El Salvador entre 1998 y 2008; del 11,7% al 28,1% en Guatemala entre 1998 y 2008; del 38,2% al 59,7% en Nicaragua entre

1998 y 2007, y del 21,3% al 39,9% en Honduras entre 1996 y 2006. Cuando se desagregan los métodos según su condición moderna o tradicional, se verifica que el aumento se ha dado principalmente por el uso de los métodos modernos, por cuanto la prevalencia de los tradicionales, además de que son menos, no presenta un alza significativa, y de hecho en dos países se reduce —El Salvador y Honduras. Se trata de tendencias bien marcadas y que, a primera vista, sirven como explicación “demográfica” de la evolución de la maternidad adolescente presentada en las secciones previas.

CUADRO 12
CENTROAMÉRICA (4 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE MUJERES CASADAS
O UNIDAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS SEGÚN TIPO DE MÉTODO Y GRUPOS
DE EDADES ESPECÍFICOS, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010

País	Año de la encuesta	Edad	Usa	Métodos anticonceptivos modernos	Métodos anticonceptivos tradicionales	No usa	Casos (no ponderados)
El Salvador	1998	15 a 19 años	33,4	25,6	7,7	66,6	(654)
		20 a 24 años	48,4	43,1	5,4	51,6	(1 516)
		Total	59,7	54,1	5,7	40,3	(7 453)
	2008	15 a 19 años	54,8	48,1	6,7	45,2	(523)
		20 a 24 años	68,4	62,0	6,3	31,6	(1 058)
		Total	72,5	65,9	6,6	27,5	(6 618)
Guatemala	1998	15 a 19 años	14,6	11,7	2,9	85,4	316
		20 a 24 años	25,7	20,0	5,6	74,3	727
		Total	38,2	30,9	7,2	61,8	3 964
	2008	15 a 19 años	32,7	28,1	4,6	67,3	748
		20 a 24 años	47,9	39,8	7,9	52,1	1 914
		Total	54,1	44,0	10,0	45,9	11 629
Honduras	1996	15 a 19 años	27,6	21,3	8,3	72,4	(456)
		20 a 24 años	39,4	31,7	7,8	60,6	(904)
		Total	50,0	41,0	9,0	50,0	(4 693)
	2006	15 a 19 años	45,9	39,9	6,0	54,1	
		20 a 24 años	59,1	51,3	7,8	40,9	
		Total	65,2	56,4	8,9	34,8	
Nicaragua	1998	15 a 19 años	39,8	38,2	0,9	60,2	3 307
		20 a 24 años	53,8	51,4	1,9	46,2	1 432
		Total	60,3	57,4	2,5	39,7	8 045
	2006	15 a 19 años	61,1	59,7	1,4	38,9	871
		20 a 24 años	70,5	68,3	2,3	29,5	1 834
		Total	72,4	69,8	2,6	27,6	9 420

Fuente: FESAL-98, Tabla 4.8, pág. 95; FESAL-08, Tabla 5.12, pág. 108; ENSMI-99, Cuadro 4.4, pág. 55; ENSMI-09, Cuadro 5.10A y 5.11B, págs. 130 y 140; ENESF-96, Cuadro 5-10, pág. 108; ENESF-06, Cuadro 5.3, pág. 74; ENDESA-98, Cuadro 4.4, pág. 42; ENDESA-06, Cuadro 5.6, pág. 140.

Ahora bien, por las debilidades de este indicador resulta pertinente acudir a otros para tener una visión más acabada del efecto “preventivo” de este aumento del uso de anticonceptivos entre las adolescentes. Un primer aspecto a considerar atañe a las condiciones en las cuales se inicia el uso de anticonceptivos. Está bien documentado que una fracción importante de las adolescentes usuarias actuales en América Latina comenzaron a utilizar anticonceptivos después de haber sido madres; de hecho, justamente es por esta razón que se les facilita el acceso a estos medios (Rodríguez, 2011 y 2009). En este caso, el uso actual evidentemente no disminuye el riesgo de ser madre en la adolescencia, aunque sí la multiparidad en esta etapa del ciclo de vida.

En el cuadro 13 se expone el porcentaje de mujeres que no tenía hijos cuando comenzó a usar anticonceptivos —en la mayoría de los casos se trata de mujeres unidas alguna vez, aunque en algunos países la población de referencia sea otra y haga incomparables los resultados a este nivel. Como se aprecia, en todos los países se trata de una minoría de las mujeres, lo que es revelador de la debilidad del indicador de uso actual.

CUADRO 13
CENTROAMÉRICA (4 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD SEGÚN NÚMERO DE HIJOS A LA PRIMERA VEZ QUE USARON ANTICONCEPCIÓN, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010

País	Encuesta	Nunca usó	0	1 o más	NS/NR
El Salvador	FESAL-02	33,8	28,9	37,1	
	FESAL-08				
Guatemala	ENSMI-99	73,3	11,2	15,6	
	ENSMI-09	48,8	23,5	27,2	0,4
Honduras	ENESF-06	28,8	41,2	30,0	
Nicaragua	ENDESA-98	40,6	33,7	25,5	0,3
	ENDESA-06 ^a		72,0	27,9	0,1

Fuente: El Salvador, Reproductive Health Survey 2002, ICF International, 2012, Measure DHS STATcompiler, [en línea] <<http://www.statcompiler.com>>, 2/8/2012; Guatemala, ENSMI-09, Cuadro 5.13, pág. 137L; ENSMI-99, ICF International, 2012, Measure DHS STATcompiler, [en línea] <<http://www.statcompiler.com>>, 2/8/2012; Honduras, ICF International, 2012, Measure DHS STATcompiler, [en línea] <<http://www.statcompiler.com>>, 2/8/2012; Nicaragua, ENDESA-06, Cuadro 5.9, pág. 147; ENDESA-98, Cuadro 4.6, pág. 59.

^a El cuadro seleccionado no contiene el dato sobre el no uso de anticonceptivo, por lo que se entrega información para analizar en conjunto, extraída del cuadro 5.3, página 135: 2.608 es el número no ponderado de mujeres de 15 a 19 años; 871 mujeres actualmente unidas; 79 mujeres no unidas sexualmente activas (relaciones sexuales en el mes de la encuesta). De las mujeres actualmente unidas de 15 a 19 años, 84,7% ha usado alguna vez métodos anticonceptivos, 82,7% ha usado métodos modernos. De las mujeres no unidas sexualmente activas de 15 a 19 años, el 86,8% ha usado alguna vez cualquier método anticonceptivo y el 82% métodos modernos.

Una segunda alternativa entonces es el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, que de acuerdo a varios estudios (Rodríguez, 2011) es un buen predictor del comportamiento preventivo, aunque ciertamente también tiene debilidades, porque no cubre la protección en los coitos posteriores (Ali y Cleland, 2005). Sobre este indicador hay poca información diacrónica; la hallada para el presente estudio se expone en el cuadro 14.

CUADRO 14
CENTROAMÉRICA (4 PAÍSES): PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 24 AÑOS CON EXPERIENCIA SEXUAL QUE USARON ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, SEGÚN GRUPOS DE EDADES, ALREDEDOR DE 2000 Y 2010

Edad a la primera relación sexual	El Salvador			Guatemala		Honduras		Nicaragua	
	1998	2002-2003	2008 ^a	1999	2009 ^d	1996	2005-2006 (condón)	1998	2006-2007
Menos de 15 años	6,3	9,4	19,8	-	3,6-6,1 ^b	2,8	-	-	14,2
15 a 19 años	9,6	18,8	26,2	-	4,9-8,6 ^c	6,4-6,9	10,9	-	24,7-34,2
20 a 24 años	15,4	28,3	36,5	-	15,7	9	-	-	35,1

Fuente: El Salvador, FESAL-98, Tabla 6.13, pág. 174; FESAL-02, Tabla 9.12, pág. 200; FESAL-08, Tabla 7.9, pág. 156; Guatemala, ENSMI-09, Cuadro 6.15B, pág. 195; Honduras, ENESF-96, Cuadro 8-12, pág. 224; ENESF-06, Cuadro 13.12, pág. 241; Nicaragua, ENDESA-06, Cuadro 12.12, pág. 432.

^a La clasificación de edades es: menos de 15, 15-17, 18-24.

^b 3,6 en menores de 13 años y 6,1 en las edades 13-14.

^c 4,9 en las edades 15-17 y 8,6 en las edades 18 y 19.

^d Mujeres unidas.

El caso de El Salvador, el único con datos comparables en el tiempo, ratifica que es el uso de anticonceptivos el factor clave para el descenso de la fecundidad adolescente que registraron las encuestas durante la década de 2000. En efecto, este se ha dado a contrapelo de un aumento de la actividad sexual en la adolescencia y en concomitancia con un incremento importante del debut sexual protegido: del 9,6% al 26,2% entre 1998 y 2008. De todos modos, este 26,2% es muy inferior al registrado en países de Europa del Sur —tal vez los más comparables con los latinoamericanos entre los de mayores ingresos, por sus vínculos culturales históricos—; en efecto, en España, 9 de cada 10 muchachas de 18 y 19 años declaró haber usado anticoncepción en su primera relación sexual en 1995. Este alto nivel de iniciación protegida, que parece anticipar niveles elevados de protección durante toda la adolescencia, es clave para la disminución de la fecundidad adolescente de esos países. Como contrapartida, el aún muy bajo nivel de iniciación protegida en Centroamérica es decisivo para la alta fecundidad adolescente de la subregión.

Esta importancia de la iniciación protegida es relevada, desde un punto de vista metodológico, en los cuadros 15 y 16. Como se aprecia, en todos los países se verifica que el uso actual de anticonceptivos entre las adolescentes sexualmente iniciadas se asocia a chances mayores de ser madre en esta etapa de la vida¹⁴. Desde luego, esto no significa que el uso de anticonceptivos cause una mayor probabilidad de ser madre entre las adolescentes, sino que, como ya se ha documentado en otras investigaciones (Di Cesare y Rodríguez, 2006), muchas de las muchachas usuarias actuales de anticoncepción comenzaron a utilizar contracepción después de haber tenido su primer hijo (Measure DHS, en línea). En cambio, el efecto protector de la anticoncepción sí se capta con una pregunta que no presenta este problema, cual es la relativa al uso de condón, el medio anticonceptivo más popular entre las y los adolescentes en la primera relación sexual. Como se aprecia en los cuadros, el coeficiente es superior a 1 y es estadísticamente significativo —a un nivel de confianza del 95%— en todos los países, lo que ratifica su asociación con menores probabilidades de ser madre en la adolescencia, incluso después de controlar por otros factores relevantes como la edad, la situación socioeconómica, la condición de unión y la edad de iniciación sexual.

Los resultados de las regresiones logísticas que se exponen en los cuadros 15 y 16 ratifican la asociación entre la maternidad adolescente y otras variables intermedias, como la edad de la iniciación sexual —mientras más temprana, más tiempo de exposición al riesgo y más chances de ser madre— y la condición de nupcialidad. Respecto de esta última, la unión temprana suele anticipar un embarazo también temprano. Claro está que con la información disponible no es posible identificar vínculos causales, por cuanto esta asociación puede deberse a la secuencia inversa, es decir, embarazo y luego unión, patrón para nada inusual en América Latina y en Centroamérica, en particular entre adolescentes. Por cierto, la fortaleza de esta asociación no implica que la maternidad adolescente se enmarque exclusivamente en uniones, ya que como se verá más adelante, la maternidad sin unión (sin convivencia) es un fenómeno creciente en toda la región y también específicamente en la subregión de la que se ocupa este documento.

El ejercicio que exponen estos cuadros muestra además la asociación de la maternidad adolescente con algunas variables socioeconómicas, como el nivel educativo y el quintil socioeconómico, que en general revelan la vinculación entre esta problemática y la pobreza.

Este ejercicio no apunta a establecer relaciones causales debido a sus limitaciones —entre otras, la ya mencionada del orden temporal de los eventos, problema que también se repite en el caso de la asociación con las variables socioeconómicas—; pero tampoco se trata de un simple ejercicio de asociación estadística. Hay un marco conceptual y relaciones analíticas que apuntan a vínculos de dependencia entre estas variables y la maternidad adolescente. Por cierto, precisar el grado de causalidad de estos vínculos queda planteado como interrogante para futuras investigaciones.

¹⁴ Se trata de los coeficientes 0,348, 0,182, 0,137, 0,286, que por tener como referencia a las que sí usan actualmente anticonceptivos, significan que las que no usan tienen chances que van entre un tercio y un décimo de haber sido madres en comparación con las que sí lo hacen.

CUADRO 15
CENTROAMÉRICA (3 PAÍSES): RAZONES DE MOMIOS (ODDS-RATIOS) DE REGRESIONES
LOGÍSTICAS BINOMIALES MÚLTIPLES SOBRE LA CHANCE DE SER MADRE SEGÚN EDAD,
QUINTIL SOCIOECONÓMICO, EDAD DE INICIACIÓN SEXUAL, USO ACTUAL Y EN LA PRIMERA
RELACIÓN SEXUAL DE ANTICONCEPTIVOS MODERNOS Y EXPERIENCIA MARITAL,
MUJERES DE 15 A 19 AÑOS INICIADAS SEXUALMENTE, ALREDEDOR DE 2005

Variables	El Salvador, 2008		Guatemala, 2008		Nicaragua, 2006	
	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)
Edad	0	2,16	0	3,369	0	3,756
Quintil socioeconómico (ref.: más rico)						
Más pobre	0	3,047	0,154	1,638	0,125	1,421
Pobre	0	2,86	0,428	1,297	0	2,334
Medio	0	2,593	0,083	1,765	0,513	1,165
Medio-rico	0,079	1,604	0,132	1,669	0,817	1,063
Edad de la iniciación sexual	0	0,556	0	0,347	0	0,289
Usa actualmente anticonceptivos (ref.: sí)	0	0,348	0	0,182	0	0,286
Uso de condón en la primera relación sexual (ref.: sí)	0	2,21	0	3,144	0	2,506
Alguna vez unida (ref.: sí)	0,021	0,71	0,002	0,527	0,002	0,601
Constant	0	0,006	0,003	0,2	0	0,012

Fuente: Procesamientos especiales de las bases de microdatos de las encuestas IRHS respectivas.

CUADRO 16
HONDURAS: RAZONES DE MOMIOS (ODDS-RATIOS) DE REGRESIONES LOGÍSTICAS BINOMIALES
MÚLTIPLES SOBRE LA CHANCE DE SER MADRE SEGÚN EDAD, QUINTIL SOCIOECONÓMICO,
EDAD DE INICIACIÓN SEXUAL, USO ACTUAL Y EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL
DE ANTICONCEPTIVOS MODERNOS Y EXPERIENCIA MARITAL, MUJERES
DE 15 A 19 AÑOS INICIADAS SEXUALMENTE, 2005

Variables	Sig.	Exp(B)
Edad	0	1,743
Educación (ref.: superior)	Referencia: secundaria o más	
Sin educación	0,014	2,257
Primaria	0	1,953
Secundaria	NA	
Quintil socioeconómico (ref.: más rico)		
Más pobre	0,277	1,297
Pobre	0,903	0,972
Medio	0,234	1,292
Medio-rico	0,987	1,003
Edad de la iniciación sexual	0,126	0,982
Usa actualmente anticonceptivos (ref.: sí)		
Uso de condón en la primera relación sexual (ref.: sí)	0,001	2,005
Alguna vez unida (ref.: sí)	0	0,254
Constant	0	0

Fuente: Procesamiento de las encuestas DHS.

En el cuadro 17 se procura comparar tres realidades diferentes en materia de comportamiento reproductivo de las adolescentes, con el objetivo de destacar los elementos que las diferencian y que las acercan en lo que respecta a las variables intermedias, y con ello abonar a la discusión sobre los factores

clave para la alta fecundidad adolescente de América Latina. Los tres países comparados son El Salvador, de Centroamérica; Perú, de América del Sur, y España, de Europa del Sur. El contraste en la intensidad reproductiva durante la adolescencia es evidente, pues la tasa específica de fecundidad del grupo de 15 a 19 años del Perú es cinco veces la de España, y la de El Salvador es siete veces la del mismo país de referencia¹⁵. En materia de variables intermedias también hay diferencias entre estos tres países. Paradojalmente, España registra una iniciación sexual más temprana —63% de las muchachas de 18 años ya ha tenido actividad sexual, contra una cifra del orden del 40% en el caso del Perú y El Salvador—, por lo que este componente de las variables intermedias difícilmente puede explicar la mayor fecundidad adolescente latinoamericana.

En cambio, la disparidad clave aparece en el uso de anticoncepción, en este caso captado con el indicador de utilización de un medio moderno en la primera relación sexual. Mientras en España la iniciación protegida entre las adolescentes se acercaba al 90% a fines del siglo pasado —por lo cual debe ser virtualmente universal en la actualidad—, en los dos países latinoamericanos apenas superaba el 20%. Esta diferencia abismal en materia de protección anticonceptiva durante la adolescencia es la que permite que las muchachas españolas inicien más temprano su vida sexual y tengan, a la vez, riesgos mucho menores de ser madres durante esa etapa de la vida.

CUADRO 17
EL SALVADOR, PERÚ Y ESPAÑA: INDICADORES SELECCIONADOS DE LA REPRODUCCIÓN ADOLESCENTE Y DE LAS VARIABLES INTERMEDIAS, ALREDEDOR DE 1995 Y 2005

País	Tasa específica de fecundidad	Porcentaje sexualmente activo a diferentes edades ^a	Uso de anticoncepción moderna en el primer coito (porcentaje entre las iniciadas)	Aborto
El Salvador	89 (FESAL, 2008)	(N=2 810) 16 (26,6) 17 (32,0) 18 (38,0) 19 (45,5)	23 (FESAL, 2008, 15-24)	4% del total de embarazos (FESAL, 2008, tabla 10.32)
Perú	61 (ENDES, 2011)	N (3 399) 16 (21,4) 17 (29,4) 18 (40,0)	22,4 (DHS, Continuous 2007-2008, mujeres de 15 a 19 años)	Sin datos
España	12,7 (Proyección 2005-2010, División de Población de las Naciones Unidas)	N (802) 16 (21,7) 17 (34,8) 18 (62,9) 19 (78,0)	85,1 (Fertility and Family Survey 1995, mujeres de 18 y 19 años)	12,7 cada mil mujeres de 15 a 19 años, es decir, 50% del total de embarazos ^b

Fuente: Indicada en cada dato.

^a Jokin de Irala, Alfonso y otros, "Mean Age of First Sex: Do They Know What We Mean?", Arch Sex Behav (2011) 40:853-855.

^b Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, "Datos estadísticos, [en línea] <www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tables_figuras.htm#Tabla%201>.

Finalmente, la inclusión del aborto en el cuadro no es casual y se efectúa a sabiendas de la falta de información que hay al respecto en América Latina y de la polémica que suscita. Ocurre que los registros de España, donde el aborto es legal bajo condiciones que lo hacen accesible a buena parte de las mujeres que lo desean, muestran que esta variable intermedia ejerce un efecto reductor muy significativo de la reproducción adolescente en ese país, porque hay tantos abortos como niños nacidos. Así, bajo un escenario muy simplificado por cierto, la tasa de fecundidad adolescente española se encontraría en torno al 20 por mil de no existir el aborto. Aunque sigue siendo significativamente menor que en

¹⁵ Las tasas globales de fecundidad de estos tres países para el quinquenio 2005-2010 fueron estimadas en 2,4 nacidos vivos por cada mil mujeres de 15 a 49 años para El Salvador, 2,6 para el Perú y 1,4 para España (United Nations, 2011). Vale decir que el nivel de los dos países latinoamericanos no alcanza a doblar la fecundidad española —que por lo demás está aumentando, en parte por el aporte reproductivo de la inmigración, pero también por la fase de "devolución" del denominado "efecto tempo".

América Latina, no hay duda que el aborto desempeña un papel relevante evitando nacimientos no deseados en ese país europeo.

Esta constatación se presta para una segunda lectura, ya que existiendo protección anticonceptiva desde el inicio de la vida sexual cuasi universal en España, surge la inquietud por la presencia de una tasa de aborto tan alta. La respuesta nos remite tanto a la debilidad de los indicadores sobre protección anticonceptiva como a las especificidades sicosociales de las y los adolescentes. Ambos asuntos quedan planteados como desafíos para futuros trabajos. El primero para investigaciones de orden más metodológico, que apunten a captar mejor la prevención anticonceptiva en la adolescencia, y el segundo para estudios cuantitativos y cualitativos más sustantivos sobre los factores que inciden en el uso menor, más irregular y menos eficiente de anticonceptivos de las y los adolescentes, en comparación con las personas de otras edades.

V. Deseabilidad

En América Latina hay una larga tradición de estudios e investigadores que sugieren que la reproducción adolescente es deseada, en particular más que a otras edades¹⁶. Los argumentos para justificar esta posición van desde la demografía —por el orden de nacimiento, ya que los de orden uno son más deseados, y la gran mayoría de los nacimientos de madres adolescentes son justamente de ese orden— hasta la antropología —la existencia de pautas culturales que valoran la reproducción temprana—, pasando por la sociología —la maternidad temprana como opción que da sentido y genera un proyecto de vida, en particular en contextos de escasas o nulas alternativas (Oliveira y Vieira, 2010; Stern, 1997).

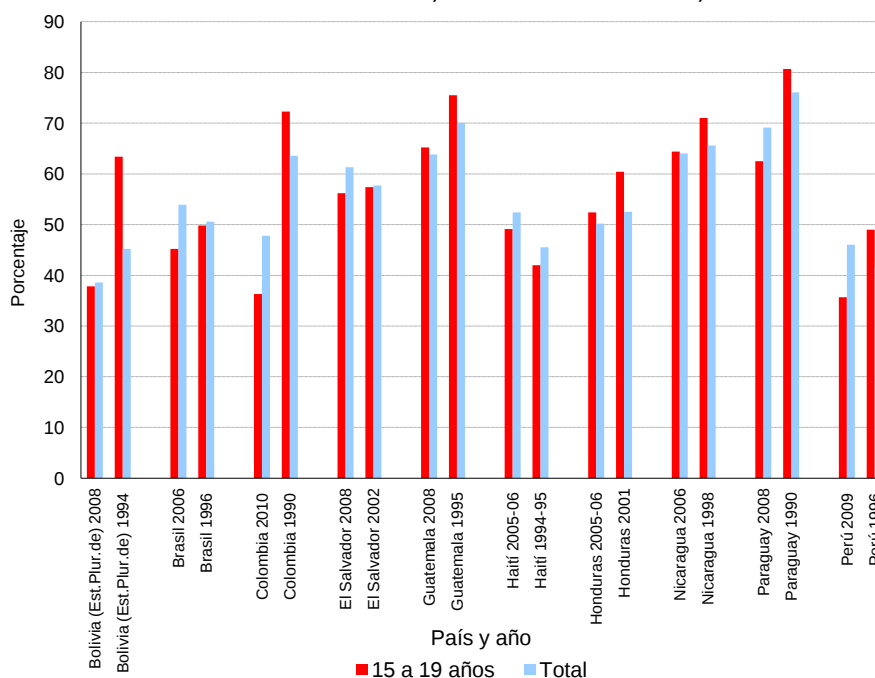
En la mayor parte de los países de la región estos argumentos chocan contra la evidencia actual, porque en los últimos años se ha registrado una caída significativa de la deseabilidad de los hijos tenidos durante la adolescencia, como se aprecia en el gráfico 7. Sin embargo, en el caso de Centroamérica esta tendencia es menos marcada y se combina con una deseabilidad del orden del 50% o más en todos los países con datos disponibles. Vale decir que, tal como aparece en el gráfico para El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, el porcentaje de nacimientos de madres de menos de 20 años de edad que calificaban sus embarazos como “deseados cuando ocurrieron”¹⁷ es superior al 50% en todas las encuestas recientes¹⁸.

¹⁶ Por ejemplo, Guzmán y otros (2001) sostienen que “con pocas excepciones, el grupo etario de madres de 15-19 años tiene el mayor porcentaje de hijos deseados, e incluso planificados” (pág. 43).

¹⁷ “*Wanted then*” en inglés.

¹⁸ Los procesamientos de la ENSSSR 2010 de Costa Rica —usando el factor de ponderación pertinente— revelan una situación diferente: menos del 30% de los nacimientos de madres de menos de 20 años fueron deseados (datos proporcionados por el CCP).

GRÁFICO 7
AMÉRICA LATINA (VARIOS PAÍSES): PORCENTAJE DE LOS HIJOS TENIDOS
EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS QUE FUERON PLANIFICADOS, TOTAL
DE MUJERES Y ADOLESCENTES, ALREDEDOR DE 1990, 2000 Y 2010



Fuente: Rodríguez (2011), sobre la base de STATcompiler y publicaciones de las encuestas.

Se trata de un hallazgo de la mayor importancia, porque refuerza el argumento de derechos, básico para impulsar políticas públicas en el ámbito reproductivo. En efecto, cualquier intento de restringir vertical y autoritariamente la reproducción es incompatible con la noción de derechos reproductivos y con el espíritu general del Programa de Acción aprobado en El Cairo en 1994. El hecho de que algunos países lo sigan haciendo no es argumento para avanzar en esa dirección. Por ende, la acción de los gobiernos debiera centrarse en la fecundidad no deseada. Atender ese requerimiento en los países de la subregión implica un esfuerzo significativo, aunque se trate todavía de una proporción minoritaria. Las acciones más generales tendientes a desincentivar la fecundidad en la adolescencia, a causa de su caracterización como problema, adversidad o desventaja, deberán partir por enfrentar los determinantes de la deseabilidad, que si bien está bajando, aún es elevada. Este tema se retomará en la sección final del documento, relativa a políticas y programas.

Este planteamiento no implica desconocer que la deseabilidad es una construcción social que depende de las alternativas existentes. En efecto, estas preferencias no deben ser naturalizadas, pues si se modificaran las condiciones sociales en que viven las y los adolescentes, esta deseabilidad cambiaría. Por otra parte, incluir este aspecto en el análisis tampoco significa validar acríticamente los niveles que arrojan las encuestas, que suelen estar sesgados¹⁹. Más allá de las críticas y debilidades de la medición, como se trata de un indicador captado de forma consistente en el tiempo mediante las encuestas especializadas, entonces sí parece ser útil para mostrar la tendencia. Y por ello puede colegirse que efectivamente la deseabilidad de la reproducción durante la adolescencia está cayendo en la subregión.

¹⁹ En general sobreestimados, porque se trata de una declaración sobre hijos ya tenidos, lo que normalmente genera una racionalización adaptativa de las madres tendiente a reforzar su nueva condición y afianzar su vínculo con el bebé. En términos operativos, se pregunta a las mujeres sobre la deseabilidad de los hijos tenidos en los tres o cinco años anteriores a la encuesta y se les ofrecen tres posibilidades de respuesta: a) deseados en el momento que se tuvieron; b) deseados en otro momento; c) no quería tener hijos. Las categorías (b) y (c) constituyen la fecundidad no deseada o no planificada.

Como se explicó, la consulta sobre la deseabilidad de los hijos ya nacidos suele estar sesgada por efectos de racionalización que tienden a elevar sus niveles. Por ello, un indicador alternativo que se vincula con la protección frente a embarazos no deseados proviene de las razones para no haber usado anticoncepción en la primera relación sexual. En dos países de Centroamérica hay encuestas recientes que efectuaron consultas al respecto (véanse los cuadros 18 y 19).

CUADRO 18
EL SALVADOR: RAZONES PARA NO HABER USADO ANTICONCEPCIÓN
EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, MUJERES DE 15 A 24 AÑOS, 2008

Razón	Total	Clasificación de la primera relación sexual	
		Premarital	Marital
No esperaba tener relaciones en ese momento	32,2	40,7	10,4
No conocía ningún método	15,2	15,2	15,4
Quería embarazarse	12,2	5,2	30,4
El compañero se opuso	8,2	8,1	8,5
No quisieron/No les gusta	3,9	2,8	6,7
Creía que los anticonceptivos eran malos para la salud	3,8	3,7	4,1
Quería usarlo, pero no lo pudo conseguir en ese momento	2,5	2,8	1,8
Conocía anticonceptivos, pero no sabía dónde obtenerlos	1,1	1,2	0,8
Otra	2,4	2,7	1,8
No mencionó	18,3	17,6	20,1

Fuente: FESAL-08, tabla 7.12.

CUADRO 19
GUATEMALA: RAZONES PARA NO HABER USADO ANTICONCEPCIÓN EN LA
PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, MUJERES DE 15 A 24 AÑOS, 2008-2009

Razón	Total
No conocía ningún método	37,4
Quería tener un hijo	25,9
No esperaba tener relaciones en ese momento	10,3
Era la primera vez	8,4
No quería usar/No le gustaba	7,1
Oposición de la pareja	4,7
Pensaba que no podía embarazarse	2,5
Quería usar pero no consiguió	0,7
Los anticonceptivos hacen daño a la salud	0,7
La religión no se lo permitía	0,6
Le daba vergüenza comprarlo	0,4
Relaciones no satisfactorias con anticonceptivo	0,1
No tenía dinero	0,1
Otro	0,7
No sabe	0,4

Fuente: ENSMI-09, Cuadro 6.18.

Si bien hay diferencias en los resultados de ambos, puesto que en Honduras predomina el factor de no planificación y en Guatemala el de desconocimiento, coinciden en que solo una minoría no usó anticonceptivos por deseos de quedar embarazada. Hay allí, entonces, una laguna muy importante, sobre todo considerando los bajos niveles de iniciación sexual protegida que se verifican en la subregión.

VI. Reproducción adolescente y desigualdad

A. La pertinaz desigualdad social del calendario reproductivo

América Latina es la región más desigual del mundo y eso también se expresa en el plano reproductivo, como lo muestran las encuestas comparativas a escala mundial que se han realizado desde la década de 1960. De acuerdo a los datos disponibles más recientes, que se exponen en el cuadro 20, las desigualdades aún son marcadas, tanto en términos de intensidad como de calendario.

Ahora bien, estudios recientes han hallado que los niveles de desigualdad social de la fecundidad total son, en general, menores que los de la fecundidad adolescente (Rodríguez, 2011). Esta evidencia se suma a los factores que generan una inquietud especial por esta problemática, y fundamenta una atención específica de los gobiernos. De hecho, considerando las tendencias a la convergencia de la fecundidad total entre los grupos socioeconómicos (CEPAL, 2005), la persistencia de la desigualdad en el calendario de la fecundidad —temprano en el caso de los grupos pobres y tardío en el de los acomodados— puede devenir el componente central de la desigualdad social de la reproducción.

En el cuadro 21 se expone un indicador de la desigualdad social, la relación entre el quintil socioeconómico inferior y el superior, tanto para la intensidad de la fecundidad (TGF) como para el calendario —el porcentaje de madres o la tasa específica de fecundidad del grupo de 15 a 19 años de edad. Salvo en Guatemala, donde el indicador de la reproducción adolescente según el quintil socioeconómico no estaba disponible y se usó un procedimiento ad hoc para aproximarse a él, en los otros países con datos la desigualdad de la fecundidad adolescente es mayor que la de la fecundidad total.

CUADRO 20
CENTROAMÉRICA (5 PAÍSES): TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y REPRODUCCIÓN ADOLESCENTE
(PORCENTAJE DE MADRES Y EMBARAZADAS POR PRIMERA VEZ O TASA ESPECÍFICA
DE FECUNDIDAD) POR QUINTIL SOCIOECONÓMICO, ALREDEDOR DE 2010

Quintil socioeconómico	Costa Rica, 2011		El Salvador FESAL-08		Guatemala ENSMI-09		Honduras ENESF-06		Nicaragua ENDESA-06		Panamá, urbano, censo 2010		Panamá, rural, censo 2010	
	TGF ^a	TEF 15-19	TGF	TEF 15-19	TGF	Porcentaje madres o embarazadas	TGF	Porcentaje madres o embarazadas	TGF	Porcentaje madres o embarazadas	TGF	TEF 15-19	TGF	TEF 15-19
1	2,5	121	3,7	131	5,7	41,4	5,6	31,3	4,5	34,0	3,2	130	5,6	196
2	2,0	57	2,7	110	4,2	39,3	3,8	23,7	3,0	33,9	2,7	112	4,1	149
3	1,5	31	2,4	93	3,4	35,3	3,3	27,2	2,6	26,1	2,5	89	3,0	123
4	1,2	19	2,0	68	2,9	30,7	2,6	19,6	1,9	15,3	2,1	56	2,7	100
5	-	-	1,6	43	1,8	14,5	2,1	9,6	1,8	12,2	1,9	26	2,2	40

Fuente: STATcompiler. Panamá 2010: procesamiento especial del censo de 2010 y aplicación del método P/F. En el caso de Costa Rica, la TGF y la tasa de fecundidad adolescente fueron calculadas con estadísticas vitales de 2010 (numerador) y el censo de 2011 (denominador), y las categorías educativas usadas fueron: primaria o menos, secundaria incompleta, secundaria completa y universitaria.

TEF: Tasa específica de fecundidad.

^a Cuatro niveles educativos: primaria o menos a universitaria.

CUADRO 21
CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): DESIGUALDAD^a DE LA FECUNDIDAD
TOTAL Y ADOLESCENTE, ALREDEDOR DE 2010

País y fecha de la encuesta	TGF	Porcentaje de madres o embarazadas por primera vez/Tasa específica de fecundidad (censo)
Costa Rica, 2011	2,0	6,5
El Salvador, 2008	2,3	3,0
Guatemala, 2008-2009	3,2	2,9
Honduras, 2005-2006	2,7	3,3
Nicaragua, 2006-2007	2,5	2,8
Panamá, 2010 (censo) urbano	1,7	5,1
Panamá, 2010 (censo) rural	2,5	4,9

Fuente: Cálculos realizados sobre la base del cuadro 20.

^a Relación entre el quintil socioeconómico inferior y el superior.

B. Desigualdad, variables intermedias y deseabilidad

Como ya se ha subrayado, la desigualdad social de la reproducción adolescente tiene necesariamente que ser causada por la desigualdad en las variables intermedias. En la siguiente sucesión de apartados y cuadros se presenta la evidencia disponible en esta materia y se llega a una conclusión preliminar.

Respecto de la desigualdad en la iniciación sexual, la evidencia relativa a la región ha sido contundente, mostrando que es más temprana entre las muchachas pobres (Rodríguez, 2011; Pantelides, 2004; Guzmán y otros, 2001). Si bien tal patrón se vincula con una iniciación nupcial también más temprana —típicamente mediante la unión, que no es lo mismo que el matrimonio formal—, se debe asimismo a una iniciación fuera de la unión más temprana y a una mayor frecuencia de iniciación temprana por violencia sexual.

En el cuadro 22 se aprecia que este gradiente persiste en la subregión, al menos en Guatemala y Honduras —países para los que se cuenta con datos de la actividad sexual adolescente y la iniciación

según quintiles socioeconómicos—, aunque es más pronunciada en el caso de la iniciación sexual precoz y la diferencia significativa se produce entre el quintil superior y el resto.

Cualquiera sea el caso, esta iniciación sexual más temprana de las jóvenes pobres expande su exposición al riesgo de embarazo durante la adolescencia, y con ello contribuye a los mayores índices de reproducción adolescente entre ellas. Ahora bien, como han subrayado estudiosos de la sexualidad a escala global, como Michel Bozón, hay una tendencia a la homogenización social, cultural y de género de la iniciación sexual en Occidente, que podría conducir en el mediano plazo a un estrechamiento de estas diferencias. Por cierto, dado que se trata de un asunto de alta sensibilidad cultural, suponer que la experiencia europea se transferirá mecánicamente a América Latina es aventurado.

CUADRO 22
GUATEMALA Y HONDURAS: PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 24 AÑOS INICIADAS SEXUALMENTE POR GRUPO DE EDAD A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL Y QUINTIL SOCIOECONÓMICO, ALREDEDOR DE 2010

Quintil	Guatemala, ENSMI-09				Honduras, ENESF-06			
	Antes de los 15		Antes de los 18		Antes de los 15		Antes de los 18	
	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos
1 (más pobre)	24,0	190	49,9	394	16,9	1211	56,0	779
2	21,1	163	52,1	403	14,9	1459	53,5	943
3	18,9	132	52,6	368	13,7	1746	50,8	1099
4	12,5	79	46,7	297	9,0	1925	41,2	1272
5 (más rico)	7,0	24	39,4	134	3,6	1897	25,7	1282

Fuente: Guatemala, ENSMI-09, Cuadro 6.12B, pág. 189; Honduras, ENESF-06, Cuadro 13.11, pág. 240.

En cuanto al uso de anticonceptivos desde el inicio de la vida sexual, instrumento clave para el ejercicio de los derechos reproductivos, el cuadro 23 muestra el marcado gradiente social que persiste en esta materia en la subregión. Se trata de diferencias sistemáticas que van desde niveles muy bajos en los quintiles más pobres a valores significativamente más altos en los quintiles superiores —hasta 10 veces más en el caso de Guatemala en 2009, por ejemplo. Además, aún entre el grupo de mayor ingreso económico los niveles son muy inferiores a los registrados en Europa a finales del siglo pasado, que como se comentó anteriormente, eran del orden del 90% en España.

CUADRO 23
CENTROAMÉRICA (3 PAÍSES): INICIACIÓN SEXUAL PROTEGIDA DE LAS MUJERES DE 15 A 24 AÑOS SEGÚN QUINTIL SOCIOECONÓMICO, ALREDEDOR DE 2010

Quintil socioeconómico	El Salvador, 2008	Guatemala, 2008/2009	Honduras, 2005/2006 (condón)
Más bajo	11,5	4,1	3,6
Medio-bajo	23,8	9,2	4,1
Medio	28,8	16,7	7,2
Medio-alto	34,7	28,6	10,2
Más alto	48,7	46,8	19,8

Fuente: El Salvador, FESAL-08, Tabla 7.9; Guatemala, ENSMI-09, Cuadro 6.15B; Honduras, ENESF-06, Cuadro 13.12, pág. 241.

Finalmente, aunque hay escasa evidencia disponible, es importante sistematizar la existente para intentar explicar el tema de la deseabilidad del embarazo adolescente según grupos socioeconómicos, porque si esta fuera muy diferencial —alta entre los pobres y baja entre los ricos—, entonces las desigualdades observadas tanto en la maternidad adolescente como en las variables intermedias podrían deberse a decisiones voluntarias y libres de las mujeres de este grupo etario.

En los dos países que cuentan con antecedentes recientes sobre este tema se aprecian diferenciales más bien suaves de la deseabilidad en términos socioeconómicos. En el caso de Guatemala casi no hay diferencia entre los cinco quintiles socioeconómicos en la deseabilidad del primer embarazo —entre mujeres de 15 a 24 años, eso sí— (véase el cuadro 24). En el de El Salvador sí la hay, puesto que mientras que las muchachas de 15 a 24 años de menor educación registraban en 2008 un 39% de no deseabilidad del primer embarazo, las de mayor educación alcanzaban un 50% (véase el cuadro 25).

CUADRO 24
GUATEMALA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15 A 24 AÑOS QUE HAN ESTADO EMBARAZADAS ALGUNA VEZ EN SU VIDA, POR PLANEACIÓN DEL EMBARAZO Y QUINTIL SOCIOECONÓMICO, 2009

Quintil socioeconómico	El embarazo lo quería...			
	En ese momento	Esperar más tiempo	No lo quería	No sabe
1 (más bajo)	66,6	16,6	14,4	2,4
2	64,2	20,1	14,0	1,7
3 (intermedio)	64,0	22,4	13,4	0,2
4	62,7	27,7	9,2	0,4
5 (más alto)	63,3	28,9	7,3	0,6
Total	64,3	22,1	12,4	1,1

Fuente: ENSMI-09, Cuadro 6.28B.

CUADRO 25
EL SALVADOR: PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 24 AÑOS CON AL MENOS UN EMBARAZO QUE NO QUERÍAN QUEDAR EMBARAZADAS CUANDO OCURRIÓ EL PRIMERO, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS, 2008

Características	Porcentaje que no quería	Número de casos (no ponderados)
Total	42,5	(1 797)
Clasificación del primer embarazo		
Premarital	67,4	(715)
Marital	23,3	(1 082)
Edad al primer embarazo		
Menos de 18 años	47,7	(1 025)
18 a 24 años	36,0	(768)
Área de residencia		
Urbana	46,4	(771)
Rural	39,1	(1 026)
Nivel educativo actual		
Menos de 7 años	39,1	(810)
7 a 9 años	40,6	(562)
10 años o más	50,0	(425)
Pensaba que podía salir embarazada		
Sí	29,1	(1 286)
No	74,5	(511)

Fuente: FESAL-08, tabla 7.16.

En suma, la deseabilidad tiene una desigualdad social mucho menor que la conducta reproductiva —tanto la maternidad como el comportamiento de las variables intermedias—, por lo que esta última debe atribuirse a otros factores, en particular a las denominadas barreras de acceso y la capacidad e incentivos para el autocuidado, tal como lo revelan las respuestas sobre razones para no haber usado anticoncepción en la

primera relación sexual. Por ende, en esos tres ámbitos deben avanzar las políticas: i) los niveles de deseabilidad, que son altos pero poco compatibles con el interés declarado de tener hijos durante la adolescencia; ii) las barreras de acceso relacionadas con información, servicios adecuados, costos de los anticonceptivos e inequidades de género; iii) el autocuidado y el empoderamiento, habida cuenta de la gran cantidad de embarazos que acontecen por no haber previsto oportunamente la actividad sexual.

C. Educación y reproducción en la adolescencia: continuidad y cambio

No hay duda que la educación influye de manera decisiva sobre la reproducción adolescente y lo hace en un sentido sistemático: mayor educación formal significa menor probabilidad de maternidad en esta etapa de la vida. Aunque hay varios canales por los cuales actúa la educación —el conocimiento, el empoderamiento, la reflexividad, el control de los impulsos, la postergación de la gratificación, los modelos de roles, las oportunidades, los proyectos de vida, la secularización, entre otros—, también hay factores que dificultan la posibilidad de establecer una relación causal desde la educación a la fecundidad adolescente, tales como la autoselección, la endogeneidad y la causalidad inversa. En particular, llegar a niveles elevados de escolaridad en la adolescencia, por ejemplo el universitario, virtualmente exige no ser padre/madre durante esta etapa del ciclo vital.

Este efecto directo de la educación sigue siendo muy significativo en Centroamérica, tal como lo muestra el cuadro 26. En los seis países analizados la proporción de madres adolescentes entre las muchachas con menos de 7 años de escolaridad superaba el 19% en el último censo disponible, y llegaba al 35% en el caso de Panamá, valor probablemente muy influenciado por las adolescentes indígenas, que se concentran en este grupo educativo y tienen un comportamiento reproductivo temprano. En cambio, las muchachas de alta escolaridad —por definición mayores, por lo que el tiempo de exposición al riesgo de maternidad en su caso ha sido mayor— registran niveles inferiores al 6% en el último censo disponible en cada país.

CUADRO 26
CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE
DE MADRES ADOLESCENTES (15 A 19 AÑOS DE EDAD) POR
AÑOS DE ESTUDIO, CENSOS DE 1980, 1990, 2000 Y 2010

País	Año censal	Años de estudio		
		0 a 6	7 a 12	13 y más
Costa Rica	1984	17,8	8,0	3,3
	2000	23,0	6,7	3,6
	2011	25,3	7,9	4,6
El Salvador	1992	20,3	8,1	2,6
	2007	25,5	11,3	4,9
Guatemala	1994	19,7	5,8	4,5
	2002	19,8	6,7	3,5
Honduras	1988	19,2	6,6	6,1
	2001	24,1	7,7	4,5
Nicaragua	1995	31,3	12,5	6,1
	2005	30,8	12,2	4,8
Panamá	1990	29,9	8,9	9,5
	2000	35,3	11,6	4,4
	2010	34,7	11,8	5,4

Fuente: Procesamiento especial de las bases de microdatos censales.

La educación tiene otro efecto sobre los indicadores agregados de reproducción adolescente. Se trata de un efecto estadístico denominado “de composición”, que se origina en el cambio de la estructura en el tiempo —en este caso la educativa. Dado que la tendencia generalizada en los últimos 20 años ha sido al aumento de los niveles de educación formal, la proporción de adolescentes con baja escolaridad ha decrecido, mientras ha aumentado la de aquellas con escolaridad media y alta. Como estas dos últimas categorías tienen índices de fecundidad bastante menores que las primeras, entonces este cambio bastaría para hacer bajar el indicador global de fecundidad adolescente, incluso en escenarios de inmutabilidad de los niveles de reproducción de este grupo etario en cada categoría educativa.

La importancia de este efecto de composición se aprecia en el cuadro 27, en el que se presenta el porcentaje de madres adolescentes observado y el tipificado, es decir, el que se habría registrado si la estructura educativa no hubiese cambiado en el período intercensal. En todos los países de la subregión la intensidad de la reproducción adolescente sería muchísimo mayor que la observada de no ser por el aumento de la educación formal. A modo de ejemplo, si en Costa Rica la escolaridad de las adolescentes en 2011 hubiese sido la misma que en 1984, el porcentaje de maternidad de este segmento etario con los niveles observados en 2011 por grupo educativo sería del 17,2% y no del 11,1%, como registró el último relevamiento censal (véase el cuadro 27). En síntesis, los resultados ratifican que el mero avance de la educación tiene un efecto estadístico sobre la evolución de los niveles reproductivos del grupo de 15 a 19 años de edad, y que el avance futuro de la escolaridad entre las adolescentes mantendrá una presión a la baja de los niveles de esta maternidad.

CUADRO 27
CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES OBSERVADO Y TIPIFICADO, CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1980, 1990, 2000 Y 2010

País	Año censal	Porcentaje de maternidad adolescente observado	Intensidad - Estructura
Costa Rica	1984	12,8	Intensidad 2011, estructura 1984
	2000	13,2	17,2
	2011	11,1	Intensidad 2000, estructura 1984
El Salvador			14,8
	1992	13,8	Intensidad 2007, estructura 1992
	2007	15,4	18,1
Guatemala	1994	16,2	Intensidad 2002, estructura 1994
	2002	15,4	16,8
Honduras	1988	16,6	Intensidad 2001, estructura 1988
	2001	18,3	21,2
Nicaragua	1995	23,7	Intensidad 2005, estructura 1995
	2005	19,9	24,7
	1990	16,0	Intensidad 2010, estructura 1990
Panamá	2000	17,4	19,6
	2010	15,4	Intensidad 2000, estructura 1990
			18,7

Fuente: Cálculos propios basados en el procesamiento especial de microdatos censales.

Ahora bien, los datos y razonamientos expuestos sobre la educación tienen una mirada alternativa que complementa y a la vez matiza la conclusión anterior acerca del efecto reductor que tiene sobre la fecundidad adolescente. Se trata de la reducción de su efecto protector —o, al menos, la elevación del umbral al cual protege— y la modificación del perfil educativo de las madres adolescentes. Nuevamente

el caso de Costa Rica es ilustrativo. Si se vuelve al cuadro 26, se aprecia que entre 1984 y 2011 hubo aumento o estabilidad del indicador de maternidad adolescente en las tres categorías educativas exhibidas, por lo que es claro que el efecto reductor de los niveles más altos ha disminuido.

De todos modos, todavía parece ser poderoso en el caso de la educación universitaria, ya que aun tratándose de adolescentes mayores —normalmente se ingresa a este nivel con 18 o 19 años de edad—, menos del 5% ha sido madre. Por cierto, este resultado puede ser más alto que el promedio de algunos países europeos, pero como ya se vio, en estos últimos hay factores que no están presentes en la subregión, como una generalizada protección anticonceptiva desde el debut sexual y el acceso al aborto legal.

En cambio, la educación secundaria, que durante largo tiempo se consideró casi como un blindaje frente a la maternidad adolescente, ha comenzado a perder su efecto protector y en al menos tres países la probabilidad de haber sido madre supera el 10% entre las muchachas con este nivel educativo.

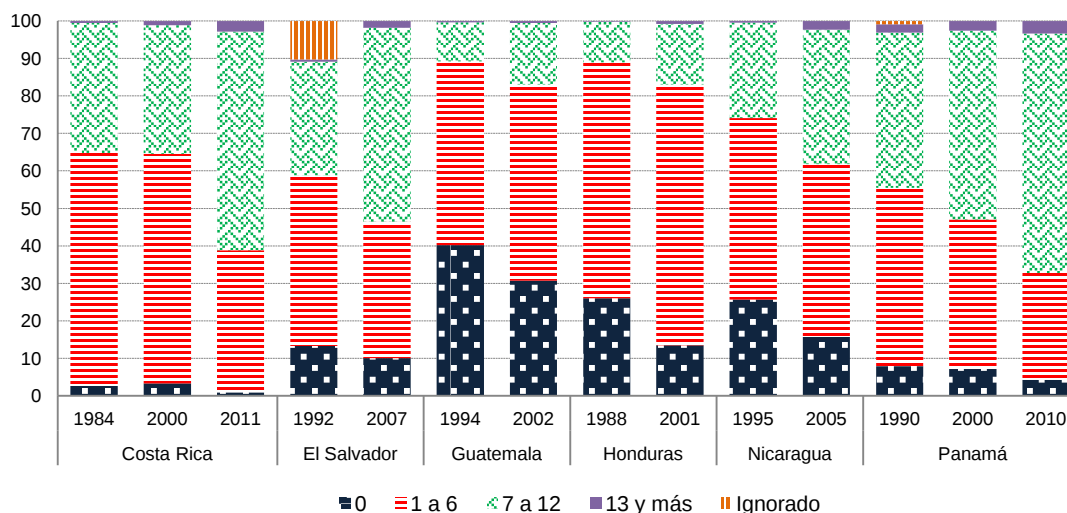
De esta forma, depositar toda la confianza de la política de prevención en la mera expansión de la educación puede implicar varios problemas, entre ellos, la tardanza en experimentar los resultados por la persistencia de un núcleo duro resistente al efecto de la educación. Y como se trata de derechos que no se cumplen cuando hay embarazos no deseados, entonces esa tardanza se convierte en una modalidad de denegación del ejercicio de derechos.

Una última conclusión que puede extraerse de esta multifacética relación entre educación y reproducción adolescente es que la escuela tiene un protagonismo indiscutible en materia de prevención, no solo como institución que ofrece educación, con los efectos directos que ella tiene sobre la fecundidad de este grupo etario y que ya se comentaron, sino que también como entidad que forma en un sentido integral y a la que asiste la mayor parte de las y los adolescentes. La creciente masividad de la escuela la convierte en el escenario clave para las acciones de formación, consejería y empoderamiento que exige la prevención de conductas sexuales de riesgo. Esta masificación ciertamente es un desafío para la escuela, que ahora debe recibir cohortes más diversas y más representativas de los problemas existentes en cada uno de los países. Pero se trata de un proceso irreversible y justo, en línea con el derecho a la educación, y que debe ser aprovechado para implementar intervenciones de prevención que comiencen tempranamente en la vida de las y los adolescentes.

En el gráfico 8 se expone de manera contundente el escenario emergente de la escolaridad de las madres adolescentes. La idea no es comparar con las muchachas que no han sido madres, cuyos niveles educativos son obviamente mayores, sino examinar la evolución de las madres según grandes grupos educativos. Se usan solo los datos correspondientes a las muchachas de 19 años porque ya concluyeron la fase de formación escolar regular —hasta la secundaria. La primera tendencia marcada es la importante disminución de las madres adolescentes de 19 años de edad que no tienen ningún año de escolaridad completado, es decir, que casi con seguridad no asistieron a la escuela. De hecho, en los dos países con censos de la década de 2010 este grupo ha devenido marginal. Como contrapartida, se observa un aumento importante de las madres adolescentes con más de 6 años de escolaridad completos, lo que indica que pasaron su pubertad en la escuela. De hecho, en Costa Rica, El Salvador y Panamá este grupo conforma la mayoría de las madres adolescentes.

Así, las madres adolescentes no han estado ajenas al proceso de universalización de la educación primaria ni al de expansión de la secundaria. Esta ampliación de la cobertura educativa no ha impedido que muchas muchachas se conviertan en madres durante la adolescencia, pero sí permite presagiar que una cantidad creciente de ellas vivirá su pubertad y su adolescencia en la escuela. Allí reside la gran oportunidad y el desafío profiláctico de esta institución, aprovecharla como espacio que forma, empodera y previene el embarazo adolescente. Desde luego, este planteamiento no debe olvidar a las muchachas que no van a la escuela o que desertan muy tempranamente, a las que habría que alcanzar mediante otros mecanismos e instituciones.

GRÁFICO 8
CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): ESTRUCTURA EDUCATIVA DE LAS MADRES ADOLESCENTES
DE 19 AÑOS DE EDAD, CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1980, 1990, 2000 Y 2010



Fuente: Cálculos propios basados en el procesamiento especial de microdatos censales.

D. Contexto y perfil de la maternidad adolescente: patrones emergentes

Un último aspecto en el que se aprecian transformaciones de la reproducción adolescente atañe a su vinculación con la unión y la emancipación. En el pasado, la reproducción en esta etapa del ciclo vital estaba muy vinculada a un patrón de unión temprano, que a su vez se enmarcaba en relaciones de género muy desiguales que asignaban a la mujer roles básicamente reproductivos, de crianza, cuidado y responsabilidad doméstica. Este vínculo todavía existe y origina una modalidad especial de reproducción temprana que podríamos denominar “tradicional”²⁰. La modalidad opuesta, es decir, la moderna, correspondería a la observada en buena parte de los países desarrollados, en los cuales la iniciación sexual se adelanta a la unión pero no conduce a reproducción temprana, debido a un uso eficiente y oportuno de anticonceptivos. En Centroamérica hay grupos de la población adolescente que tienen este comportamiento reproductivo moderno, pero hay una categoría especial para la cual lo que se observa es una “modernidad truncada”, pues la desvinculación entre iniciación sexual y primera unión efectivamente acontece, pero no ocurre lo mismo con el uso efectivo de la anticoncepción, por lo que esta actividad sexual premarital suele terminar en reproducción adolescente.

Por lo anterior, cabe esperar transformaciones en el perfil nupcial de las madres adolescentes. El cuadro 28 muestra dos cambios. En cuatro de los seis países de la subregión analizados se registra un aumento del porcentaje de madres adolescentes que no convive con pareja²¹. En los dos países con censos de 2010 esta tendencia es sostenida desde la década de 1990 y alcanza su valor máximo en Costa Rica, donde el 42,3% de las madres adolescentes declaró en 2011 ser soltera o separada. Por otra parte, también se aprecia una redistribución entre las madres adolescentes que tienen pareja, debido a una fuerte reducción de las casadas que tiene como contrapartida un aumento de las unidas.

²⁰ El uso de las voces “tradicional” y “moderna” es netamente pragmático y no implica opciones teóricas de fondo. De la misma forma, no tiene implicaciones axiológicas, pues se reconoce la historicidad de ambas modalidades. Con todo, sí se acepta que las modalidades modernas son propias de niveles de desarrollo económico y social más elevados.

²¹ Los censos no están diseñados para captar relaciones de pareja sin convivencia. Por ello, pueden existir casos en que la madre adolescente que no convive con pareja de todos modos la tenga —sea el padre del bebé u otra persona.

Esta tendencia genera preocupación por diferentes razones. La principal se refiere a las adversidades que significa la crianza sin pareja, ya que por definición es altamente intensiva en recursos y tiempo. Enfrentarla con un progenitor en vez de dos es, en principio, una desventaja, que en el caso de las y los adolescentes se suma a otras debilidades de base relacionadas con su desarrollo sicosocial inconcluso, su trayectoria educativa pendiente y la laboral incipiente o nula.

Son tan evidentes y manifiestas las dificultades que entraña la crianza para las madres adolescentes que no conviven con pareja que su familia suele actuar paliativamente, y la forma más típica de hacerlo es manteniéndolas con su bebé en el hogar. De hecho, en concomitancia con el aumento de la maternidad adolescente sin convivencia con pareja, ha crecido la proporción de madres de este grupo etario que residen en el hogar de sus padres (véase el cuadro 29). Este apoyo familiar puede ser una contribución efectiva, tanto para la manutención de la madre y su bebé como para facilitar la permanencia de las muchachas en la escuela; de hecho, las madres adolescentes que continúan viviendo con sus padres suelen tener más probabilidades de seguir con sus estudios que aquellas que forman una unión y son cónyuges del jefe del hogar. Ciertamente, de lo anterior no surge una recomendación de política favorable a este apoyo familiar, ya que la única política pública que cabe impulsar es la que promueve la prevención del embarazo adolescente, en particular el no deseado. Además, esta actuación paliativa de la familia entraña un riesgo moral, que va en desmedro directo de los abuelos “criadores”, que normalmente no han buscado convertirse en tales.

CUADRO 28
CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): MUJERES DE 15 A 19 AÑOS QUE DECLARAN TENER
UNO O MÁS HIJOS NACIDOS VIVOS POR SITUACIÓN CONYUGAL,
CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1980, 1990, 2000 Y 2010

Estado conyugal	Costa Rica			El Salvador		Guatemala		Honduras		Nicaragua		Panamá		
	1984	2000	2011	1992	2007	1994	2002	1988	2001	1995	2005	1990	2000	2010
Soltera	26,8	30,2	39,5	29,3	30,8	13,1	14,5	22,9	21,1	8,1	13,4	14,5	14,7	14,2
Casada	42,9	22,0	8,5	14,0	9,0	40,0	35,4	21,3	14,3	17,4	13,5	11,9	5,9	3,0
Unida	28,2	44,3	49,2	48,2	55,2	45,5	46,9	49,9	59,2	56,4	59,2	61,3	64,3	64,7
Separada	2,1	3,5	2,8	8,4	4,8	1,4	3,2	5,9	5,4	18,1	14,0	12,3	15,2	18,1
NS/NR	-	-	-	-	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Solteras + separadas	28,9	33,7	42,3	37,7	35,6	14,5	17,6	28,8	26,5	26,1	27,3	26,8	29,8	32,4

Fuente: Cálculos propios basados en procesamientos especiales de microdatos censales.

CUADRO 29
CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): MUJERES DE 15 A 19 AÑOS QUE DECLARAN TENER
UNO O MÁS HIJOS NACIDOS VIVOS POR RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL
JEFE DEL HOGAR, CENSOS DE LAS DÉCADAS DE 1980, 1990, 2000 Y 2010

Parentesco con jefe de hogar	Costa Rica			El Salvador		Guatemala		Honduras		Nicaragua		Panamá		
	1984	2000	2011	1992	2007	1994	2002	1988	2001	1995	2005	1990	2000	2010
Jefa	1,2	3,3	4,4	4,0	5,0	2,6	3,4	2,8	3,1	2,2	3,3	2,8	3,4	4,2
Cónyuge	53,3	48,9	37,0	37,5	35,4	45,1	42,2	44,7	42,7	31,6	35,2	36,1	33,2	29,0
Hija	29,1	33,2	43,1	17,0	35,3	19,9	23,9	26,7	27,9	32,3	30,7	32,7	34,3	37,5
Nuera	5,9	5,8	7,1	3,9	12,7	20,5	22,5	12,5	13,3	16,8	15,6	11,1	12,6	13,6
Nieta	1,3	1,9	2,5	1,5	4,9	1,1	2,2	1,9	2,4	3,3	3,6	3,0	3,6	4,0
Otros parientes	4,7	3,7	3,8	33,7	4,9	5,4	3,6	6,7	7,5	9,3	7,8	8,4	8,2	6,3
Otros no parientes	4,6	3,3	2,1	2,4	1,9	4,9	2,1	4,1	2,7	1,1	3,7	6,0	4,6	5,3
N/A	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,5	0,1	0,6	0,4	3,3	0,1	0,0	0,0	0,0
Ignorado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,1	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Cálculos propios basados en procesamientos especiales de microdatos censales.

VII. Políticas y programas existentes en la subregión

En todos los países de la subregión existen leyes, políticas, programas e intervenciones vinculadas a los adolescentes, su salud y su comportamiento sexual y reproductivo. Sin embargo, sus principios, contenidos, alcances y grados de implementación difieren. Por lo tanto, hay un espacio para el intercambio de experiencias que debiera ser aprovechado en el marco de la cooperación Sur-Sur. A continuación se realiza una síntesis muy apretada de estas acciones, basada en el cuadro presentado en el anexo (véase el cuadro A.3).

En El Salvador, varios textos legales se refieren a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y su atención, incluyendo las adolescentes madres y embarazadas. La Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA) contiene numerosos artículos y propuestas sobre estas materias. Su artículo 23 obliga a la atención médica de emergencia para la niña, adolescente o mujer embarazada, y el artículo 32, referido a la salud sexual y reproductiva, alude a la existencia y el acceso a los servicios y programas de salud y educación sexual integral para la niñez y adolescencia (El Salvador, Asamblea Legislativa, 2009). Además, esta ley plantea la creación de una política pública y de programas específicos para la prevención del embarazo precoz en niñas y adolescentes mediante la información, la educación y los servicios (véase el anexo). Por su parte, la Ley General de Juventud también efectúa planteamientos atinentes en sus artículos 9 y 17²². Más alcance tienen las propuestas de la Ley de igualdad, equidad y erradicación de la discriminación contra las mujeres, de 2011, que indica en su artículo 17: “Criterios que orientarán la educación para la igualdad y no discriminación de mujeres

²² En el artículo 9 se sostiene: “La población joven gozará de los siguientes derechos: q) Derecho a la educación sexual y a la protección integral contra los abusos sexuales. r) Derecho a la salud integral y de calidad, orientada hacia sus necesidades específicas, que debe entenderse como la resultante de la interacción dinámica de distintos factores espirituales, bio-psicosociales, económicos y ambientales”. El artículo 17 estipula: “Las políticas educativas dirigidas a la población joven deberán: Garantizar la existencia y el acceso a los servicios y programas de salud y educación sexual integral con el objeto de fortalecer la toma de decisiones responsables y la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), entre ellas el VIH-SIDA, disminuir y prevenir los riesgos de acoso y abuso sexual y prepararles para una maternidad y paternidad responsable, sana y sin riesgos. Los servicios y programas implementados garantizarán el respeto al derecho a la vida desde el instante de la concepción” (El Salvador, Asamblea Legislativa, 2012, págs. 6 y 10).

y hombres. (...) El Ministerio de Educación conforme a las posibilidades presupuestarias, deberá considerar en los Programas de Becas de estudios básico, medio, superior o técnico, o en otros programas de apoyo formativo a las siguientes mujeres: 1) Niñas y adolescentes que por embarazo han interrumpido su proceso educativo” (El Salvador, Asamblea Legislativa, 2011, pág. 44), y en su artículo 26: “Igualdad y no discriminación en la atención a la salud integral y a la salud sexual y reproductiva. (...) b) Acceso universal de niñas, niños, adolescentes, adultas y adultos, a información y educación científica y actualizada, adecuada al ciclo vital, oportuna, veraz, suficiente y completa sobre el ejercicio responsable de la sexualidad, auto cuidado y prevención de riesgos en salud sexual y salud reproductiva, así como acceso a los servicios públicos de información, atención preventiva y curativa correspondientes” (El Salvador, Asamblea Legislativa, 2011, pág. 46).

Adicionalmente, El Salvador cuenta con un amplio marco de políticas que se refieren directa o indirectamente a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y a la prevención del embarazo durante esta etapa de la vida. Entre ellas se encuentran la Política Nacional de Salud “Construyendo la esperanza”²³, la Política Nacional de la Mujer, que tiene a la prevención del embarazo adolescente como objetivo específico 2 del eje temático 4 (salud integral), y la Política de Equidad de Género. Ahora bien, la más atinente al embarazo y la reproducción adolescente es la Política de Salud Sexual y Reproductiva (El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2011). Su objetivo general es un buen fundamento para intervenciones especiales hacia las y los adolescentes, con enfoque de derechos y de género²⁴. Esta política procura incentivar la participación juvenil, y una de las formas en que lo hace es mediante la formación de monitores jóvenes para la educación sexual, teniendo como premisa que los mismos adolescentes y jóvenes son agentes clave por el efecto de validación con sus pares, y que además contribuyen a un mayor entendimiento de las necesidades reales, por pertenecer al grupo etario y manejar los códigos lingüísticos y simbólicos, facilitando la comunicación y el intercambio.

En términos de implementación institucional y operativa, El Salvador ha dado pasos importantes en varias direcciones. Una de ellas es el trabajo intersectorial, que se ha promovido mediante el establecimiento de diversas alianzas para abordar coordinada y multidimensionalmente la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. Una mención especial merece el establecimiento de la Comisión Tripartita MINED (Ministerio de Educación) - MINSAL (Ministerio de Salud) - Sociedad Civil (Coalición por la Salud Sexual y Reproductiva) para dar cumplimiento a la Declaración Ministerial “Prevenir con educación”, acordada en México en 2008²⁵. Ahora bien, desde el punto de vista operativo el avance más significativo se relaciona con los servicios amigables para la atención de adolescentes y jóvenes, en particular en materia de salud sexual y reproductiva. El Ministerio de Salud ha iniciado su implementación, y a comienzos del segundo semestre de 2012 existían 74 consultorios diferenciados y un centro de atención integral exclusivo (Centro de Atención Integral a la Adolescencia, CAISA). Aún

²³ Sancionada mediante el Acuerdo N° 126. Su componente de salud sexual y reproductiva para adolescentes corresponde a la estrategia 15, la que, entre otras cosas, plantea establecer “programas priorizados de información, educación sexual y atención en salud sexual y reproductiva orientados a los grupos de edad escolar, preadolescentes, adolescentes, mujeres y hombres durante todo el ciclo vital” (El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2010, pág. 29).

²⁴ El texto de la política propone: “Garantizar la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo de vida, a toda la población salvadoreña, que fortalezca sostenidamente el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud sexual y reproductiva, con base a la Atención Primaria de Salud Integral, con un enfoque de inclusión, género y derechos, en un ambiente sano, seguro, equitativo con calidad, calidez y corresponsabilidad”. Este propósito se desgrega en las líneas de acción de las siguientes estrategias: 1.1) Gestión y fortalecimiento de la institucionalidad para la atención integral e integrada en salud sexual y reproductiva, bajo el enfoque de ciclo de vida y con énfasis en la acción hacia la adolescencia y los grupos socialmente excluidos, y 2.1) Información, educación, comunicación de acuerdo al ciclo de vida en derechos sexuales y reproductivos y salud sexual y reproductiva. Se promueven acciones destinadas a evitar la discriminación por cualquier condición. Se plantea desarrollar una estrategia de información, educación y comunicación en apoyo a la política de salud sexual y reproductiva. Además se propone promover conocimientos, actitudes y prácticas saludables en salud sexual y reproductiva. Se considera implementar procesos de sensibilización, información, consejería y capacitación con grupos estratégicos de incidencia pública en la población, en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en grupos socialmente excluidos y víctimas de violencia vinculada a la salud sexual y reproductiva (El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2011).

²⁵ Surgida de la Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y el Caribe, celebrada en la Ciudad de México en agosto de 2008, [en línea] <http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801_minsterdeclaration_es.pdf>.

faltan datos clave para evaluar este programa —como la cantidad de atenciones, los recursos destinados, el impacto, entre otros temas—, pero su mera implementación constituye un progreso. Finalmente, debe mencionarse la iniciativa Alianza interinstitucional e interagencial para la atención integral e integrada a la salud de adolescentes y jóvenes, cuya creación es coordinada por el Ministerio de Salud.

En el caso de Guatemala, también existe una amplia gama de legislación relativa a los temas de población y reproducción, que tiene como punto de partida varios artículos de su Constitución Nacional (véase el anexo). Entre las normas relevantes se encuentran la Ley de Desarrollo Social, que opera como marco jurídico general y contiene referencias específicas a los temas de población, reproducción y salud reproductiva. También cabe destacar la Ley de Maternidad Saludable²⁶ y la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que en al menos dos de sus artículos se refiere a las y los adolescentes²⁷. La Ley de Juventudes se encuentra en debate legislativo, y puede convertirse en un fundamento específico para la acción pública en materia de salud sexual y reproductiva para este grupo etario.

La Política de Desarrollo Social y Población cuenta con un programa de salud sexual y reproductiva²⁸. También ofrecen algunas indicaciones para la acción en materia de reproducción adolescente la Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres 2008-2023 y la Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud 2003-2012 (Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2004). En el ámbito de la educación, en Guatemala se pone énfasis en la construcción valórica-ética, y la iglesia ejerce una importante influencia mediante diversas vías²⁹. Con todo, cabe mencionar la Carta acuerdo “Prevenir con educación”, firmada entre el Ministerio de Educación (MINEDUC) y el Ministerio de Salud Pública (MSPAS) para la implementación y el fortalecimiento de la estrategia de educación e información sobre sexualidad. En términos institucionales, la reciente creación del Ministerio de Desarrollo Social puede implicar novedades en la acción pública sobre este tema. Por su parte, la Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres (PNPDIM) y el Plan de Equidad de Oportunidades (PEO) 2008-2023 tienen como eje político 3: “Garantizar el acceso de las mujeres mayas, garífunas, xinkas y mestizas a los servicios de salud integral en todas sus etapas de vida. (...) g. Crear, fortalecer, implementar y difundir ampliamente programas de salud y educación sexual, en los idiomas nacionales, con pertinencia cultural, para la prevención de embarazos en niñas y adolescentes” (Guatemala, Secretaría Presidencial de la Mujer, 2009, págs. 83 y 85). Además, la reciente Política Nacional de Juventud 2012-2020 puede ser una plataforma relevante para la acción, ya que entre otros puntos plantea: “Garantizar a las y los adolescentes y jóvenes acceso universal a la atención integral y diferenciada en salud sexual y

²⁶ Se trata del Decreto Legislativo 32-2010 (Guatemala, Congreso de la República, 2010), reglamentado mediante el Acuerdo gubernativo 65-2012. En su artículo 2 sostiene: “Los fines de esta Ley son: a) Declarar la maternidad saludable asunto de urgencia nacional; apoyar y promover acciones para reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal, especialmente en la población vulnerable, adolescentes y jóvenes, población rural, población indígena y población migrante, entre otros” (pág. 2). En su artículo 8, referido a la atención obligatoria durante el embarazo, estipula: “g) Atención integral y diferenciada para niñas y adolescentes embarazadas, tomando en cuenta su edad, etnia, escolaridad, ubicación geográfica y situación socioeconómica” (pág. 9). Y en su artículo 9, dedicado a la atención obligatoria en el parto, considera: “b) Las niñas y adolescentes recibirán atención diferenciada tomando en cuenta su edad, etnia y escolaridad” (pág. 6).

²⁷ Contenida en el Decreto 87-2005 (Guatemala, Congreso de la República, 2005). En su artículo 9 propone una estrategia especial para adolescentes, promoviendo el enfoque de derechos y responsabilidades, y apunta a la provisión de servicios integrales y diferenciados para las y los adolescentes, estableciendo mecanismos que faciliten la articulación e integración con otros sectores. Asociada a este artículo se realizó la campaña: “Me llega, sentí, expresate, infórmate y protégete”, en 2011. En el artículo 10 se alude a la formación integral del adolescente, que propone incluir en la currícula contenidos sobre derechos y responsabilidades para la promoción y el autocuidado de la salud, la sexualidad y el embarazo adolescente y no deseado, como factores que contribuyen y afectan la morbilidad materna infantil. La Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud (2003-2012) está asociada a esta ley.

²⁸ Se lo detalla en su artículo 26, dedicado al “Programa de Salud Reproductiva”, que entre otras cosas considera la maternidad y paternidad responsable, el control prenatal, la atención al parto y puerperio, los espaciamientos de embarazos, la hemorragia de origen obstétrico y la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, del virus de inmunodeficiencia humana y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Se establece la atención específica y diferenciada para la población en edad adolescente, incluyendo consejería institucional sobre la naturaleza de la sexualidad humana integral (Guatemala, Congreso de la República, 2001). El Proyecto de atención integral y diferenciada a adolescentes y jóvenes con énfasis en salud reproductiva está asociado a esta política.

²⁹ A modo de ejemplo se pueden mencionar el comunicado de la “Dignidad humana” (2005), de la Conferencia Episcopal Guatemalteca (CEG), y el programa educacional para la sexualidad “Educación para el amor” (2007) de la iglesia católica (Escobar, 2010).

reproductiva, acorde a los derechos humanos, equidad de género y pertinencia cultural, en los diferentes niveles de atención” (Guatemala, MIDES, SEGEPLAN y CONJUVE, 2012, pág 41)³⁰.

Se constatan algunos avances en términos operativos, como las normas de atención en salud integral por etapa del ciclo de la vida, el fortalecimiento de los recursos humanos mediante diversos programas de formación especializada, el impulso de espacios amigables, clínicas y centros interactivos, la coordinación interinstitucional e intersectorial con la cooperación internacional —la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el UNFPA, la Unión Europea, Medicus Mundi, Plan Internacional, Visión Mundial y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)—, los lineamientos estratégicos para los planes territoriales en salud, la Guía de Prevención de Embarazo en Adolescentes, el Manual de Educación Sexual y la creación de equipos multidisciplinarios especializados en adolescencia a nivel central y local en diez áreas de salud.

También debe mencionarse el Proyecto Multipaís de 2011, de Medicus Mundi, que reúne a Guatemala, el Perú y el Estado Plurinacional de Bolivia, con el Instituto de Salud Incluyente (ISIS) como socio local. En el marco de un modelo integral e incluyente, bajo un concepto de derecho a la salud, esta iniciativa promueve el intercambio y el abordaje común de temáticas como la paternidad responsable, la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y la planificación familiar. En concordancia con lo normado en la guía de competencias de la atención clínica, estos servicios se ofrecen a las personas sin distinción de sexo, edad o estado civil, brindando materiales de apoyo sobre estos temas con perspectiva de género.

Finalmente, Guatemala cuenta con una acción ligada a la sociedad civil y la participación cívica. Se trata del Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR), creado en 2008 mediante un convenio entre el Congreso de la República y Organizaciones de la Sociedad³¹ con el propósito de fiscalizar las políticas emergentes en la materia —como la de Desarrollo Social y Población—, monitorear el cumplimiento del marco legal por parte del Estado y contribuir a la reducción de la mortalidad materna e infantil³². Además de esto, contribuye a difundir la información mediante boletines, presentaciones, noticias, entre otros instrumentos. En la plataforma web del OSAR es posible apreciar tanto avances como retrocesos y desafío en el tema, lo que la convierte en un valioso instrumento de seguimiento y fiscalización, con las precauciones del caso (Rémez y otros, 2008).

En Honduras, la mayor parte del cuerpo legal relevante sobre esta materia data de la década de 1990 o de inicios de la de 2000, por lo que de partida hay un importante desafío legislativo que afrontar. Las excepciones están representadas por la norma que crea el Programa de Salud Integral a la Niñez y Adolescencia (SINA)³³, enfocado en la atención y prevención del VIH y en la promoción de la salud reproductiva y la educación sexual para adolescentes y jóvenes, y la Ley Marco para el Desarrollo Integral de la Juventud, que constituye una plataforma para el desarrollo de legislación específica (Honduras, Congreso Nacional, 2005).

En el ámbito de las políticas, se destacan el III Plan Estratégico Nacional de Respuesta ante el VIH/Sida 2008-2012, el Plan Nacional de Salud 2021³⁴, el II Plan Nacional de Igualdad y Equidad de Género 2010-2022³⁵ y el Plan de Oportunidades para la Niñez y la Adolescencia 2005-2015³⁶.

³⁰ Véase [en línea] <www.segeplan.gob.gt/downloads/clearinghouse/politicas_publicas/Grupos%20Vulnerables/POLITICA%20DE%20JUVENTUD%202010%20CONJUVE-SEGEPLAN.pdf>.

³¹ Convenio entre el Congreso de la República y Organizaciones de la Sociedad para la realización del Observatorio en Salud Reproductiva, [en línea] <<http://www.osarguatemala.org/sites/default/files/docs/convenio.pdf>>.

³² Véase [en línea] <www.osarguatemala.org>.

³³ El acuerdo SPM-M-636 de 2004, que modifica el acuerdo Ministerial SP-M-2089-2003.

³⁴ Entre las estrategias de este plan hay constantes referencias al ciclo de vida y las especificidades de algunos grupos, entre ellos las y los adolescentes. Además, hay estrategias focalizadas en adolescentes, como propiciar el involucramiento de diferentes sectores gubernamentales, de la sociedad civil y de la familia en el desarrollo de acciones que promuevan la autoestima, la educación sexual reproductiva y los estilos de vida saludables.

³⁵ Cuyo eje 3 es: “Promoción, protección y garantía de la salud de las mujeres durante todo el ciclo de vida y de sus derechos sexuales y reproductivos” (Honduras, Instituto Nacional de la Mujer, 2010, pág. 9).

³⁶ Entre otras cosas, plantea promover estilos de vida saludables en los escolares y adolescentes; garantizar el acceso a información amplia y libre de prejuicios sobre la salud sexual reproductiva; accesibilidad a servicios de salud sexual y reproductiva; formar y

Finalmente, la Política de Protección Social de 2010 también ofrece espacio para la acción en relación al embarazo adolescente³⁷.

En el aspecto operativo hay algunas iniciativas que cabe mencionar: i) la creación e implementación desde 2002 del Programa de Atención Integral al Adolescente (PAIA) de la Secretaría de Salud; ii) la disponibilidad de Normas de Atención Integral al Adolescente desde 2007 (PAIA-Secretaría de Salud); iii) la creación de espacios de atención amigables para los adolescentes (EAA) por parte de la Secretaría de Salud, específicamente 33 hasta setiembre de 2012, en un universo de 1.600 unidades de salud; iv) la publicación de las guías metodológicas “Cuidando mi salud y mi vida” en 2010, y v) la formación de docentes en materia de educación integral de la sexualidad.

En Nicaragua se encuentra una amplia gama de legislación que aborda plena, parcial o tangencialmente la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. El Código de la Niñez y la Adolescencia declara en su artículo 44 que: “Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a recibir una educación sexual integral, objetiva, orientadora, científica, gradual y formativa, que desarrolle su autoestima y el respeto a su propio cuerpo y a la sexualidad responsable, el Estado garantizará programas de educación sexual a través de la escuela y la comunidad educativa” (Nicaragua, Asamblea Nacional, 1998). La Ley General de Salud (N° 423), de 2002, plantea en su artículo 32 que la atención en salud de las mujeres, los niños y adolescentes se realizará de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud (Nicaragua, Asamblea Nacional, 2002). La Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud (N° 392), de 2002 —y su reglamento—, plantea en su artículo 5 que: “Las y los jóvenes tiene derecho a: 4. Recibir una educación sexual, científica en los centros educativos como una materia más del pñsum académico desde quinto grado de educación primaria y ejercer los derechos reproductivos y sexuales con responsabilidad, para vivir una sexualidad sana, placentera y prepararlos para una maternidad y paternidad responsable” (Nicaragua, Asamblea Nacional, 2001). En su artículo 17 declara que: “La Comisión Nacional de Educación introducirá en los planes educativos los elementos necesarios para brindar a la juventud una educación sana y responsable que promueva el respeto de los derechos sexuales y reproductivos, así como una educación en la sexualidad que evite los embarazos no deseados entre la población joven” (Nicaragua, Asamblea Nacional, 2001). Y en su artículo 16, referido al sistema educativo, se propone: “5. Garantizar de forma gratuita la educación primaria y secundaria, por lo cual ningún joven será excluido(a) del sistema estatal de educación por razones económicas, políticas, culturales, religiosas o de sexo y de forma particular las adolescentes por razones de embarazo o lactancia” (Nicaragua, Asamblea Nacional, 2001).

Otro tanto ocurre en materia de política, ya que hay varias relevantes para la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes: la Política Nacional de Salud; el Plan Plurianual de Salud 2011-2015, del Ministerio de Salud; la Política Nacional de Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia y la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) del Ministerio de Salud³⁸. Los análisis

capacitar los recursos humanos, públicos, privados y comunitarios que provean atención a la salud integral y sexual reproductiva; derechos de protección en contra de cualquier forma de violencia, en especial sexual o laboral; promoción de la salud sexual y reproductiva para la prevención del VIH; fortalecer las redes de información, apoyo psico-social y consejerías sobre alternativas e implicaciones de las conductas sexuales adoptadas; desarrollar la temática de salud sexual y reproductiva con enfoque de género en el sistema educativo.

³⁷ Incluye entre sus sujetos de atención a los adolescentes, niños y niñas del área rural y urbana pertenecientes a pueblos indígenas y/o afrodescendientes sin acceso a servicios de salud y educación sobre salud sexual y reproductiva.

³⁸ Entre cuyos ejes de intervención aparece el abordaje de la salud adolescente desde un enfoque de habilidades para la vida y de desarrollo humano; la educación de la sexualidad y la anticoncepción segura. Su objetivo 1 es mejorar la calidad y oportunidad de la atención integral a la salud adolescente para la construcción del pensamiento crítico sobre el desarrollo del ejercicio de la sexualidad desde un enfoque de habilidades para la vida y de desarrollo humano. El objetivo 2 se propone promover la sexualidad responsable y sana, impulsando el acceso universal a la educación de la sexualidad integral y científica en un marco de derechos y acorde con la edad y cultura. “La ENSSR considera la atención diferenciada de la salud sexual y la salud reproductiva de los grupos poblacionales definidos por el Modelo de Salud Familiar y Comunitario: niñez, adolescentes, adultos y adultos mayores y define formas concretas y específicas de prestaciones de servicios de salud para cada grupo” (Nicaragua, Ministerio de Salud, 2008, pág. 40). En sus documentos cuenta con un sistema de indicadores y seguimiento para su evaluación. Se vincula, además, con el Aseguramiento de Insumos en Salud Sexual y Reproductiva (AISSR), que supone una oportunidad para asegurar un acceso más equitativo a insumos y

de estas políticas sugieren que el foco, al menos en el caso de las y los adolescentes, ha sido la prevención del VIH antes que la atención integral de su salud sexual y reproductiva.

En lo que respecta a intervenciones es posible mencionar varias, tales como el Plan Parto; la Estrategia Comunitaria de Entrega de Métodos Anticonceptivos; el Centro de Salud Reproductiva para Adolescentes del Hospital Bertha Calderón; el MOVISEX, para llevar información sobre VIH a las áreas rurales; la Red de comunicadores adolescentes; el Programa de Adolescentes y Jóvenes SÍ Mujer; los Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes ofrecidos por PROFAMILIA y los Manuales para la atención de adolescentes en las temáticas de sexualidad y cuidado. Con todo, la fragmentación y la escasa difusión de los resultados de estas intervenciones es lo que predomina.

Costa Rica cuenta con políticas dirigidas a la niñez y la adolescencia y planes específicos orientados a las y los adolescentes. En 2009 fue lanzada la Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia (PNNA), que incluye componentes de educación para la sexualidad humana, la salud integral de la madre y el padre adolescentes y la salud sexual y reproductiva para adolescentes con un enfoque de desarrollo progresivo de la autonomía (Costa Rica, MIDEPLAN, Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia y otros, 2009). En 2011 se lanzó el Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA) 2010-2018 (Costa Rica, Ministerio de Salud, 2011). Tanto la PNNA como el PENSPA se basan en el enfoque de derechos y en una aproximación bio-psico-social. Su énfasis en materia educativa está puesto en la promoción de la sexualidad sana, basada en las necesidades específicas de este grupo y la evidencia disponible sobre su comportamiento sexual y reproductivo. Este enfoque es consistente con los aplicados en otras políticas del mismo país, como la relativa a la equidad e igualdad de género para el período 2007-2012.

En el campo institucional, sobresale la existencia de algunos organismos como la Dirección de Vigilancia de la Salud y el Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente³⁹, el Consejo de la Niñez y la Comisión Nacional contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes (CONACOES). También es notable el papel que desempeña la institucionalidad de género, lo que da cuenta de una opción conceptual y de política para el tratamiento del tema⁴⁰. Finalmente, desde el ámbito académico se destaca el rol de la Asociación Demográfica Costarricense, cuyo Plan Estratégico considera varias áreas vinculadas a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes⁴¹.

Por último, Panamá resulta menos prolífico que el resto de los países de la subregión en intervenciones recientes, o eventualmente en su difusión, pero de todas formas cuenta con algunas acciones. La Ley 29 de 2002 garantiza la salud y educación de la adolescente embarazada; para los efectos de aplicación se considera como adolescente a toda menor en proceso de gestación, sin establecer rangos de edad (Panamá, Asamblea Legislativa, 2002). En 2007 se lanzó el Programa de Salud Integral de la Mujer, en el que se incluye la planificación familiar y se consideran programas educativos de

servicios de planificación familiar. Asimismo, plantea una Comisión técnica de salud sexual y reproductiva que conduzca el proceso de formulación, actualización e implementación de la ENSSR, dé seguimiento y evalúe las acciones que se realizan.

³⁹ Ley N° 7735 (1997), modificada por la Ley N° 8312 (2002).

⁴⁰ En 2004 el Área Construcción de Identidades y Proyectos de Vida del Instituto Nacional de la Mujer se propuso la erradicación del abuso sexual y el embarazo infantil, para lo que impulsó una campaña de divulgación de la legislación que protege a las niñas y a las embarazadas, y de concientización de las personas responsables del cuidado de las niñas en materia de violencia y abuso. A partir de este trabajo se han elaborado materiales para la erradicación del embarazo infantil y el abuso sexual contra las niñas menores de 12 años. En 2008, el programa “Promoviendo la igualdad y la equidad en espacios educativos”, del Instituto Nacional de la Mujer, difundió ese material educativo relevante para la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y elaboró el módulo “Mujeres adolescentes y mujeres jóvenes, educando para la igualdad y la equidad de género”, mediante el cual se brindan herramientas teóricas y metodológicas a profesionales que desarrollan procesos de capacitación y empoderamiento personal a esta población.

⁴¹ “2.1: Acceso universal a la salud sexual y reproductiva; 2.2.1: Lograr el reconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos como derechos humanos; 2.2.5: Garantizar programas de educación integral sobre temas de sexualidad, dirigidos a las personas jóvenes y poblaciones en condiciones de pobreza y vulnerabilidad” (Asociación Demográfica Costarricense, 2010, pág. 2). Como acciones se propone usar los medios de comunicación como fuente de información de salud sexual y salud reproductiva. Cuenta además con un programa para adolescentes y jóvenes, con dos proyectos: 1) prevención del embarazo adolescente, y 2) red nacional de jóvenes, que apunta a la participación. Promueve campañas relativas a la salud sexual y reproductiva: 1) acceso universal a la salud reproductiva; 2) Conéctate (a la prevención de ITS y embarazos adolescentes); 3) Radial educativa (a través de cuñas, vigente desde 2007); 4) Red DESER (educación integral para la sexualidad para la vida).

prevención del embarazo adolescente y que promuevan la incorporación del varón en el cuidado de la salud sexual y reproductiva. La anticoncepción de emergencia se entrega a todas las mujeres, incluyendo a las adolescentes en circunstancias de violación, uso incorrecto u olvido de algún método anticonceptivo, ruptura del condón o relación sexual no esperada sin protección. Existe una consejería que presta particular atención a las y los adolescentes respecto del uso de métodos anticonceptivos. Además se considera un indicador de seguimiento explícito: el porcentaje de adolescentes que han recibido educación sobre salud sexual en la escuela. En 2008 se lanzó el Plan Nacional de Salud de Niñez y Adolescencia 2008-2012 (Panamá, Ministerio de Salud, 2007), que contempla el programa de salud y atención al adolescente y el proyecto “Servicios Amigables para Adolescentes”, en el marco de la cooperación con el UNFPA⁴².

En un plano más operativo, en 2005 se establecieron las Normas técnicas y administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de las y los Adolescentes del Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja de Seguro Social (CSS), y la Guía de atención de Salud Reproductiva Infanto Juvenil, complemento de las normas de salud de los adolescentes. Finalmente, se han realizado campañas subnacionales para prevenir el embarazo adolescente, algunas de las cuales están documentadas⁴³.

⁴² Cuyo resultado esperado es fortalecer el Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente. En función de este resultado se han realizado actividades de capacitación a equipos multidisciplinarios que trabajan con adolescentes, a organizaciones no gubernamentales y jóvenes promotores en temas de salud sexual reproductiva, VIH-Sida, así como sensibilización sobre servicios amigables.

⁴³ Sistematización de la Campaña de Prevención de Embarazo en Adolescentes en Chepo y La Chorrera, diciembre de 2004.

VIII. Conclusiones y orientaciones de política

La evidencia disponible muestra que durante la década de 2000 hubo una caída generalizada y significativa de la fecundidad adolescente en Centroamérica, lo que distingue a la subregión del resto de América Latina, donde ha tendido a ser resistente a la baja en buena parte de los países (Rodríguez, 2011). No obstante este descenso, sigue registrando niveles elevados; de hecho, casi todos los países que componen esta subregión tienen valores superiores al promedio latinoamericano.

Ahora bien, la conclusión más relevante que puede obtenerse de la evidencia reciente —que se basa sobre todo en la disponibilidad de encuestas especializadas para cuatro países de la subregión— deriva del análisis comparado de las tendencias de la fecundidad adolescente, por una parte, y de sus dos variables intermedias más relevantes —actividad sexual y uso de anticonceptivos—, por la otra. En el cuadro 30 se presenta una síntesis de este ejercicio, en el que además se incluye la nupcialidad, una variable de las denominadas “intermedias”, pero cuyo efecto, sin duda importante, es más bien indirecto —a través de la deseabilidad. Claramente se advierte que la evolución descendente de la fecundidad adolescente acontece pese a un ligero adelantamiento de la actividad sexual en dicho período y, por lo mismo, debe concluirse que su caída en el lapso de referencia se debe totalmente al aumento de la anticoncepción. Pero como este aumento aún está lejos de llevar a cifras elevadas de iniciación sexual protegida —*proxy* de la actividad sexual protegida en la adolescencia—, entonces, el comportamiento sexual desprotegido es el principal factor de la alta fecundidad adolescente comparativa de la subregión. Así las cosas, el aumento del acceso a anticonceptivos en modo alguno significa que se puedan moderar los esfuerzos en esta materia. Por el contrario, hay que redoblarlos, y para ello urge identificar estrategias clave que permitan focalizar los esfuerzos —en las instituciones clave de los procesos de transformación: la familia y las comunidades, el sector de la salud y el educativo.

CUADRO 30
CENTROAMÉRICA (4 PAÍSES): CAMBIO^a DE LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE (MUJERES
DE 15 A 19 AÑOS) Y DE TRES INDICADORES SELECCIONADOS DE VARIABLES
INTERMEDIAS, DÉCADA DE 2000

País y período de referencia	Tasa específica de fecundidad	Ha tenido relaciones sexuales	Se ha unido	Uso actual de anticonceptivos modernos (entre unidas)
El Salvador, 1998-2008	-27	2,8	-1,9	22,5
Guatemala, 1998-2009	-19	0,6	-4,3	16,4
Nicaragua, 1998-2006	-33	2,7	-4,1	21,5
Honduras, 1996-2006	-34	-2,9	-5,6	18,6

Fuente: cuadros 5, 10, 11 y 12 del cuerpo del documento.

^a En puntos porcentuales (nótese que en el cuadro 7 se presenta la reducción de la tasa específica de fecundidad en términos relativos).

La deseabilidad es clave dentro de este último componente de la subjetividad. Más allá del conocido efecto de racionalización, que tiende a elevar la deseabilidad de los nacimientos ya ocurridos, estos datos constituyen un desafío mayor para las políticas orientadas a prevenir el embarazo adolescente en la subregión, porque sugieren que una parte importante del mismo es deseado. Evidentemente, las políticas de prevención se dirigen hacia la maternidad no deseada, por lo tanto, el solo hecho que esta exista fundamenta el despliegue activo de programas preventivos. Sin embargo, el alto nivel de fecundidad adolescente es fuente de preocupación por las implicaciones que genera, y por ello la acción destinada a explicitar la situación e identificar acciones de respuesta en todos los ámbitos es de gran pertinencia. Las políticas y programas propiamente preventivos, que deben ser los principales en este tema, demandan una identificación previa de los factores que están en la base de esta elevada deseabilidad, ya que deben dirigirse y ser sensibles a ellos. Si se trata de factores culturales asociados a un modo de vida que requiere, valora o mantiene como tradición una unión temprana, entonces cabe actuar sobre ellos con la debida y apropiada pertinencia cultural, en particular en el caso de las comunidades indígenas. Si se trata de inequidades de género o de una cultura machista que impide la existencia o la visibilización de oportunidades o proyectos alternativos a la maternidad para las muchachas, entonces el cambio cultural, asunto de suyo complejo, es un desafío ineludible.

Finalmente, si la ausencia de opciones alternativas a la maternidad temprana es la base de esta deseabilidad, entonces las acciones deben dirigirse a ampliar los proyectos de vida —un objetivo con valor propio, más allá de su efecto inhibitor de la fecundidad adolescente— mediante la multiplicación de las opciones educativas, laborales, recreativas, entre otras, y a promover el uso del tiempo libre en actividades que definen metas y horizontes incompatibles con la maternidad adolescente.

Estas últimas conclusiones debieran ser consideradas con atención por las políticas públicas dirigidas a las y los adolescentes de la subregión. Como se presentó en el capítulo VII, hay un repertorio de acciones relativamente amplio en Centroamérica, pero su foco no siempre está claro, con alguna frecuencia carece de la coordinación intersectorial y del enfoque multidisciplinario que amerita el tema, los grados de implementación y de asignación regular de recursos financieros y humanos suelen ser pobres y los mecanismos de seguimiento y evaluación normalmente no están incluidos. Entonces, se requiere un esfuerzo importante si se desea seguir reduciendo la fecundidad adolescente en la subregión, que todavía registra niveles elevados.

Bibliografía

- Ali, Mohamed M. and John Cleland (2005), "Sexual and reproductive behaviour among single women aged 15-24 in eight Latin American countries: a comparative analysis," *Social Science & Medicine*, vol. 60, N° 6, March.
- Aravena, Andrea; Heidi Fritz y Marcos Barretto (eds.) (2009), *VI Encuesta Nacional de Juventud. Principales Resultados*, Santiago de Chile, INJUV.
- Becker, G. and R. Barro (1986), "Altruism and the economic theory of fertility," *Below-Replacement fertility in industrial societies*, *Population and Development Review*, New York.
- Boongarts, John (1982), "The Fertility-Inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables," *Studies in Family Planning*, Population Council, vol. 13, N° 6/7.
- ____ (1978), "A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility," *Population and Development Review*, vol. 4, N° 1.
- Bongaarts, J. and B. Cohen (1998), "Introduction and overview," *Studies in family planning*, vol. 29, N° 2.
- Bozón, Michel (2003), "A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle Comparaisons mondiales et évolutions récentes", *Population et Societes*, N° 391, June.
- Bravo, J. (1992), "Visiones teóricas de la transición de la fecundidad en América Latina: ¿qué relevancia tiene el enfoque difusionista?", *Notas de Población*, vol. 56.
- Breibauer, C. and M. Maddaleno (2005), *Youth: choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescent*, Washington, D.C., PAHO.
- Buvinic, Mayra (1998), "The Costs of Adolescent Childbearing: Evidence from Chile, Barbados, Guatemala, and Mexico," *Studies in Family Planning*, vol. 29, N° 2.
- Castro, Teresa y otros (2010), "Maternidad sin matrimonio en América Latina: Análisis comparativo a partir de datos censales", documento presentado al IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), La Habana, 16 al 18 de noviembre.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2005), *Panorama social de América Latina 2005 (LC/G.2288-P/E)*, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.161.
- Davis, Kingsley and Judith Blake (1956), "Social structure and fertility: an analytic framework," *Economic and cultural change*, vol. 4, N° 2.
- Di Cesare, Mariachiara y Jorge Rodríguez Vignoli (2006), "Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia", *Papeles de Población*, N° 48.
- Dulanto, E. (2000), *El adolescente*, México, D.F., McGraw-Hill Interamerican.

- Escobar de Corzantes, Mayra (2010), "Educación integral de la sexualidad en el sistema educativo guatemalteco: Un estado del arte", Guatemala, Dirección General de Evaluación e Investigación Educativa, Ministerio de Educación, [en línea] <http://www.mineduc.edu.gt/recursoseducativos/descarga/digeduca/investigaciones/ficha_8.pdf>.
- Esteve, Albert; Luis López y Jeroen Spijker (2010), "La estabilidad de la nupcialidad latinoamericana: aproximación desde los microdatos censales", documento presentado al IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), La Habana, 16 al 18 de noviembre.
- Furstenberg, Frank F. (1998), "When Will Teenage Childbearing Become a Problem? The Implications of Western Experience for Developing Countries," *Studies in Family Planning*, vol. 29, N° 2.
- Fussell, Elizabeth and Alberto Palloni (2004), "Persistent marriage regimes in changing times," *Journal of Marriage and Family*, vol. 66, N° 5.
- Gómez, Pío; Ramiro Molina y Nina Zamberlin (2011), *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe*, Lima, FLASOG.
- Grant, Monica J. and Frank F. Furstenberg (2007), "Changes in the Transition to Adulthood in Less Developed Countries: Changements dans le passage à l'âge adulte dans les pays en développement," *European Journal of Population*, vol. 23, N° 3-4.
- Guzmán, José Miguel y otros (2001), *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*, México, D.F., UNFPA-EAT.
- Haveman, R. y otros (1997), "Do teens make rational choices? The case of teen nonmarital childbearing," Institute for Research on Poverty, Discussion paper, Madison, University of Wisconsin, vol. 1137, N° 37.
- Juárez, Fátima y Cecilia Gayet (2005), "Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas", *Papeles de Población*, N° 45.
- Lete, I. y otros (2001), "Embarazo en la adolescencia", *Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos*, Madrid, Sociedad Española de Contracepción.
- McDevitt, T. M. y otros (1996), *Trends in adolescent fertility and contraceptive use in developing world*, US Bureau of the Census, N° IPC/95-1, Washington, D.C., Government Printing Office.
- Naciones Unidas (1994), "Programa de Acción", Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (A/CONF.171/13), Nueva York, 18 de octubre.
- Oliveira, M. y J. Vieira (2010), "Gravidez na adolescência e bem-estar infantil: evidências para o Brasil em 2006", *Revista Latinoamericana de Población*, vol. 3, N° 6.
- Pantelides, E. (2004), "Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina", *Notas de población*, vol. 31, N° 78.
- Remez, Lisa y otros (2008), *Asegurar un mañana más saludable en Centroamérica. Proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud hoy*, Nueva York, Guttmacher Institute.
- Rodríguez, Jorge (2011), "High adolescent fertility in the context of declining fertility in Latin America," (UN/POP/EGM-AYD/2011/01), documento presentado en la Expert Group Meeting on Adolescents, Youth and Development, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas, Nueva York, 21 y 22 de julio, [en línea] <http://www.un.org/esa/population/meetings/egm-adolescents/p01/_rodriguez.pdf>.
- ____ (2009), "Variables intermedias de la fecundidad adolescente en Chile: Evolución, desigualdad e implicancias de políticas", *Revista Chilena de Salud Pública*, vol. 13, N° 3.
- ____ (2008), *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción*, Santiago de Chile, OIJ, CELADE/CEPAL, UNFPA.
- Rodríguez, Jorge y Martín Hopenhayn (2007), "Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos", *Desafíos*, vol. 4, Santiago, CELADE/UNICEF.
- Stern, C. (1997), "El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica", *Salud pública de México*, N° 002.
- Stover, John (1998), "Revising the Proximate Determinants of Fertility Framework: What Have We Learned in the past 20 Years?," *Studies in Family Planning*, vol. 29, N° 3.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2011), *Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia: Una época de oportunidades*, Nueva York.
- United Nations (2011), *World Population Prospects: The 2010 Revision*, CD-ROM Edition, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York.
- ____ (1983), *Manual X: Indirect Techniques for Demographic Estimation* (E.83.XIII.2), New York.
- Welti, Carlos (ed.) (1998), *Demografía I*, México D.F., PROLAP-II SUNAM.

Fuentes legales, de políticas y programas

- Asociación Demográfica Costarricense (2010), “Plan Estratégico 2010-2015. Informe Final”, [en línea] http://www.adc-cr.org/plan_estrategico_final.pdf, consultado el 31 de diciembre de 2012.
- Costa Rica, Asamblea Legislativa (1997), “Ley General de Protección a la Madre Adolescente. Ley N° 7735 (modificada a partir de la ley 8312)”, [en línea] <http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/906/Ley%207735%20Protecci%C3%B3n%20madre%20adolescente.pdf>, consultado el 31 de diciembre de 2012.
- Costa Rica, Ministerio de Planificación y Política Económica (MIDEPLAN), Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia y otros (2009), “Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia. Costa Rica. 2009-2021”, [en línea] http://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Politica_NNA_CR.pdf, consultado el 31 de diciembre de 2012.
- Costa Rica, Ministerio de Salud (2011), “Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA) 2010-2018”, San José.
- El Salvador, Asamblea Legislativa (2012), “Decreto N° 910. Ley General de Juventud”, Diario Oficial, Tomo 394, N° 24, 6 de febrero, [en línea] <http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-2012/02-febrero/06-02-2012.pdf>, consultado el 31 de diciembre de 2012.
- El Salvador, Asamblea Legislativa (2011), “Decreto N° 645. Ley de igualdad, equidad y erradicación de la discriminación contra las mujeres”, Diario Oficial, Tomo 391, N° 70, 8 de abril, [en línea] <http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-2011/04-abril/08-04-2011.pdf>, consultado el 31 de diciembre de 2012.
- El Salvador, Asamblea Legislativa (2009), “Decreto N° 839. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia”, Diario Oficial, Tomo 383, N° 68, 16 de abril, [en línea] <http://www.cnj.gob.sv/images/stories/Documentos/PDFS/LeyLEPINA.PDF>, consultado el 31 de diciembre de 2012.
- El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2011), “Acuerdo N° 1181. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva”, [en línea] http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/Politica_nacional_de_salud_sexual_y_reproductiva.pdf, consultado el 18 de diciembre de 2012.
- El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2010), “Acuerdo N° 126. Política de salud 2009-2014”, Diario Oficial, Tomo 386, N° 33, 17 de febrero, [en línea] <http://www.salud.gob.sv/index.php/servicios/descargas/documentos/Documentación-Institucional/Política-Nacional-de-Salud/Diario-Oficial-No.33-Tomo-No.386-del-17-02-2010.-Acuerdo-No.126.-Política-Nacional-de-Salud-2009-2014/>, consultado el 31 de diciembre de 2012.
- Guatemala, Congreso de la República (2010), “Decreto Número 32-2010. Ley para la maternidad saludable”, [en línea] <http://www.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnalisisDocumentacionJudicial/cds/CDs%20leyes/2010/pdfs/decretos/D032-2010.pdf>, consultado el 31 de diciembre de 2012.
- Guatemala, Congreso de la República (2005), “Decreto Número 87-2005. Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva”, [en línea] <http://www.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnalisisDocumentacionJudicial/cds/CDs%20leyes/2005/pdfs/decretos/D087-2005.pdf>, consultado el 31 de diciembre de 2012.
- Guatemala, Congreso de la República (2001), “Decreto Número 42-2001. Ley de Desarrollo Social”, [en línea] <http://www.conred.gob.gt/www/documentos/biblioteca/recursos%20para%20medios/Informacion%20CONRED/Ley%20y%20Reglamento/LeyDesarrolloSocial.pdf>, consultado el 31 de diciembre de 2012.
- Guatemala, Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) y Consejo Nacional de la Juventud (CONJUVE) (2012), “Acuerdo Gubernativo N° 173-2012. Política Nacional de Juventud 2012-2020”, [en línea] <http://www.conjuve.gob.gt/descargas/Politica.pdf>, consultado el 31 de diciembre de 2012.
- Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2004), “Política de salud para la adolescencia y la juventud”, [en línea] http://www.segeplan.gob.gt/downloads/clearinghouse/politicas_publicas/Salud/Politica%20de%20Salud%20Adolescentes%5B1%5D.pdf, consultado el 31 de diciembre de 2012.
- Guatemala, Secretaría Presidencial de la Mujer (2009), “Acuerdo Número 302-2009. Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres y Plan de Equidad de Oportunidades 2008-2023”, [en línea] <http://www.unfpa.org.gt/sites/default/files/PNPDIM%20y%20PEO1.pdf>, consultado el 31 de diciembre de 2012.

- Honduras, Congreso Nacional (2005), “Decreto N° 260-2005. Ley Marco para el Desarrollo Integral de la Juventud”, [en línea] <http://www.inj.gob.hn/Portal/LEY_MARCO_PARA_EL_DESARROLLO_INTEGRAL_DE_LA_JUVENTUD.pdf>, consultado el 31 de diciembre de 2012.
- Honduras, Instituto Nacional de la Mujer (2010), “Política Nacional de la Mujer. II Plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras 2010-2022. II PIEGH”, [en línea] <<http://www.sefin.gob.hn/wp-content/docs/UG/Menu/Marco%20legal/II%20PIEGH.pdf>>, consultado el 31 de diciembre de 2012.
- Nicaragua, Asamblea Nacional (1998), “Código de la Niñez y la Adolescencia. Ley N° 287”, [en línea] <http://www.unicef.org/lac/CODIGO_DE_LA_NInEZ_ESPAnOL.PDF>, consultado el 31 de diciembre de 2012.
- Nicaragua, Asamblea Nacional (2002), “Ley N° 423. Ley General de Salud”, Gaceta N° 91, 17 de mayo, [en línea] <[http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/FF82EA58EC7C712E062570A1005810E1?OpenDocument](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/FF82EA58EC7C712E062570A1005810E1?OpenDocument)>, consultado el 31 de diciembre de 2012.
- Nicaragua, Asamblea Nacional (2001), “Ley N° 392. Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud”, Gaceta N° 126, 4 de julio, [en línea] <<http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/9e314815a08d4a6206257265005d21f9/10fa0619155a2e2a062570a1005811fc?OpenDocument>>, consultado el 31 de diciembre de 2012.
- Nicaragua, Ministerio de Salud (2008), “Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva”, [en línea] <http://www.iadb.org/WMSfiles/products/SM2015/Documents/website/MINSA_Nicaragua-Estrategia_nacional_salud_sexual_reproductiva.pdf>, consultado el 31 de diciembre de 2012.
- Panamá, Asamblea Legislativa (2002), “Ley 29. Que garantiza la salud y la educación de la adolescente embarazada”.
- Panamá, Ministerio de Salud (2007), “Plan Nacional de Salud de Niñez y Adolescencia 2008 – 2012”, Panamá, OPS.

Anexo

Método utilizado para el análisis de las políticas

Para la elaboración de este anexo se realizó una revisión exhaustiva de la documentación disponible en distintos archivos y dispuesta de manera virtual. Un insumo importante fueron las presentaciones nacionales sobre el tema efectuadas en la Reunión Regional de Cooperación Sur-Sur entre Países Andinos y Centroamericanos “Prevención del embarazo adolescente”, realizada en Antigua, Guatemala, entre el 29 y el 31 de agosto de 2012. El grueso del trabajo fue parte de una consultoría realizada en el CELADE durante 2012 por Claudia Tejos.

En el cuadro A.1 se presentan los siguientes descriptores:

1. Marco: alude al nivel jurídico.
2. Elemento: precisión del tipo de acción, tal como ley, política, plan, estrategia, proyecto u otro.
 - a. Lineamientos observados: identificación de planteamientos directamente relacionados con la salud y la conducta reproductiva de las y los adolescentes, en particular en los ámbitos de educación y salud.
3. Enfoque-perspectiva: bajo este descriptor se procura rescatar aspectos clave de cada elemento, así como del contexto en que se inserta. En general, los enfoques se relacionan con el actor objeto de interés —enfoque de derecho, de género, intercultural, generacional, entre otros— y las perspectivas con el dispositivo institucional relevante para la implementación de la intervención.
4. Sub-elementos o acciones observadas: procura identificar productos concretos directamente derivados del elemento principal, tales como planes, presupuestos, reglamentos, servicios, personal, diagnósticos, sistemas de indicadores, campañas, evaluaciones, documentos, entre otros.

CUADRO A.1
MATRIZ DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SEGÚN DESCRIPTORES SELECCIONADOS

País	Año	Marco	Elemento	Lineamientos observados		Enfoque-perspectivas		Sub-elementos (acciones observadas)
				Educación	Salud	Actor objetivo	Institucionalidad	

Fuente: Elaboración propia.

La búsqueda de acciones en torno a la institucionalidad y la política consideró varios filtros o criterios de selección. Uno de ellos fue el año de creación, tomándose en cuenta solo aquellas que datan de 2000 en adelante. Otro fue el geográfico, y en ese sentido la consideración se extendió a seis países de la subregión de Centroamérica —sin incluir a Belice en esta ocasión—: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

El cuadro A.2 resume la aplicación de los criterios antes expuestos a los países de la subregión. El sombreado del diagrama implica la ausencia del descriptor en la documentación revisada. Esto permite observar que, en la mayoría de los documentos, los lineamientos de educación y salud son complementarios, lo que es consistente con el planteamiento según el cual se requieren acciones intersectoriales para enfrentar el complejo tema del embarazo adolescente. Por otra parte, la ausencia de acciones en los documentos oficiales lleva a deducir dos posibilidades: que no se han socializado o que las políticas no avanzan más allá del nivel conceptual.

El último aspecto es una situación bastante discutida en algunos textos, que además se acentúa con las contradicciones entre programas o leyes preexistentes que chocan con los “avances” de los instrumentos actuales (Remez y otros, 2008), pues en general las acciones implementadas estarían desarrollándose a propósito de los compromisos adquiridos a nivel internacional, para el cumplimiento

de metas propuestas. En este sentido, a nivel regional es posible mencionar el “Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015”, en el que participan Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua. También debe considerarse la Declaración Ministerial “Prevenir con educación”, surgida de una reunión de ministros de educación y salud realizada en la Ciudad de México en 2008, en el marco de la XVII Conferencia Internacional del Sida, principalmente buscando implementar y fortalecer estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual, que incluyan la prevención del VIH-Sida y de las enfermedades de transmisión sexual.

CUADRO A.2
APLICACIÓN DE LA MATRIZ ANALÍTICA DISEÑADA A LA SITUACIÓN
DE LOS PAÍSES DE CENTROAMÉRICA

País	Año	Marco	Elemento	Lineamientos observados		Enfoque-perspectivas		Sub-elementos (acciones observadas)
				Educación	Salud	Actor objetivo	Institucionalidad	
El Salvador								
Guatemala								
Honduras								
Costa Rica								
Panamá								
Nicaragua								

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO A.3

CENTROAMÉRICA (6 PAÍSES): SÍNTESIS DE ACCIONES EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES, A PARTIR DE 2000

Año	Marco - Elemento	Lineamientos observados	Enfoque – Perspectiva	Sub-elementos	
		Educación	Salud	Actor objetivo - Institucionalidad	Acciones observadas
El Salvador					
2009	Política Nacional de Salud 2009-2014: Construyendo la esperanza. Acuerdo N° 126.	Estrategia 15: Salud Sexual y Reproductiva. En coordinación con el Programa “Ciudad Mujer” se establecerán programas priorizados de información, educación sexual y atención en salud sexual y reproductiva orientados a los grupos de edad escolar, preadolescentes, adolescentes, mujeres y hombres durante todo el ciclo vital.		Se articula con la Comisión Tripartita MINED-MINSAL-Sociedad Civil (Coalición por la SSR) para dar cumplimiento a la Declaración Ministerial México 2008 “Prevenir con educación”.	El Plan intersectorial para la atención integral de la salud de la población adolescente y joven 2012- 2014 tiene como finalidad responder a las necesidades específicas de dicho grupo de población, en el marco de la Atención Primaria en Salud Integral (APSI).
2009-2010	Decreto Legislativo N° 320 y N° 839, Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia.	Artículo 23. Obligación de atención médica de emergencia para la niña, adolescente o mujer embarazada. Artículo 24. Embarazo precoz: Toda niña o adolescente embarazada es considerada en un estado de alto riesgo obstétrico y perinatal, por tanto, deberá recibir atención médica de manera integral en las instituciones de salud pública. Artículo 32. Salud sexual y reproductiva. Artículo 55. Protección frente al abuso y explotación sexual. Artículo 105. Sistema de Protección Integral.		Del art. 24: A la niña o adolescente embarazada no se le podrá obligar al sometimiento de exámenes o interrogatorios denigrantes. Deberá establecer una política pública y programas específicos para la prevención a través de la información, la educación y la atención del embarazo precoz en niñas y adolescentes. Fortalecer su realización personal, prevenir infecciones de transmisión sexual, disminuir riesgos de abuso sexual y prepararles para una maternidad y paternidad responsable en la adultez, sana y sin riesgos. Los servicios y programas implementados garantizarán y promoverán el respeto del derecho a la vida desde el instante de la concepción. Existencia y acceso a los servicios y programas de salud y educación sexual integral para la niñez y adolescencia. Garantizar programas permanentes y gratuitos de prevención y atención integral. Formación de promotores juveniles para la educación en salud sexual y reproductiva de adolescentes. Autoestima, género, habilidades para la vida y la toma de decisiones de manera libre e informada con énfasis en posponer la actividad sexual y la maternidad, planificación familiar, prevención del embarazo, prevención de las ITS.	Sistema Nacional de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia con la participación de la familia, el Estado y la sociedad. Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia (2009); Comités Locales de Derechos de la Niñez y de la Adolescencia; Juntas de Protección de la Niñez y de la adolescencia; Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia (2009). Política Nacional de Protección Integral de la Niñez y de la Adolescencia. Boletín Informativo #1 año 2011: Trabajando por la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes (El Salvador, Ministerio de Salud).

(continúa)

Cuadro A.3 (continuación)

Año	Marco - Elemento	Lineamientos observados Educación	Salud	Enfoque – Perspectiva Actor objetivo - Institucionalidad	Sub-elementos Acciones observadas
2011	D.L. N° 645 (publicado en el D. O. N° 70, Tomo 391), Ley de Igualdad, equidad y erradicación de la discriminación contra las mujeres.	Art. 17. Criterios que orientarán la educación para la igualdad y no discriminación de mujeres y hombres. El Ministerio de Educación, conforme a las posibilidades presupuestarias, deberá considerar en los programas de becas de estudios, ya sea básico, medio, superior o técnico, o en otros programas de apoyo formativo, a las siguientes mujeres: niñas y adolescentes que por embarazo han interrumpido su proceso educativo. Art. 26. Igualdad y no discriminación en la atención a la salud integral y a la salud sexual y reproductiva. Acceso universal de niñas, niños, adolescentes, adultas y adultos, a información y educación científica y actualizada, adecuada al ciclo vital, oportuna, veraz, suficiente y completa sobre el ejercicio responsable de la sexualidad, autocuidado y prevención de riesgos en salud sexual y salud reproductiva, así como acceso a los servicios públicos de información, atención preventiva y curativa correspondientes.			
2012	Decreto N° 24, Ley General de Juventud.	Artículo 9. La población joven gozará de los siguientes derechos: q) Derecho a la educación sexual y a la protección integral contra los abusos sexuales. r) Derecho a la salud integral y de calidad, orientada hacia sus necesidades específicas, que debe entenderse como la resultante de la interacción dinámica de distintos factores espirituales, bio-psicosociales, económicos y ambientales. Artículo 17. Las políticas educativas dirigidas a la población joven deberán: d) Garantizar la existencia y el acceso a los servicios y programas de salud y educación sexual integral con el objeto de fortalecer la toma de decisiones responsables y la prevención de ITS, entre ellas el VIH-Sida, disminuir y prevenir los riesgos de acoso y abuso sexual y prepararles para una maternidad y paternidad responsable, sana y sin riesgos. Los servicios y programas implementados garantizarán el respeto del derecho a la vida desde el instante de la concepción.			

(continúa)

Cuadro A.3 (continuación)

Año	Marco - Elemento	Lineamientos observados Educación	Salud	Enfoque – Perspectiva Actor objetivo - Institucionalidad	Sub-elementos Acciones observadas
2012	Acuerdo N° 1181, Política de Salud Sexual y Reproductiva.	Información, educación, comunicación. Fortalecer la denuncia por delitos sexuales. Atención integral en SSR dentro de la red de servicios.		Promover derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual y reproductiva y sus determinantes en el ciclo de vida. Gestión y fortalecimiento de la institucionalidad para la atención. Fortalecimiento del sistema de información para la SSR. Acciones integrales e integradas en SSR con grupos históricamente excluidos. Potenciar la organización, participación y la corresponsabilidad social y ciudadana en la promoción de la SSR de acuerdo a necesidades específicas. Detección y atención integral a la violencia asociada a la SSR en el ciclo de vida, con énfasis en la violencia sexual, violencia intrafamiliar y trata de personas.	
Guatemala					
2001	Decreto 42-2001: Ley de Desarrollo Social. Política Nacional de Desarrollo Social y Población.	Artículo 26. Programa de Salud Reproductiva. Artículo 31. Orientaciones principales de la educación en población. Artículo 41. Estereotipos y comunicación social.		Maternidad y paternidad responsable, control prenatal, atención al parto y puerperio, espaciamientos de embarazos, hemorragia de origen obstétrico y prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, del virus de inmunodeficiencia humana y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Atención específica y diferenciada para la población en edad adolescente, incluyendo consejería institucional sobre la naturaleza de la sexualidad humana integral. Las metodologías educativas serán diseñadas por la comisión intersectorial de educación en población, orientada a desarrollar valores y principios éticos y morales sustentados en el amor, la comprensión, el respeto y la dignidad, así como fomentar estilos de vida saludables. Evitar el machismo, la subordinación y explotación de la mujer. Evitar la reducción de la persona a objeto sexual o la presentación de la sexualidad como un bien de consumo sin criterios éticos.	2002: Proyecto Atención Integral y diferenciada a adolescentes y jóvenes con énfasis en salud reproductiva. 2009: Observatorio en Salud Reproductiva [http://www.osarguatemala.org/].

(continúa)

Cuadro A.3 (continuación)

Año	Marco - Elemento	Lineamientos observados Educación Salud	Enfoque – Perspectiva Actor objetivo - Institucionalidad	Sub-elementos Acciones observadas
2004	Acuerdo Ministerial SPM-M-636-2004, Política de Salud para la Adolescencia y juventud.	Artículo 20. Ejes temáticos: b) Salud sexual y reproductiva y educación sexual.		
2005	Decreto 87-2005, Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud sexual y reproductiva.	Artículo 9. Estrategia especial para adolescentes. Artículo 10. Formación integral del adolescente	Promoción del enfoque de derechos y responsabilidades. Provisión de servicios integrales y diferenciados para los y las adolescentes, estableciendo mecanismos que faciliten la articulación e integración con otros sectores. Inclusión en la currícula de contenidos sobre derechos y responsabilidades para la promoción y autocuidado de la salud, sexualidad y embarazo adolescente y no deseado, como factores que contribuyen y afectan la morbilidad materno-infantil.	Campaña: Me llega, sentí, expresate, informate y protegete (2011). Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud (2003-2012).
2009	Acuerdo Número 302-2009, Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres -PNPDIM- y Plan de Equidad de Oportunidades -PEO- 2008-2023.	Eje político 3: Garantizar el acceso de las mujeres mayas, garífunas, xinkas y mestizas a los servicios de salud integral en todas sus etapas de vida. g. Crear, fortalecer, implementar y difundir ampliamente programas de salud y educación sexual, en los idiomas nacionales, con pertinencia cultural, para la prevención de embarazos en niñas y adolescentes.		
2011	Proyecto Multipaís (Guatemala, Perú y Estado Plurinacional de Bolivia). Un modelo integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la salud (Instituto de Salud Incluyente, ISIS).	Con respecto al intercambio educacional, se abordan y registran temáticas tales como paternidad responsable, prevención de ITS, planificación familiar, que en concordancia con lo normado en la guía de competencias de la atención clínica, se ofertan a personas sin distinción de sexo, edad o estado civil, existiendo materiales de apoyo a estos temas con perspectiva de género.		

(continúa)

Cuadro A.3 (continuación)

Año	Marco - Elemento			Lineamientos observados	Enfoque – Perspectiva	Sub-elementos
				Educación	Salud	Acciones observadas
2012	Decreto Legislativo 32-2010. Acuerdo gubernativo 65-2012 (reglamento). Ley de Maternidad Saludable.			Artículo 2. Fines. Los fines de esta Ley son: a) Declarar la maternidad saludable asunto de urgencia nacional; apoyar y promover acciones para reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal, especialmente en la población vulnerada, adolescente y joven, población rural, población indígena y población migrante, entre otros. Artículo 8. Atención obligatoria durante el embarazo. g) Atención integral y diferenciada para niñas y adolescentes embarazadas, tomando en cuenta su edad, etnia, escolaridad, ubicación geográfica y situación socioeconómica. Art. 9: b) Las niñas y adolescentes recibirán atención diferenciada tomando en cuenta su edad, etnia y escolaridad.		
Honduras						
1996	Decreto N° 73-96, Código de la niñez y la adolescencia.			Protección frente al hecho de ser sujeto de violencia sexual, acoso, entre otros.		
1999	Decreto N° 147-99, Ley especial de VIH/Sida.			Artículo 68. Los niños, niñas y adolescentes infectados por VIH o enfermos del Sida, no podrán ser privados de los derechos que le son inherentes de conformidad con las leyes del país, debiendo gozar sin restricción alguna de los mismos.		
				Artículo 31. Cuan sean menores de edad los que se encuentren ejerciendo el comercio sexual, deberán ser protegidos conforme lo establece el artículo 150 del Código de la Niñez y la Adolescencia, además de la responsabilidad civil en que incurran los padres, tutores o encargado de los mismos de conformidad con el Código de la Familia.		
2004	En el acuerdo SPM-M-636-2004, que modifica el acuerdo Ministerial SP-M-2089-2003, se crea el Programa de Salud Integral a la Niñez y Adolescencia (SINA).			Salud reproductiva y educación sexual para adolescentes y jóvenes (mejorar la situación a partir de la educación, promoción, prevención y atención).		

(continúa)

Cuadro A.3 (continuación)

Año	Marco - Elemento	Lineamientos observados		Enfoque – Perspectiva Actor objetivo - Institucionalidad	Sub-elementos Acciones observadas
		Educación	Salud		
2005	Plan Nacional de Salud 2021.	En la población adolescente, propiciar el involucramiento de diferentes sectores gubernamentales, de la sociedad civil y de la familia en el desarrollo de acciones que promuevan el fomento de la autoestima, la educación sexual reproductiva y los estilos de vida saludables. Fortalecer y armonizar las acciones nacionales, sectoriales e intersectoriales, orientadas a garantizar la atención integral en salud sexual y reproductiva a las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida, con amplia participación comunitaria y con énfasis en los grupos de población vulnerables por su condición de edad, género y etnia. Promover programas de educación y estilos de vida saludables dirigidos a la prevención del embarazo de alto riesgo y a ampliar el espaciamiento entre embarazos		En la población femenina, promover la atención integral de la mujer que refleje sus características y considere su rol determinante en la sociedad, con énfasis en su salud sexual reproductiva y con atención a los riesgos de salud inherentes a lo largo de su ciclo de vida.	
2005	Plan de Oportunidades para la Niñez y la Adolescencia 2005-2015. Mejorando los Servicios Amigables de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (HND5R205), ejecutado por el Programa de Atención Integral al Adolescente (PAIA) de la Secretaría de Salud. El plan se enmarca en los objetivos y metas de la Estrategia de Reducción de la Pobreza.	1.6 Promover estilos de vida saludable en los escolares y adolescentes. d. Garantizar acceso a información amplia y libre de prejuicios sobre la salud sexual reproductiva. Componente 1: promoción de una vida sana. 1.2 Accesibilidad a servicios de salud sexual reproductiva. 1.3. h. Formar y capacitar los recursos humanos, públicos, privados y comunitarios que provean atención a la salud integral y sexual reproductiva. 2.1 Promoción de la salud sexual y reproductiva para la prevención del VIH. c. Fortalecer las redes de información, apoyo psico-social y consejerías sobre alternativas e implicaciones de las conductas sexuales adoptadas. d. Desarrollar la temática de salud sexual y reproductiva con enfoque de género en el sistema educativo.		Derechos de protección en contra de cualquier forma de violencia, en especial sexual o laboral.	
2006	Decreto Número 30.903, Decreto Número 260-2005. Ley marco para el desarrollo integral de la juventud.			Artículo 8. El Estado desarrollará la política nacional de la juventud. Artículo 29. Crear la Secretaría y sub secretaría ejecutiva del Instituto Nacional de la Juventud, con cargos con rango ministerial.	Comisión Nacional de la Juventud.

(continúa)

Cuadro A.3 (continuación)

Año	Marco - Elemento	Lineamientos observados Educación Salud	Enfoque – Perspectiva Actor objetivo - Institucionalidad	Sub-elementos Acciones observadas
2008	Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y Sida.	La estrategia de promoción de la salud y prevención del VIH se orienta a satisfacer las necesidades de los grupos priorizados de mayor vulnerabilidad: garífunas, hombres que tienen sexo con otros hombres, personas privadas de libertad, personas con VIH, trabajadoras(es) del sexo, sus clientes y parejas estables, mujeres sobrevivientes de violencia, adolescentes, jóvenes y embarazadas.		
2010	II Plan Nacional de Equidad e Igualdad de Género 2010-2022.	Eje 3: Promoción, protección y garantía de la salud de las mujeres durante todo el ciclo de vida y de sus derechos sexuales y reproductivos.		
2010	Política de Protección Social de 2010.		Son sujetos de atención: adolescentes, niños y niñas del área rural y urbana pertenecientes a pueblos indígenas y/o afrodescendientes sin acceso a servicios de salud y educación sobre salud sexual y reproductiva.	Comité Técnico de Protección Social (CTPS), instalado y en funcionamiento desde el 13 de octubre de 2011, cuando se realizó la primera sesión. Ocho talleres para consensuar esta política con los sectores de niñez, adolescencia y juventud; discapacidad; pueblos indígenas y afro-hondureños, diversidad sexual, mujeres y adultos mayores.
2012	Política Nacional de Juventud 2012-2020.	Garantizar a las y los adolescentes y jóvenes acceso universal a la atención integral y diferenciada en SSR acorde a sus derechos. Contribuir a la prevención de embarazos adolescentes y las ITS.	Fortalecimiento institucional esperado a propósito de un proceso de planeación estratégica. Gabinete Específico de Juventud, Consejo Asesor de Juventud, Delegación Departamental de Juventud, Oficinas Municipales de Juventud, Comisiones departamentales.	
Costa Rica				
2004	Área Construcción de Identidades y Proyectos de Vida del Instituto Nacional de la Mujer.	Erradicación del abuso sexual y embarazo infantil.	Divulgar la legislación existente que protege a las niñas embarazadas. Concientizar a las personas responsables del cuidado de las niñas sobre sus responsabilidades en el ámbito de protección de situaciones de violencia. Impulsar espacios de discusión y análisis del embarazo en niñas, sus necesidades y las responsabilidades institucionales en cuanto a su protección.	A partir de este trabajo se han elaborado materiales para la erradicación del embarazo infantil y el abuso sexual contra las niñas menores de 12 años, los cuales apuntan hacia la necesidad de insistir en la visibilización del embarazo en niñas como una manifestación de violencia sexual.

(continúa)

Cuadro A.3 (continuación)

Año	Marco - Elemento	Lineamientos observados		Enfoque – Perspectiva Actor objetivo - Institucionalidad	Sub-elementos Acciones observadas
		Educación	Salud		
2008	Promoviendo la igualdad y la equidad en espacios educativos del Instituto Nacional de la Mujer.	Cuenta con material educativo: “¿Quién soy? ¿Quiénes somos? ¿Quiénes son? Acercándonos a la identidad de género de las y los adolescentes y jóvenes”, “Sexualidad en adolescencia: mirándolas y mirándolos desde otro lugar”. Se elaboró el módulo “Mujeres adolescentes y mujeres jóvenes, educando para la igualdad y la equidad de género”, mediante el cual se brindan herramientas teóricas y metodológicas a profesionales que desarrollan procesos de capacitación y empoderamiento personal a esta población.			Capacitaciones de sensibilización dirigidas a docentes de primaria y secundaria, integrantes de equipos de orientación y PROMECUM.
2009	Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia (PNNA).	Educación: educación para la sexualidad humana. Salud: salud integral de la madre y el padre adolescente. Salud sexual y reproductiva.		Desarrollo de su autonomía progresiva.	
2010	Plan Estratégico de la Asociación Demográfica Costarricense	Áreas estratégicas: 2.2.5. Garantizar programas de educación integral sobre temas de sexualidad, dirigidos a las personas jóvenes y poblaciones en condiciones de pobreza y vulnerabilidad. 2.1. Acceso universal a la salud sexual y reproductiva.		Áreas estratégicas. 2.2.1. Lograr el reconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos como derechos humanos. 2.1.2. Mantener ante los medios de comunicación una imagen como fuente de información de salud sexual y salud reproductiva.	Cuenta con un programa para adolescentes y jóvenes con dos proyectos: 1) prevención del embarazo adolescente, y 2) red nacional de jóvenes (participación). Cuenta con campañas relativas a SSR: 1) Acceso Universal a la SR, 2) Conéctate (a la prevención de ITS y embarazos adolescentes), 3) Radial educativa (a través de cuñas, vigente desde 2007), 4) Red DESER (educación integral para la sexualidad para la vida).
2011	Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA) 2010-2018.	Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia. Política pública de las personas jóvenes: aumentar educación para una sexualidad sana y segura, promoción de la mater-paternidad responsable en la adolescencia. Salud integral con enfoque multicultural, educación para la salud, salud integral de la madre y padre adolescentes, salud sexual y reproductiva, atención prenatal, parto y postparto.		Dirección de la Vigilancia de la Salud, Consejo de la Niñez, Comisión Nacional contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes (CONACOES), Comisión Nacional de Prevención y Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Personas Menores de Edad (CONASPE), Consejo Interinstitucional de Protección a la Madre Adolescente —Ley N° 7735 (1997), modificada por Ley N° 8312 (2002).	

(continúa)

Cuadro A.3 (continuación)

Año	Marco - Elemento	Lineamientos observados Educación	Salud	Enfoque – Perspectiva Actor objetivo - Institucionalidad	Sub-elementos Acciones observadas
Panamá					
2002	Ley N° 29.	Garantiza la salud y educación de la adolescente embarazada.		Para efectos de aplicación, se considera como adolescente a toda menor en proceso de gestación sin establecer rangos de edad.	
2005	Normas técnicas y administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de las y los adolescentes MINSA-CSS.	Guía de atención de Salud Reproductiva Infanto Juvenil (complemento de las normas de Salud de los Adolescentes).			
2007	Programa de Salud Integral de la Mujer. Programa de Planificación Familiar.	Se consideran programas educativos de prevención del embarazo adolescente y que promuevan la incorporación del varón en el cuidado de la SSR.		La píldora de emergencia es para todas las mujeres, incluyendo a las adolescentes en circunstancias de violación, uso incorrecto u olvido de método anticonceptivo, ruptura del condón o relación sexual no esperada sin protección.	
2008	Plan Nacional de Niñez y Adolescencia 2008-2012.	Programa de salud y atención al adolescente. Proyecto de Servicios Amigables para Adolescentes, en el marco de la cooperación y asistencia del UNFPA, cuyo resultado esperado es fortalecer el Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente. En función de este resultado se han realizado actividades de capacitación a equipos multidisciplinarios que trabajan con adolescentes, a organizaciones no gubernamentales y jóvenes promotores en temas de SSR, VIH/Sida, así como sensibilización sobre servicios amigables.		Existe una consejería que da particular atención a los y las adolescentes desde el marco de los métodos anticonceptivos. Tienen un indicador: porcentaje de adolescentes que han recibido educación sobre salud sexual en la escuela.	
Nicaragua					
1998	Ley N° 287, Código de la Niñez y la Adolescencia.	Art. 44 Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a recibir una educación sexual integral, objetiva, orientadora, científica, gradual y formativa, que desarrolle su autoestima y el respeto a su propio cuerpo y a la sexualidad responsable; el Estado garantizará programas de educación sexual a través de la escuela y la comunidad educativa.		2011: Normativa para la Restitución de Derechos y Protección Especial de Niñas, Niños y Adolescentes cuando sean abusados y explotados sexualmente, a cargo del Ministerio de la Familia, la Niñez y la Adolescencia. “Guías de Atención de Salud Reproductiva Infanto Juvenil”.	

(continúa)

(continúa)

Cuadro A.3 (continuación)

Año	Marco - Elemento	Lineamientos observados Educación Salud	Enfoque – Perspectiva Actor objetivo - Institucionalidad	Sub-elementos Acciones observadas
2002	Ley N° 423, Ley General de Salud.	Artículo 32. La atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud.		
2002	Ley N° 392, Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud y su reglamento.	Art. 5. Las y los jóvenes tienen derecho a: 4. Recibir una educación sexual, científica en los centros educativos como una materia más del pensum académico desde quinto grado de educación primaria y ejercer los derechos reproductivos y sexuales con responsabilidad, para vivir una sexualidad sana, placentera prepararlos para una maternidad y paternidad responsable. Artículo 17. La Comisión Nacional de Educación introducirá en los planes educativos los elementos necesarios para brindar a la juventud una educación sana y responsable que promueva el respeto de los derechos sexuales y reproductivos, así como una educación en la sexualidad que evite los embarazos no deseados entre la población joven. Artículo 16. Garantizar de forma gratuita la educación primaria y secundaria, por lo cual ningún joven será excluido(a) del sistema estatal de educación por razones económicas, políticas, culturales, religiosas o de sexo, y de forma particular las adolescentes por razones de embarazo o lactancia.		

(continúa)

Cuadro A.3 (continuación)

Año	Marco - Elemento	Lineamientos observados		Enfoque – Perspectiva	Sub-elementos Acciones observadas
		Educación	Salud	Actor objetivo - Institucionalidad	
2006	Decreto N° 20-2006, De la Política de Protección especial a los niños, niñas y adolescentes.	En el marco de Solidaridad para el Desarrollo ya se han definido cuatro categorías de proyectos que constituirán la red, entre los que se encuentran los proyectos de protección especial a la niñez y adolescencia en razón de la violación o amenaza de violación de sus derechos y que, por lo tanto, se ven enfrentados a situaciones de abandono, explotación sexual comercial, maternidad precoz, adicciones, incorporación al trabajo antes de los 14 años, conflictos armados, desastres naturales o ecológicos, tráfico de niños y niñas, discapacidad física o mental y violencia intrafamiliar.		La intervención estatal en resguardo de los derechos de los niños admite variadas formas y abarca diversos problemas, como la intervención para proteger al niño en contra de malos tratos por parte de sus padres, la protección del niño, niña o adolescente cuando carezcan de familia, sean refugiados o víctimas de conflictos armados, se encuentren en centros de protección o que trabajen y sean explotados económicamente, dependan del alcohol y las drogas; sean abusados y explotados sexualmente, sufran maltrato, padezcan de algún tipo de discapacidad, se trate de niñas y adolescentes embarazadas; cuando sean utilizados o se involucren en cualquier actividad ilícita, pero en todos, lo común es que la única justificación para esa intervención es dar efectividad y garantía a los derechos de los niños y no “protección a la sociedad” o al “orden público”.	
2008	Estrategia Nacional de Salud Reproductiva (ENSSR).	Como ejes de intervención se plantea el abordaje de: salud adolescente desde un enfoque de habilidades para la vida y de desarrollo humano; educación de la sexualidad; anticoncepción segura. Objetivo 1: Mejorar la calidad y oportunidad de la atención integral a la salud adolescente para la construcción del pensamiento crítico sobre el desarrollo del ejercicio de la sexualidad desde un enfoque de habilidades para la vida y de desarrollo humano. Objetivo 2: Promover la sexualidad responsable y sana impulsando el acceso universal a la educación de la sexualidad integral y científica, en un marco de derechos y acorde con la edad y cultura. Aseguramiento de Insumos en Salud Sexual y Reproductiva (AISSR): presenta una oportunidad para asegurar un acceso más equitativo a insumos y servicios de planificación familiar		La ENSSR considera la atención diferenciada de la salud sexual y la salud reproductiva de los grupos poblacionales definidos por el Modelo de Salud Familiar y Comunitario: niñez, adolescentes, adultos y adultos mayores, y define formas concretas y específicas de prestaciones de servicios de salud para cada grupo. Comisión Técnica de SSR: carácter institucional que conduce el proceso de formulación, actualización e implementación de la ENSSR, da seguimiento y evalúa las acciones que se realizan.	Documento que cuenta con un sistema de indicadores y seguimiento para su evaluación. Comisión Nacional de SSR: intersectorial.

(continúa)

Cuadro A.3 (continuación)

Cuadro A.6 (continuación)					
Año	Marco - Elemento	Lineamientos observados		Enfoque – Perspectiva	Sub-elementos
		Educación	Salud	Actor objetivo - Institucionalidad	Acciones observadas
2008	Ley de Igualdad de Derechos y Oportunidades.	Art. 23: Las instituciones estatales deben diseñar, ejecutar, evaluar políticas, planes, programas y proyectos, que deben aplicarse conforme a los siguientes lineamientos: 11) El Estado garantizará que las niñas y adolescentes que durante el período escolar resulten embarazadas, no podrán ser objeto de discriminación, maltrato, ni exclusión por su condición, en ninguna institución pública y privada. Art. 25. El Ministerio de Salud en el diseño, ejecución y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos, debe aplicar los siguientes lineamientos generales: 2) Impulsar programas de educación y servicios integrales de salud sexual y reproductiva que promuevan el acceso universal de mujeres y hombres a los mismos, así como informar a los y las adolescentes del cuidado y manejo responsable de la sexualidad, en coordinación con los programas de educación de esta materia. 4) Facilitar en forma oportuna y adecuada a mujeres y adolescente con embarazos de riesgo, la prestación de servicios médicos especializados para el cuidado de la salud de la madre y su hijo, y atención psicológica en sus períodos pre y post natal; también incentivar proyectos de casas albergues. Instituto Nicaragüense de la Mujer: ejecutar, monitorear y evaluar el Plan Nacional de Lucha contra la violencia intrafamiliar y sexual a la mujer, niñas, niños y adolescentes como parte de las acciones.			

(continúa)

Cuadro A.3 (conclusión)

Año	Marco - Elemento	Lineamientos observados		Enfoque – Perspectiva Actor objetivo - Institucionalidad	Sub-elementos Acciones observadas
		Educación	Salud		
2008	Programa Voz Joven.	Mejorar el acceso a información y servicios de SSR y derechos reproductivos.			Informes basados en indicadores, tasas de fecundidad adolescente, porcentaje de mujeres adolescentes alguna vez embarazadas, entre otros. Iniciativa que en su inicio, en 1998, se apoyó en el UNFPA y la Asociación de Municipios de Nicaragua; actualmente se apoya en los Gobiernos Regionales de la Costa Caribe, con una implementación gradual a lo largo de cinco años (2008-2012).
2008	Centro de Salud Reproductiva para Adolescentes del Hospital Bertha Calderón. Unidad jerárquica de la Dirección General del Sistema de Atención Integral en Salud (SILAIS).	"Prevención del VIH en jóvenes usando un Marco Conceptual de Derechos Humanos para la Prevención del VIH en Jóvenes en América Central y el Caribe 2008-2013". Posee un instrumento llamado Conversatorio en salud sexual y reproductiva en adolescentes.			
2011	Módulo I: Consejería para adolescentes. Módulo II: Pautas prácticas para la consejería de adolescentes. Módulo III: Consejería en temas específicos.	Utilizan el modelo de consejería CETE (Construcción de Entendimiento mutuo, Exploración, Toma y ejecución de decisiones). Consejería sobre sexualidad y anticoncepción con juegos eróticos, sobre ITS y para la prueba de VIH.		El enfoque que intentan instaurar es formador, intercultural y de equidad de género.	

Fuente: Elaboración propia.



NACIONES UNIDAS

Serie**CEPAL****Población y Desarrollo****Números publicados**

**Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en
www.cepal.org/publicaciones**

107. Reproducción temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos, Jorge Rodríguez Vignoli, (LC/L.3636), (US\$ 10.00), 2013.
106. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: Avances en América Latina, 2009-2001, Katherine Páez, (LC/L.3508), (US\$ 10.00), 2012.
105. Migración interna y sistema de ciudades en América Latina: intensidad, patrones, efectos y potenciales determinantes, censos de la década de 2000, Jorge Rodríguez Vignoli, (LC/L.3351), (US\$ 10.00), 2011.
104. La crisis actual y la salud, Álvaro Franco Giraldo, (LC/L.3318-P), N° de venta: S.11.II.G.37 (US\$ 10.00), 2011.
103. Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real, María Fernanda Stang Alva, (LC/L.3315-P), N° de venta: S.11.II.G.33 (US\$ 10.00), 2011.
102. La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo – 1994, Laura Rodríguez Wong e Ignez H. O. Perpétuo, (LC/L.3314-P), N° de venta: S.11.II.G.32 (US\$ 10.00), 2011.
101. Evaluación de la experiencia censal reciente sobre vivienda y hogar, Camilo Arriagada Luco, (LC/L.3312-P), N° de venta: S.11.II.G.30 (US\$ 10.00), 2011.
100. La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos, Sandra Huenchuan, (LC/L.3308-P), N° de venta: S.11.II.G.27 (US\$ 10.00), 2011.
99. Familia y nupcialidad en los censos latinoamericanos recientes: una realidad que desborda los datos, Magda Ruiz Salguero y Jorge Rodríguez Vignoli, (LC/L.3293-P), N° de venta: S.11.II.G.15 (US\$ 10.00), 2011.
98. Viejos y nuevos asuntos en las estimaciones de la migración internacional en América Latina y el Caribe, Laura Calvelo, (LC/L.3290-P), N° de venta: S.11.II.G.12 (US\$ 10.00), 2011.
97. Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva, Maren Andrea Jiménez y Jorge Rodríguez Vignoli, (LC/L.3276-P), N° de venta: S.11.II.G.9 (US\$ 10.00), 2011.
96. Inserción laboral y acceso a mecanismos de seguridad social de los migrantes en Iberoamérica, Alicia Maguid y Viviana Salinas Ulloa, (LC/L.3265-P), N° de venta: S.10.II.G.70 (US\$ 10.00), 2010.
95. Migración y salud en zonas fronterizas: informe comparativo sobre cinco fronteras seleccionadas, Alejandro I. Canales, Jorge Martínez Pizarro, Leandro Reboiras Finardi y Felipe Rivera Polo, (LC/L.3250-P), N° de venta: S.10.II.G.55 (US\$ 10.00), 2010.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org.

Nombre:

Actividad:

Dirección:

Código postal, ciudad, país:

Tel.:.....Fax:.....E.mail:.....