

Salud Sexual y Reproductiva Adolescente en el Comienzo del Siglo XXI en América Latina y el Caribe



FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS
EQUIPO DE APOYO TÉCNICO PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACION, BUENOS AIRES, ARGENTINA (CENEP)

RECONOCIMIENTO

UNFPA agradece la colaboración de la Dra. **Edith Alejandra Pantelides** (CENEP-CONICET), quien elaboró el documento y participó como directora del estudio, **Sonia Mychaszula** y **Magali Gaudio**, que produjeron la información de base y **Carolina Peterlini**, que participó en la búsqueda y sistematización de la bibliografía.

UNFPA agradece la colaboración brindada para la realización de este documento al Centro de Estudios de Población, Buenos Aires, Argentina (CENEP).

Coordinación:

Silvia Franco, Asesora en Promoción de Salud Sexual y Reproductiva, con Énfasis en Adolescentes.
Rogelio Fernández-Castilla, Director del Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe, UNFPA.

Diseño: Moni Kaminsky

Este documento debe ser citado como UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. ISBN # 0-89714-830-4

Diciembre 2005



United Nations Population Fund
220 East 42nd Street
New York, NY 10017

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe

Tabla de contenidos

Introducción	4
Sexualidad	6
Conocimiento del cuerpo y de las funciones reproductivas.....	6
La virginidad.....	7
La iniciación sexual	7
<i>Antecedentes</i>	7
<i>Tendencias recientes</i>	8
La iniciación sexual según características socioeconómicas y culturales	10
Anticoncepción y Aborto	15
La distancia entre conocimiento y uso de anticonceptivos	15
Conocimiento de métodos anticonceptivos	15
Conocimiento de la fuente de suministros	20
Uso de métodos anticonceptivos	21
<i>Uso de anticonceptivos según estado conyugal</i>	21
<i>Diferencias en el uso de anticonceptivos según características socioeconómicas</i>	23
<i>Necesidad insatisfecha de anticoncepción</i>	25
Aborto.....	26
Conclusiones.....	27
Las Adolescentes Frente al SIDA	28
Conocimiento sobre el SIDA.....	28
Percepción del riesgo de contagio	34
Fecundidad en la Adolescencia	37
Factores que inciden en la ocurrencia de embarazos en la adolescencia	37
Situación actual y tendencia de la fecundidad en la adolescencia	38
Aportes de las adolescentes a los nacimientos	39
La maternidad en la adolescencia seegún características socioeconómicas	43
Mortalidad Materna y Atención Prenatal y del Parto	47
La mortalidad materna adolescente	47
Atención prenatal.....	48
La atención del parto.....	55
Violencia	59
Conclusiones	61
Anexos	
Anexo 1: Notas Metodológicas.....	62
Anexo 2: Cuadros Complementarios	65
Listado de Cuadros	67
Referencias Bibliográficas	69

Introducción

La salud sexual y reproductiva adolescente ha sido objeto de intensa preocupación por parte de los científicos, los gobiernos y los profesionales de la salud, así como de diversos organismos del sistema de las Naciones Unidas y de otras organizaciones y fundaciones. Esta preocupación tiene como motivos disparadores explícitos la alta fecundidad adolescente, el aumento de la misma, los riesgos que ésta implicaría para la salud de la madre y los hijos, las desventajas educativas y económicas que traería aparejada. Sin embargo, esos argumentos no son siempre sostenidos por la evidencia¹ y son varios los autores que así lo muestran y que sugieren otros motivos para que el interés en el tema apareciera en el momento histórico en que lo hizo (Luker, 1997; Pantelides, 2004; Stern, 1997; Stern y García, 2001).

En cuanto a la preocupación por los posibles efectos negativos de la maternidad adolescente sobre los hijos, este argumento tampoco parece sostenerse ya que la investigación muestra que dichos efectos (bajo peso al nacer, mortalidad infantil) son atribuibles a la situación socioeconómica de la madre más que a su edad (Reichman y Pagnini, 1996). Otros efectos negativos propuestos en relación a la incapacidad de las adolescentes para la crianza también han sido desacreditados.

Que los motivos de la preocupación no sean los aducidos no quiere decir, sin embargo, que debamos desentendernos del asunto, pues tener hijos en la adolescencia sin duda diseña una trayectoria de vida que no todas las madres adolescentes –probablemente ni siquiera la mayoría– hubiera elegido y porque el embarazo y la maternidad no es el único problema de salud sexual y reproductiva que los y las adolescentes enfrentan. El ejercicio saludable de la sexualidad libre de violencia y de enfermedades de transmisión sexual es una meta a la que muy pocos adolescentes tienen acceso. No es un dato menor, además, que son los más pobres entre los jóvenes y los que pertenecen a grupos marginalizados por su raza o etnia los que menos control pueden ejercer sobre su vida reproductiva, por falta de información, por falta de medios y por barreras al acceso a los servicios de salud.

También es importante poner el foco en la adolescencia porque se trata de un sector de la población cuyos derechos, y en particular los derechos sexuales y reproductivos, no han recibido la suficiente atención. Los derechos sexuales y reproductivos son parte integral de los derechos humanos proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, reconocidos internacionalmente, y de otros instrumentos internacionales como la Convención sobre la

Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño, pero su aplicación a la adolescencia es todavía precaria e incluso cuestionada. Los derechos que tienen mayor importancia en relación al tema de este trabajo son el derecho a la integridad física, a la salud, a la no discriminación, a la sobrevivencia, a decidir libremente sobre el número y espaciamiento de los hijos (Shepard, 2004: 142), a la información y a la privacidad.

El propósito de este trabajo es actualizar los indicadores de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes de América Latina y el Caribe y aportar información de índole cualitativa que ayude a enriquecer el análisis. Para ello recurriremos a fuentes secundarias (encuestas, censos) y a trabajos de otros autores. Las encuestas disponibles son las de la serie de Encuestas Demográficas y de Salud (EDS o DHS por sus iniciales en inglés) y encuestas de salud llevadas a cabo con el apoyo del Center for Disease Control (CDC) de los Estados Unidos de América, además de las encuestas de los propios países. El detalle puede encontrarse en el Anexo Metodológico. Un importante antecedente lo constituirá el trabajo de Guzmán y colaboradores (2001) del Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe.

Si bien la Organización Mundial de la Salud considera como adolescencia el período que va entre los 10 y los 19 años, es poca la información que se tiene para los y las menores de 15 años, ya que no suelen estar incluidos en las encuestas que indagan sobre aspectos de la salud reproductiva. Es por ese motivo, precisamente, que en este trabajo el análisis se limitará a los y las jóvenes de entre 15 y 19 años.

El interés por la salud sexual y reproductiva adolescente ha estado tradicionalmente limitado a las mujeres de ese grupo de edad. Sin embargo, ya se está extendiendo la comprensión de que es necesario incluir en ese interés a los varones, tanto porque la salud de las mujeres requiere de su cooperación, como porque su propia salud sexual y reproductiva se ve afectada por la falta de información y de acceso a servicios. Es todavía escasa la información que sobre ellos se tiene, lo que se ve reflejado en este trabajo, en el cual la mayor parte de la información se refiere exclusivamente a las adolescentes mujeres.

El trabajo consta de seis capítulos, Los tres primeros tratan sobre los adolescentes frente a la sexualidad, la anticoncepción y el Sida. Luego se aborda la fecundidad en la adolescencia, la mortalidad materna y los cuidados prenatales y del parto entre madres adolescentes y finalmente la violencia contra las adolescentes, en particular, la violencia sexual. En las conclusiones se ha

1 Para un breve análisis de la evidencia véase Pantelides (2004).

procurado condensar los principales hallazgos en un intento por mostrar cuáles son las poblaciones más vulnerables.

Un anexo metodológico provee las definiciones de las variables medidas en las encuestas que fueron la fuente más

importante de información. Una lectura cuidadosa de esas definiciones permite evaluar hasta qué punto las estadísticas de distintos países son comparables. El anexo metodológico también contiene una lista de las fuentes de información.

Sexualidad

Dice DeLamater (1981:263) en un texto ya clásico “Mientras el potencial para una conducta sexual es provisto por la biología humana, la investigación cultural comparada ha puesto en claro que los factores socioculturales determinan cómo ese potencial es expresado”² Cada vez más se acepta que la sexualidad no debe ser considerada “como un fenómeno ‘natural’, sino como el producto de fuerzas históricas y sociales” (Weeks, 1998:19). Cada sociedad establece las situaciones y los actores que pueden estar involucrados en las interacciones sexuales y establece límites, es decir, define las conductas sexuales permisibles (Gagnon y Simon, 1973, citado en DeLamater, 1981). Pese a que el reconocimiento de la sexualidad como fenómenos social no es reciente, sólo recientemente ha comenzado a ser considerada objeto legítimo de investigaciones sociales (Vance, 1991), bajo el impulso dramático proveniente de la epidemia del Sida, que puso en evidencia la falta de conocimientos sobre el tema.

La investigación sobre sexualidad con datos cuantitativos sólo puede rozar la superficie de tan complejo fenómeno: las encuestas no permiten internarse en la intimidad. A partir de ellas sólo se podrán abordar cuestiones de conocimientos y algunas pocas prácticas, como la iniciación sexual. Las investigaciones cualitativas acercarán elementos interpretativos desde el ángulo de las ciencias sociales, pero aún en ese tipo de investigación los temas de la sexualidad que se han abordado desde las ciencias sociales son limitados

CONOCIMIENTO DEL CUERPO Y DE LAS FUNCIONES REPRODUCTIVAS

La adolescencia es el período en que se desarrolla la identidad de género, la que incluye el conocimiento sobre el propio cuerpo y las funciones sexuales (DeLamater, 1981: 27). Durante la adolescencia “se adjudican significados a las diferencias corporales asociadas a los órganos sexuales y los roles reproductivos” (Fuller, 1998:2) o, como dice Connell (2002:7) “las diferencias reproductivas corporales son la arena en que se definen las relaciones de género”.

Son pocas las investigaciones encontradas que abordaron el tema del conocimiento del cuerpo y de las funciones reproductivas. En una investigación ya algo lejana de Pantelides, Bianculli y Strajilevich (Pantelides y Cerrutti, 1992) se indagaba sobre la visión del propio cuerpo y el del sexo opuesto entre adolescentes de 13 a 19 años de varones y mujeres que concurrían a servicios de adolescencia de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires y otro de la

ciudad de Puerto Madryn (provincia de Neuquén), Argentina. Allí se encontró que –ya fuera por vergüenza, por carecer del lenguaje apropiado o por no tenerlos integrados a la imagen corporal– era infrecuente que los genitales fueran parte de la descripción de los cuerpos, salvo cuando se trataba de establecer diferencias entre los cuerpos de mujeres y varones. También se encontró que aunque los adolescentes eran generalmente capaces de describir el desarrollo sexual de la mujer (con eje en la menarca) les era difícil, sobre todo a las mujeres, hacer lo mismo respecto a los varones. Finalmente, también eran pocos los que identificaban correctamente el momento del ciclo menstrual en que existe riesgo de embarazo.

Más cerca en el tiempo Ampuero Sala (1999) vuelve a encontrar el mismo desconocimiento en adolescentes de cuatro ciudades del Perú: Ayacucho, Puno, San Martín y Ucayali. Y Ehrenfeld (1999) señala la notable ignorancia sobre la anatomía y fisiología del propio cuerpo entre adolescentes embarazadas o que habían tenido un aborto, atendidas en un servicio de ginecología de un hospital de México. Lo mismo señalan Checa, Erbaro y Schwartzman (2003: 178) respecto a adolescentes usuarias de servicios de adolescencia de 4 hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires: “... la información que (...) reciben los adolescentes sobre su cuerpo, el ciclo reproductivo y los métodos anticonceptivos es generalmente escasa, en muchos casos confusa, distorsionada e imbricada en el imaginario de género que portan los principales emisores: la familia, el grupo de pares, la escuela y los servicios de salud.” Confusión y desconocimiento sobre el ciclo menstrual y el momento en que la mujer puede quedar embarazada fueron también encontrados por Zamberlin (2003) entre los varones de 15 a 19 años de sectores populares del Gran Buenos Aires.

Se trata de temas sobre los que es difícil la comunicación, como encontró Benítez (1996) en una investigación entre mujeres de 11 a 18 años de sectores urbanos marginales de Paraguay: los cambios biológicos que se dan al inicio de la pubertad son un tema tabú y “aun cuando las madres son conscientes de que las adolescentes ‘hablan del tema’ con sus pares, o se enteran por la televisión, no pueden superar la barrera del silencio frente al sexo...” (Benítez, 1996: 36). Otras investigaciones dan cuenta de similares hallazgos, como la de Roblin de Pareja y Ballon (1996) en áreas rurales y urbanas de Bolivia con poblaciones bilingües (castellano, quechua y aymara), aunque es posible que esta situación haya cambiado algo desde entonces en estas poblaciones.

2 Nuestra traducción.

LA VIRGINIDAD

La valoración de la virginidad aún está presente entre muchos de los adolescentes de América Latina y el Caribe, tal como lo muestran investigaciones realizadas en diferentes contextos sociales y diferentes países. Se espera que la mujer llegue virgen al matrimonio pero que el varón tenga experiencias sexuales previas al mismo, paso necesario para convertirse en hombres (Ampuero Sala, 1999; Amuchástegui, 2001; Castañeda, Castañeda y Brindis, 2001; Quintana Sánchez y Vásquez del Águila, 1997; Rivas Zivy, 1996). Estos mandatos diferenciales, según una interesante interpretación de Amuchástegui (2001) referida a México, pero que podría aplicarse a otros contextos, tendrían caracteres distintos: la prescripción de virginidad para las mujeres sería “oficial y dominante” y provendría del catolicismo, mientras el mandato de inicio temprano de la actividad sexual que pesa sobre los hombres sería “local y no oficial”, expresado por los pares y otros miembros de las comunidades. Castañeda, Castañeda y Brindis (2001), basándose en una investigación realizada en comunidades de Morelos y Chiapas (México) hacen otra distinción interesante entre el mandato de virginidad sobre cuyo cumplimiento la comunidad ejercería un control coercitivo y el mandato que alienta a los hombres a tener relaciones sexuales sobre el cual la comunidad ejercería un control prescriptivo. Estos autores encuentran que, en las sociedades que estudiaron, la virginidad es importante en la vida de los adolescentes y que es algo muy frágil “... ya que no solamente se deja de ser virgen con la ruptura del himen o por alguna otra causa ‘sobrenatural’, sino también por saber o hablar de temas relacionados con el sexo.” (Castañeda, Castañeda y Brindis. 2001: 78).

Ampuero Sala (1999), en la investigación en Perú antes citada encuentra que la mayoría de los adolescentes de ambos sexos sostiene el mandato cultural sobre la virginidad de las mujeres y que ello sucede con más frecuencia entre las mujeres de la sierra y los hombres de la selva.

Hay que señalar que casi todas las investigaciones también registran indicios de una transición en las actitudes hacia concepciones más “permisivas” y también más acordes con las conductas reales. Así, Amuchástegui (2001), en su investigación con hombres y mujeres de un barrio de la ciudad de México, un pueblo rural y mestizo del estado de Guanajuato y un pueblo indígena de Oaxaca, observa que

“... aun cuando las prescripciones relacionadas con la virginidad femenina y con la forma como ocurre la primera relación sexual de los hombres están claramente presentes en los relatos de los participantes, ellos mismos hablan de incontables acciones y construcciones de resistencia y desobediencia...” (Amuchástegui, 2001: 114).

La misma autora señala que las jóvenes hablan de virginidad pero no la conservan y los hombres afirman que se debe rechazar a una novia si no es virgen pero no lo hacen (Amuchástegui, 2001: 416). También en México, Castañeda, Castañeda y Brindis (2001), registran discursos de

informantes de una comunidad de Morelos que aseguran que la norma de llegar virgen al matrimonio ya no se cumple.

En la población del distrito popular El Agustino de la ciudad de Lima en el Perú también la virginidad aparece como un tema controvertido. “En el plano del discurso, este mandato se encuentra relativizado por las y los adolescentes, encontrándose testimonios que incluso señalan que la virginidad ya no es un valor importante” (Quintana Sánchez y Vásquez del Águila, 1997: 87). Sin embargo, este discurso “abstracto”, señalan los autores, se modifica cuando se trata de la propia pareja o de un pariente cercano en cuyo caso la virginidad vuelve a ser importante. Del lado de las mujeres, los autores registran relatos que implican una cierta apertura, relatos que “...dan cuenta de la posibilidad que tiene la mujer de asumir su vivencia sexual, aunque esté siempre presente la transgresión del mandato de la virginidad” (Quintana Sánchez y Vásquez del Águila, 1997: 143).

LA INICIACIÓN SEXUAL

ANTECEDENTES

La iniciación sexual durante la adolescencia y sus características también han sido objeto de investigación, tanto en encuestas de alcance nacional como en otras a grupos específicos y a través de entrevistas y grupos focales destinados a comprender mejor las motivaciones y otros factores determinantes. Así, por ejemplo, Magnani y otros (2001) detectan factores psicosociales que son predictores de la probabilidad de haber tenido relaciones sexuales, entre los cuales se encuentra la percepción de “conexión” con la familia y, entre las mujeres, la autoestima, factores que, en la medida en que están presentes, se asocian con una menor probabilidad de haberse iniciado.

Como era de esperarse, son muchas las diferencias observadas entre varones y mujeres. En primer lugar, la iniciación sexual durante la adolescencia es más probable y más temprana entre los varones que entre las mujeres debido a la vigencia de las pautas ya mencionadas y de la doble moral sexual (Bianco, Re y Pagani, 1998 y Méndez Ribas, Necchi y Schufer, 1998 para adolescentes escolarizados de Buenos Aires; Magnani y otros, 2001, para estudiantes de nivel secundario en áreas urbanas del Perú; Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez, 1995 para adolescentes de clase baja y media-alta del Área Metropolitana de Buenos Aires).

Los motivos para la iniciación sexual también son diferentes en varones y mujeres y ello lleva a diferentes elecciones de la pareja con la cual iniciarse. En la investigación de Méndez Ribas, Necchi y Schufer (1998) arriba citada la mayoría de las mujeres dicen haber tenido su primera relación sexual con el novio, mientras que las respuestas de los varones son más variadas: una prostituta, la novia, pero también amigas. Las mujeres aluden a razones ligadas a la espontaneidad, el romanticismo, el amor mientras que los hombres hacen referencia a lo impulsivo e irreflexivo. Resultados similares encuentran Soto Cáceres (1998) en Lambayeque (Perú) y Bianco, Re y Pagani (1998) y

Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez (1995) en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Estas últimas autoras además muestran que el amor es la motivación para iniciarse que con mayor frecuencia aducen las jóvenes del Área Metropolitana de Buenos Aires, mientras que el deseo y la curiosidad impulsan a los varones; pocas veces el deseo es mencionado como motivación por las mujeres.

Comportamientos de violencia en la iniciación sexual fueron detectados en varios estudios. Estos son mencionados por algunos adolescentes varones paraguayos de sectores urbanos marginales quienes dicen que si la mujer se resiste a tener la relación se ven obligados a forzarla mediante golpes o violaciones colectivas; “las reiteradas referencias a que las niñas ‘buscan’ y los varones ‘necesitan’, dan fundamento a conductas [...] violentas...” (Benítez, 1996: 64). Relatos semejantes de coerción sexual en la iniciación aparecen también entre varones y mujeres adolescentes de un barrio marginal de Lima (Quintana Sánchez y Vásquez del Águila (1997).

En el estudio arriba citado de Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez (1995), 8% de las adolescentes de clase baja (pero ninguna de clase media-alta y ningún varón) se iniciaron bajo amenazas o fueron violadas. Entre adolescentes mujeres de la misma área geográfica que

concurrían a un servicio de adolescencia de un hospital público se encontró que el 6% se inició forzada y el 41% aceptó la relación pero hubiera preferido iniciarse en otro momento. El porcentaje de aquellas que se iniciaron porque lo querían plenamente aumenta a medida que aumenta la edad a la iniciación y a medida que aumenta el nivel de escolaridad (Pantelides y Geldstein, 1998). Es decir, que son las adolescentes más jóvenes las más vulnerables a todas las formas de coerción (Geldstein y Pantelides, 2003). Benítez (1996) recoge testimonios de que hay niñas que son introducidas en relaciones sexuales aún antes de la menarca.

La coerción puede tomar distintas características, desde la presión psicológica hasta la fuerza física (Geldstein y Pantelides, 2003; Quintana Sánchez y Vásquez del Águila, 1997). La presión psicológica suele estar apoyada en la insistencia, la seducción o en argumentos sobre la relación sexual como prueba de amor o sobre la necesidad imperiosa e indomable de los varones que debe satisfacerse con esa mujer o si no, con otra (la amenaza de abandono).

TENDENCIAS RECIENTES

En las encuestas de la segunda mitad del siglo XX, el porcentaje de adolescentes mujeres sexualmente iniciadas

Cuadro 1.1. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) sexualmente iniciados, por sexo. Últimos años disponibles

País	Fecha	% de iniciados	Fecha	% de iniciados
Mujeres				
Belice			1999	33.4
Bolivia	1998	19.6	2003	28.0
Colombia	1995	29.6	2000	40.1
Ecuador	1994	23.1	1999	25.2
El Salvador	1998	30.9	2002/3	32.4
Guatemala	1995	25.0	2002	23.4
Haití	1994/95	29.0	2000	34.3
Honduras	1996	34.6	2001	38.0
México			2003	26.1
Nicaragua	1997/98	36.1	2001	34.9
Paraguay			2004	35.8
Perú	1996	20.2	2000	22.2
Perú			2003	23.2
República Dominicana	1996	32.6	2002	36.5
Varones				
Belice			1999	36.4
Bolivia	1998	41.3	2003	41.2
El Salvador			2002/3	50.3
Guatemala			2002	40.1
Haití	1994/95	47.1	2000	52.2
Honduras	1996	49.6	2001	48.7
República Dominicana	1996	49.0	2002	48.7

Fuentes: Guzmán, Hakkert, Contreras y Falconier de Moyano (2001), datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

oscilaba entre alrededor de un quinto (Bolivia y Perú) y alrededor de una tercera parte (Honduras, Nicaragua y República Dominicana). En todos los países, en consonancia con lo hallado por los estudios comentados más arriba, el porcentaje de varones iniciados era siempre superior al de las mujeres. En los casos presentados en el cuadro 1.1 siempre superan el 40%.

En la mayoría de los países para los cuales se cuenta con dos relevamientos, se advierte un aumento en el porcentaje de mujeres iniciadas, pero el incremento es importante sólo en Bolivia, Colombia y Haití. Adviértase que en Perú, donde se cuenta con tres mediciones, el aumento es muy pequeño entre las dos primeras (1996 y 2000) y no ha habido cambios entre el 2000 y el 2003. En Guatemala y Nicaragua se registra un pequeño descenso. Y sólo hay algún cambio entre los varones de Haití. Debemos hacer aquí una advertencia, que

es válida para todo el trabajo. Por tratarse de muestras, diferencias pequeñas pueden estar dentro del margen de variabilidad. Ello en particular sucede con la muestra peruana de 2003.

Los patrones de iniciación por edad pueden verse en el cuadro 1.2, que muestra la distribución por edad a la iniciación de aquellos jóvenes *que se iniciaron en la adolescencia hasta el momento de la encuesta* (es decir, los que figuran en la columna del total del cuadro 1.1). El subrayado en la frase anterior es para llamar la atención sobre el hecho de que en el grupo de 15 a 19 años que se está analizando, todos los adolescentes menores a 19 años que todavía no tuvieron relaciones sexuales tienen todavía la “oportunidad” de hacerlo durante los años de adolescencia que les queda por vivir.

Cuadro 1.2. Países de América Latina y el Caribe. Distribución por edad a la iniciación de las mujeres y varones de 15 a 19 años sexualmente iniciados. Últimos años disponibles

País	Fecha	Total	Edad a la iniciación					
			Menos de 15	15	16	17	18	19*
Mujeres								
Bolivia	2003	100.0	22.2	25.1	24.3	16.9	9.5	2.0
Colombia	2000	100.0	24.7	25.1	24.8	16.0	8.2	1.2
El Salvador	2002/03	100.0	36.1	21.3	17.0	16.7	7.8	1.1
Guatemala	2002	100.0	31.5	26.9	19.6	13.0	7.6	1.4
Haití	2000	100.0	35.1	26.8	18.6	13.5	5.0	1.0
México	2003	100.0	18.8	25.5	24.7	16.7	10.8	3.5
Nicaragua	2001	100.0	31.4	26.2	22.5	13.7	5.4	0.8
Perú	2000	100.0	23.0	23.6	25.0	19.0	8.1	1.3
Perú	2003	100.0	17.2	27.2	21.6	19.4	11.9	2.7
República Dominicana	2002	100.0	35.5	25.3	19.5	12.8	5.6	1.3
Varones								
Bolivia	2003	100.0	36.8	27.7	18.2	13.6	*	0.2
El Salvador	2002/03	100.0	48.2	20.5	18.3	10.0	*	1.7
Guatemala	2002	100.0	37.1	28.3	22.0	*6.9	*	0.5
Haití	2000	100.0	54.5	21.0	12.1	7.8	*	0.4
República Dominicana	2002	100.0	38.0	29.8	20.5	*	*	0.7

Fuentes: * Menos de 25 casos en las celdas.

Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Se observa que entre una tercera y una cuarta parte, aproximadamente, de aquellas adolescentes que ya se habían iniciado al momento de la encuesta lo hicieron antes de cumplir los 15 años. Los valores más bajos –inferiores al 20%– se encuentran en las mediciones correspondientes a México y Perú (2003). La mayoría (entre el 66 y el 80%) ya se había iniciado antes de cumplir 17. En el otro extremo, nunca superan el 15% las adolescentes que se habían iniciado entre

los 18 y 19 años. En todos los países el modo de la distribución se encuentra en los 15 o los 16 años (cuadro 1.2).

En consonancia con el mandato social analizado en el punto anterior los varones deberían iniciarse más tempranamente que las mujeres. Ello en general es así, pero en dos de los cuatro países para los que se cuenta con datos, Guatemala y República Dominicana, las diferencias entre varones y mujeres no son muy marcadas.

Cuadro 1.3. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) sexualmente iniciados, por edad y sexo. Últimos años disponibles

País	Fecha	Edad a la fecha de encuesta					
		Total	15	16	17	18	19
Mujeres							
Bolivia	2003	28.0	8.1	17.7	28.6	40.9	53.6
Colombia	2000	40.1	14.4	27.3	41.6	52.9	62.1
El Salvador	2002/03	32.4	10.7	20.1	30.7	51.3	51.4
Guatemala	2002	23.4	8.5	16.6	24.1	35.0	40.0
Haití	2000	34.2	7.6	22.2	34.7	46.9	55.7
México	2003	26.1	5.8	17.7	23.2	38.2	49.9
Nicaragua	2001	34.8	13.0	21.9	35.8	46.8	57.6
Perú	2000	22.2	6.9	13.0	22.1	35.6	37.5
Perú	2003	23.2	3.3	13.3	21.2	34.2	46.2
República Dominicana	2002	36.5	13.5	23.3	41.4	47.5	57.8
Varones							
Bolivia	2003	41.2	16.1	25.5	47.6	60.9	70.4
El Salvador	2002/03	50.3	41.3	47.0	60.2	54.3	46.5
Guatemala	2002	40.2	18.8	25.3	38.1	56.5	65.2
Haití	2000	52.2	29.8	43.8	48.6	64.7	73.7
República Dominicana	2002	48.7	29.0	24.4	56.8	60.7	72.2

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Si bien no se cuenta con datos por cohorte para seguir la conducta de cada generación a medida que pasa el tiempo, si se asimila la información transversal con que se cuenta (cohorte hipotética) a la de una cohorte real puede observarse que a medida que se avanza en la edad, aumenta el porcentaje de adolescentes que ya se han iniciado (como es obvio). Hacia el final de la adolescencia, a la edad 19, una alta proporción –que en la mayoría de los países se acerca o supera al 50% entre las mujeres (con las excepciones de Bolivia, Guatemala, y Perú en el año 2000) y que va entre el 65 y el 74% entre los hombres (excepto en El Salvador)– ya se ha iniciado (cuadro 1.3).

El caso de las adolescentes de Perú es interesante, pues podría marcar una tendencia. Si se observan los cuadros 1.2 y 1.3 y se comparan los datos del 2000 con los del 2003 se advertirá que hay un descenso en el porcentaje de mujeres que se inician antes de los 15 años y un aumento en las que se inician a los 19, sin que ellos produzca un cambio en el porcentaje total de adolescentes sexualmente iniciadas. Puede ser un indicio, pequeño e incipiente, de una demora en el comienzo de la vida sexual activa.

LA INICIACIÓN SEXUAL SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES

La conducta reproductiva suele ser diferente en subsectores de la población definidos según el lugar de

residencia, el nivel socioeconómico, el nivel de educación y la pertenencia a etnias indígenas. Esto es así también para la conducta de iniciación sexual.

El lugar de residencia establece diferencias en el porcentaje de adolescentes que ya se han iniciado. Curiosamente, sin embargo, las diferencias no se dan en la misma dirección para varones y mujeres: mientras que en la mayoría de los casos hay un mayor porcentaje de iniciadas entre las adolescentes rurales que entre las urbanas (sobre todo en las fechas previas al 2000), entre los varones sucede lo contrario, con la excepción de Bolivia (cuadro 1.4).

La tendencia en el tiempo no es muy marcada, pero en general se observa que el porcentaje de sexualmente iniciadas urbanas tiende a subir mientras que entre las residentes rurales tiende a bajar o a permanecer igual con lo cual las diferencias urbano-rurales se achican. La excepción es Bolivia, donde sube el porcentaje de iniciadas tanto urbanas como rurales.

En los pocos países en que hay datos para los varones la tendencia es nuevamente opuesta a lo que sucede entre las mujeres: los porcentajes rurales suben y los urbanos bajan, pero el resultado es el mismo: las diferencias urbano-rurales se acortan. Cabe aquí señalar que el cuidado que debe tenerse en la interpretación de los porcentajes y de los cambios, debido a que se trabaja con muestras, debe ser redoblado en el caso de la población de varones, pues los tamaños muestrales son menores.

Cuadro 1.4. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) sexualmente iniciados, por lugar de residencia y sexo. Últimos años disponibles

País	Fecha	Total	Lugar de residencia		Fecha	Total	Lugar de residencia	
			Urbano	Rural			Urbano	Rural
Mujeres								
Bolivia	1998	19.6	17.0	27.6	2003	28.0	26.0	32.6
Colombia	1995	29.6	27.7	35.5	2000	40.1	39.9	40.5
El Salvador	1998	30.9			2002/3	32.4	31.9	33.0
Guatemala	1995	25.0	17.3	31.0	2002	23.4	19.1	26.4
Haití	1994/95	29.0	33.1	25.2	2000	34.2	34.8	33.6
México					2003	26.1	26.2	25.7
Nicaragua	1997/98	36.1	31.5	44.3	2001	34.9	30.8	41.2
Perú	1996	20.2	16.2	32.2	2000	22.2	18.1	31.6
Perú					2003	23.2	20.4	30.1
Rca. Dominicana	1996	32.6	28.9	39.6	2002	36.5	34.8	39.5
Varones								
Bolivia	1998	41.3	41.9	39.2	2003	41.2	39.7	44.6
El Salvador					2002/3	50.3	60.5	41.3
Guatemala					2002	40.1	41.6	39.2
Haití	1994/95	47.1	61.7	38.2	2000	52.2	59.9	47.1
Nicaragua	1997/98	58.7	61.1	51.9				
Perú	1996	45.3	46.1	43.9				
Rca. Dominicana	1996	49.0	56.0	41.0	2002	48.7	51.6	43.6

Fuentes: Guzmán, Hakkert, Contreras y Falconier de Moyano (2001), datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

El nivel de escolaridad también influye de manera diferente en la iniciación de varones y mujeres. Mientras que entre las mujeres a mayor nivel de educación menor es el porcentaje de sexualmente iniciadas, patrón que se repite en

todos los países para todas las fechas, casi sin excepción, entre los varones, se observa un patrón opuesto o no hay una relación definida (cuadro 1.5).

Cuadro 1.5. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) sexualmente iniciados según nivel de educación, por sexo. Últimos años disponibles

País	Fecha	Total	Nivel de educación (a)				Fecha	Total	Nivel de educación (a)			
			Ninguno	Primaria	Secundaria	Media y +			Ninguno	Primaria	Secundaria	Media y +
Mujeres												
Bolivia	1998	19.6	60.0	37.9	14.1	9.7	2003	28.0	*	37.3	22.1	27.9
Colombia	1995	29.6	59.1	42.8	23.8	25.4	2000	40.1	*	52.8	36.1	42.1
El Salvador	1998	30.9					2002/3	32.4	63.2	45.5	29.9	19.0
Guatemala	1995	25.0	44.8	30.0	8.5	...	2002	23.4	43.7	28.2	9.7	*
Haití	1994/95	29.0	30.8	29.0	27.7	...	2000	34.3	53.8	31.5	34.3	...
México							2003	26.1	57.9	33.5	27.9	19.6
Nicaragua	1997/98	36.1	65.1	48.7	21.6	17.1	2001	34.9	58.8	44.7	25.0	14.6
Perú	1996	20.2	57.4	39.2	15.9	8.5	2000	22.2	52.5	38.9	17.8	14.7
Perú							2003	23.2	*	46.5	19.4	21.0
Rca. Dominicana	1996	32.6	74.0	40.6	19.8	8.9	2002	36.5	74.0	47.9	27.0	22.8
Varones												
Bolivia	1998	41.3	*	41.4	39.5	58.3	2003	41.2	*	34.3	44.5	*
El Salvador							2002/3	50.3	...	58.2	41.4	70.7
Guatemala							2002	40.2	53.1	36.8	41.0	*
Haití	1994/95	47.1	27.1	43.8	63.4	...	2000	52.2	30.8	45.8	67.9	...
Rca. Dominicana	1996	49.0	44.0	46.8	54.3	...	2002	48.7	*	45.9	49.8	*

Notas: (a) Respecto a las definiciones de los niveles de educación en cada país, ver el anexo metodológico.

* Menos de 25 casos en la celda.

... No hay información.

Fuentes: Guzmán, Hakkert, Contreras y Falconier de Moyano (2001), datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

En las encuestas de fines de los 90 las diferencias relativas más importantes en los porcentajes de mujeres iniciadas se daban al pasar del nivel primario al secundario y de éste al medio y más,³ en la ronda de encuestas más reciente ya las diferencias en el porcentaje de iniciadas según nivel de educación son un poco menos notables, en particular en aquellos países donde ha aumentado el porcentaje de iniciadas en el nivel medio y superior: Bolivia, Colombia y Perú (en el 2000 y nuevamente en el 2003).

Mención especial merece el caso de Haití, donde en 1994/95 el nivel de educación no establecía diferencias importantes en el porcentaje de mujeres sexualmente iniciadas, cosa que sí ocurre en el 2000, debido a un gran aumento de dicho porcentaje entre las que carecen de educación. En este caso, como en otros que se irán viendo a lo largo del trabajo, algunas cifras de la encuesta de Haití de 1994/95 parecen dudosas a la luz de los valores más recientes.

Cuadro 1.6. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) sexualmente iniciados según nivel socioeconómico, por sexo. Últimos años disponibles

País	Fecha	Total	Nivel socioeconómico (a)		Fecha	Total	Nivel socioeconómico (a)	
			Más bajo	Más alto			Más bajo	Más alto
Mujeres								
Bolivia	1998	19.6	26.3	13.6	2003	28.0	38.2	21.3
Colombia	1995	29.6	34.2	24.1	2000	40.1	44.8	37.1
El Salvador	1998	30.9			2002/3	32.4	38.4	25.2
Guatemala	1995	25.0	33.2	16.3	2002	23.4	40.2	14.8
Haití	1994/95	29.0	26.9	30.7	2000	34.3	29.3	32.7
Nicaragua	1997/98	36.1	45.3	25.3	2001	34.9	48.9	23.0
Perú	1996	20.2	28.2	11.5	2000	22.2	40.2	10.8
Varones								
Bolivia					2003	41.2	38.4	48.5
El Salvador					2002/03	50.3	50.9	56.7
Guatemala					2002	40.2	34.5	44.1
Haití					2000	52.2	43.8	62.7

Notas: (a) Respecto a los criterios para determinar el nivel socioeconómico, ver el anexo metodológico.

Las encuestas de 1995 de Guatemala pertenece a la serie de DHS y la de 2002 a las del CDC, por lo cual los datos no son estrictamente comparables.

Fuentes: Guzmán, Hakkert, Contreras y Falconier de Moyano (2001), datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

El nivel socioeconómico, como era de esperarse, también determina diferencias en el porcentaje de sexualmente iniciados,⁴ pero nuevamente estas diferencias no tienen la misma dirección entre varones y mujeres. Mientras que el porcentaje de iniciadas entre las mujeres que pertenecen a hogares que están en el nivel superior de la escala es menor que el de aquellas que se encuentran en el nivel inferior (con la excepción de Haití), entre los varones sucede lo contrario.

Si se comparan los resultados de la segunda ronda de encuestas con la primera se observa un aumento en el

porcentaje de sexualmente iniciadas entre las adolescentes de nivel socioeconómico bajo y aumentos y disminuciones entre las de nivel alto. Los aumentos en el nivel socioeconómico bajo son pequeños en Haití y Nicaragua, pero muy importantes en Colombia, Guatemala y Perú. En Colombia también es importante el aumento del porcentaje de iniciadas entre las jóvenes de nivel alto, mientras que en los demás países, tanto aumentos como disminuciones entre esas jóvenes son poco importantes.

³ Esta clasificación de niveles de escolaridad es el que adoptan las encuestas, pero no es clara la diferencia entre secundario y medio.

⁴ Véase también Magnani y otros (2001) para zonas urbanas del Perú.

Cuadro 1.7. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) sexualmente iniciados según pertenencia a un grupo indígena, por sexo. Últimos años disponibles

País	Fecha	% sexualmente iniciados	
		en el total	entre los indígenas (a)
Mujeres			
Bolivia	2003	28.0	24.3
Guatemala	2002	23.4	26.8
México	2003	26.1	24.5
Nicaragua	2001	34.9	43.6
Perú	2000	22.2	34.4
Perú	2003	23.2	34.1
Varones			
Bolivia	2003	41.2	34.8
Guatemala	2002	40.2	28.0

Nota: (a) Respecto a qué grupos étnicos se incluyen en cada país, ver el anexo metodológico.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

En algunos pocos países las encuestas incluyeron una pregunta que permite identificar a las mujeres pertenecientes a los pueblos originarios. Las preguntas fueron diferentes en cada país. En Guatemala se decidía por observación de la encuestadora, quien debía clasificar a la población en indígena, ladino y otros. En México se le mencionaban a la entrevistada un cierto número de grupos étnicos y se le pedía que dijera si pertenecía a alguno de ellos. En Nicaragua la pregunta era sobre el idioma o lengua hablada desde la niñez. En Perú se preguntaba por el idioma habitual en el hogar.

En dos de los cinco países donde se recogió información sobre pertenencia a grupos étnicos (Guatemala y México) el porcentaje de adolescentes mujeres sexualmente iniciadas no difiere significativamente entre las indígenas y el promedio de la población adolescente femenina. Esa diferencia sí es observable en Nicaragua y Perú (tanto en el 2000 como en el 2003) donde es significativamente mayor el porcentaje de iniciadas entre las adolescentes indígenas. Sólo en Bolivia y Guatemala hay datos para los varones, y allí sucede lo contrario que con las mujeres: el porcentaje de iniciados es mayor en la población total que entre los indígenas.

En resumen, se advierte un aumento del porcentaje de adolescentes sexualmente iniciadas⁵ en el escaso tiempo que va de la segunda mitad de los 90 a los primeros años del siglo XXI, aumento que difícilmente pueda explicarse por factores demográficos tales como cambios en la estructura por edad o por estado conyugal.

Entre las iniciadas, la mayor parte lo ha hecho antes de cumplir 17 años; entre aquellas que están ya saliendo de la adolescencia, a los 19 años, el porcentaje de iniciadas supera en 50% en la mayoría de los países.

Los factores sociales y culturales, tales como la residencia urbana o rural, el nivel educativo, el nivel socioeconómico o la pertenencia a un grupo étnico determinan diferencias en la proporción de las mujeres que se inician antes de cumplir 20 años. Estas diferencias son en la dirección “esperada” para las mujeres: hay un porcentaje mayor de iniciadas entre las adolescentes rurales, entre las de menor nivel educativo, entre las de menor nivel socioeconómico y entre las que pertenecen a un grupo étnico, aunque las diferencias tienden a atenuarse en el tiempo. Entre los varones, sin embargo, la dirección de las diferencias es en general la opuesta. Una explicación posible es que la vulnerabilidad social, que en las mujeres se manifiesta en una iniciación temprana, muchas veces no querida (Geldstein y Pantelides, 2003), tiene en los hombres otra manifestación: la falta de recursos relacionales, cognitivos y económicos que les permitan “acceder” a las mujeres.

5 No hay suficientes casos como para poder afirmar algo sobre los varones.

Anticoncepción y Aborto

LA DISTANCIA ENTRE CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS

La preocupación por el embarazo en la adolescencia tiene, como una de sus consecuencias lógicas, el interés por estudiar los conocimientos y prácticas anticonceptivas de ese segmento de la población. En general las investigaciones adoptan, explícita o implícitamente, un modelo de pensamiento según el cual el conocimiento de métodos anticonceptivos es una condición previa necesaria para su uso y la mayoría demuestra que el conocimiento de anticonceptivos es generalizado entre los adolescentes. Sin embargo, como se observa también con otras conductas preventivas, el conocimiento no es una condición suficiente y existe una brecha entre ambos momentos (Ampuero Sala, 1999; Roblin de Pareja y Ballon, 1996; Berglund y otros, 1997). Es verdad que la medición de ese conocimiento se ha hecho casi siempre con instrumentos simples: se dice que alguien conoce un método si es capaz de nombrarlo y/o reconocerlo cuando se lo nombra. Esa es también la manera adoptada en las encuestas que aquí se analizan: luego de una introducción que avisa que se preguntará sobre planificación familiar, las diferentes maneras o métodos que una pareja puede usar para postergar o evitar un embarazo, se pregunta “¿sobre qué maneras o métodos ha oído usted hablar?” y se deja que la persona conteste espontáneamente. Luego, para los métodos no mencionados espontáneamente se pregunta “¿alguna vez ha escuchado usted sobre el...?” y se menciona el método. Los métodos tienen un nombre y una descripción, e incluyen tanto métodos modernos como tradicionales (lactancia, ritmo, retiro), además de la esterilización femenina y masculina y, en sus últimas versiones, la contracepción de emergencia.

Quizás una de las explicaciones del por qué de la distancia entre conocimiento y uso se encuentre en esta forma de definir el conocimiento, que no indaga más allá del nombre del anticonceptivo. También, como señalan Roblin de Pareja y Ballon (1996), puede que esa falta de “aplicación” del conocimiento se deba a que se lo ha adquirido sobre todo a través de los medios de comunicación, la escuela y los programas de salud, los que transmiten un mensaje impersonal, en lugar de serlo a través de relaciones interpersonales que transmiten conocimientos sustentados en la experiencia.

Una razón para no usar anticonceptivos típicas de los adolescentes es la errónea percepción de riesgo de embarazo: no creen que éste pueda producirse con una sola relación sexual o desconocen los períodos de susceptibilidad. Otras explicaciones tienen que ver con las relaciones de poder dentro de la pareja y la distribución de responsabilidades.

Las adolescentes de estrato bajo de Buenos Aires entrevistadas por Infesta Domínguez (1996), por ejemplo, pese a visualizar el riesgo que corren al tener relaciones sexuales desprotegidas las siguen teniendo porque suelen dejar en manos del varón la decisión anticonceptiva “... desde el lugar de subordinación en el que se colocan respecto al varón, no se perciben a sí mismas como sujetos con derecho a negociar, a demandar, a decidir” (Infesta Domínguez, 1996: 66).

En el caso del uso del condón, quizás el más estudiado, algunas de las razones del no uso son similares en adolescentes y adultos: se trata de un método a usar sólo en relaciones casuales, con desconocidas o trabajadoras del sexo; en la pareja estable introduce la desconfianza y pone en peligro la relación; se trata de un método que quita naturalidad e interfiere con el goce (Gogna, Pantelides y Ramos, 1997; Zamberlin, 2003) y que requiere tomar una distancia crítica que es difícil en relaciones amorosas (Paiva, 1993).

Concepciones sobre la femineidad y la masculinidad también contribuyen a que se deseche el uso del condón. Castañeda, Castañeda y Brindis (2001) encuentran que los adolescentes varones de áreas rurales de México consideran el no uso del condón como un signo de virilidad mientras que las mujeres temen no ser consideradas vírgenes. Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez (1995) encontraron que entre los adolescentes del Área Metropolitana de Buenos Aires, el uso de métodos anticonceptivos se encontraba asociado a las expectativas respecto a los roles masculinos dentro de la familia, tanto entre mujeres como entre varones. La falta de cuidados preventivos era más frecuente entre aquellos adolescentes que adherían a un modelo de familia patriarcal y a una definición tradicional del rol femenino dentro de la familia.

CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Como sucede con los demás grupos etareos, actualmente el conocimiento de métodos anticonceptivos está generalizado entre los adolescentes. Ya en la década de los 90 más del 93 % de las mujeres de entre 15 y 19 años conocían al menos un método anticonceptivo en todos los países sobre los que se cuenta con datos, con la excepción de Guatemala donde sólo el 68% de las adolescentes eran capaces de mencionar o reconocer al menos un método. Comenzado el siglo XXI, los porcentajes en los mismos países han aumentado y superan el 95%, con la excepción de Bolivia y Guatemala donde, de todas maneras, son muy altos (cuadro 21.1). El cambio ocurrido es Guatemala es particularmente notable.

Cuadro 2.1. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que conocen al menos un método anticonceptivo (a). Últimos años disponibles

País	Fecha	%	Fecha	%
Bolivia	1998	87.4	2003	89.6
Colombia	1995	98.8	2000	99.5
El Salvador			2002/03	96.6
Guatemala	1995	67.6	2002	84.9
Haití	1995	95.0	2000	96.4
México	1997	93.4	2003	95.9
Nicaragua	1998	94.0	2001	96.1
Perú	1996	93.4	2000	95.3
Perú			2003	97.7
Rca. Dominicana	1996	99.3	2002	99.2

Nota: (a) Se calculó por diferencia con las que no conocían ningún método, por lo cual incluye a las que mencionaron espontáneamente algún método y las que lo identificaron cuando fue mencionado.

Fuentes: Guzmán, Hakkert, Contreras y Falconier de Moyano (2001), datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Si bien el conocimiento de anticonceptivos –medido de esta manera– está muy generalizado, se encuentran diferencias entre distintos sectores sociales. Así, en todos los países para todas las fechas, el porcentaje de adolescentes que conocen al menos un método es más alto en las áreas urbanas que en las rurales (cuadro 2.2). Algunas de las diferencias son extremadamente pequeñas pero otras tienen mayor entidad. Lo importante a señalar es que, con el paso del tiempo, los porcentajes han aumentado, más visiblemente en el área rural, donde había más “espacio” para el aumento porque los niveles previos eran inferiores. Como resultado, las diferencias urbano - rurales se han hecho más pequeñas y en Colombia han desaparecido.

Cuadro 2.2. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que conocen al menos un método anticonceptivo (a), por lugar de residencia. Últimos años disponibles.

País	Fecha	Total	Lugar de residencia		Fecha	Total	Lugar de residencia	
			Urbano	Rural			Urbano	Rural
Bolivia	1998	87.4	94.5	65.7	2003	89.6	95.8	75.6
Colombia	1995	98.8	99.6	96.3	2000	99.5	99.8	98.5
El Salvador					2002/03	96.6	98.8	94.0
Guatemala	1995	67.6	80.6	57.4	2002	84.9	90.3	81.2
Haití	1995	95.0	98.9	91.5	2000	96.4	97.7	95.1
México	1997	93.4			2003	95.9	97.5	90.7
Nicaragua	1998	94.0	96.7	89.2	2001	96.1	98.7	91.9
Perú	1996	93.4	97.9	80.1	2000	95.3	98.7	87.5
Perú					2003	97.7	99.1	94.1
Rca. Dominicana	1996	99.3	99.8	98.4	2002	99.2	99.2	99.0

Nota: (a) Se calculó por diferencia con las que no conocían ningún método, por lo cual incluye a las que mencionaron espontáneamente algún método y las que lo identificaron sólo cuando fue mencionado.

Fuentes: Guzmán, Hakkert, Contreras y Falconier de Moyano (2001), datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

El porcentaje de adolescentes que conocen al menos un anticonceptivo también difiere según el nivel de escolaridad que poseen. Como era de esperarse, a medida que aumenta el nivel de escolaridad aumenta el porcentaje de las que

conocen anticonceptivos, el que se aproxima al 100% entre las que tienen alguna educación secundaria y es 100% entre los más educados. Esto sucede, cualquiera sea la fecha de la encuesta (cuadro 2.3).

En aquellos países en que el nivel de conocimiento era más bajo se observan significativos avances entre los que no tienen ninguna educación o solamente educación primaria al pasar de la segunda mitad de los 90 a los primeros años de este siglo. Pese a ello importantes diferencias se mantienen

todavía en Bolivia, Guatemala, México y, en menor medida, Nicaragua y El Salvador, mientras que en Colombia, Haití y República Dominicana ya no se observan diferencias entre los niveles educativos. Entre el 2000 y el 2003 las diferencias en conocimiento en Perú se han acortado considerablemente.

Cuadro 2.3. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que conocen al menos un método anticonceptivo (a), por nivel de educación. Últimos años disponibles.

País	Fecha	Total	Nivel de educación (b)				Fecha	Total	Nivel de educación (b)			
			Ninguno	Primaria	Secundaria	Media y +			Ninguno	Primaria	Secundaria	Media y +
Bolivia	1998	87.4	40.0	62.7	94.8	...	2003	89.6	*	77.4	96.9	100.0
Colombia	1995	98.8	90.9	96.3	99.9	100.0	2000	99.5	*	98.1	100.0	100.0
El Salvador							2002/03	96.6	88.1	91.4	98.8	100.0
Guatemala	1995	67.6	33.8	59.7	94.4	100.0	2002	84.9	60.1	81.5	98.0	*
Haití	1995	95.0	87.6	94.8	98.9	100.0	2000	96.4	96.0	95.8	97.6	...
México	1997	93.4					2003	95.9	60.4	82.3	98.1	99.9
Nicaragua	1998	94.0	81.0	91.2	98.1	100.0	2001	96.1	80.4	94.5	99.1	100.0
Perú	1996	93.4	69.1	76.6	97.7	100.0	2000	95.3	65.5	83.1	98.7	100.0
Perú							2003	97.7	*	91.0	98.9	100.0
Rca. Dominicana	1996	99.3	94.0	99.2	100.0	100.0	2002	99.2	95.9	98.7	99.6	100.0

Notas: (a) Se calculó por diferencia con las que no conocían ningún método, por lo cual incluye a las que mencionaron espontáneamente algún método y las que lo identificaron sólo cuando fue mencionado.

(b) Respecto a las definiciones de los niveles de educación en cada país, ver el anexo metodológico.

* Menos de 25 casos en la celda.

... No hay información.

Fuentes: Guzmán, Hakkert, Contreras y Falconier de Moyano (2001), datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Las diferencias en conocimiento también se dan entre los estratos socioeconómicos, siendo mayor el porcentaje que conoce métodos anticonceptivos entre los jóvenes de los sectores más privilegiados, cualquiera sea la fecha de la medición. Ya en las encuestas de la segunda mitad de los 90,

más del 90% de éstos conocía al menos un método, no así los adolescentes del estrato más bajo. En las últimas encuestas las diferencias entre estratos se han achicado, pero todavía subsisten brechas importantes en Bolivia, Guatemala, y en menor medida, Nicaragua y Perú (año 2000) (cuadro 2.4).

Cuadro 2.4. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que conocen al menos un método anticonceptivo (a), por nivel socioeconómico. Últimos años disponibles.

País	Fecha	Total	Nivel socioeconómico (b)		Fecha	Total	Nivel socioeconómico (b)	
			Más bajo	Más alto			Más bajo	Más alto
Bolivia	1998	87.4	57.1	95.7	2003	89.6	66.7	97.1
Colombia	1995	98.8	93.9	99.8	2000	99.5	97.8	99.8
El Salvador					2002/03	96.6	92.0	99.3
Guatemala (c)	1995	67.6	37.9	81.3	2002	84.9	67.8	94.8
Haití	1995	95.0	81.9	97.7	2000	96.4	91.9	97.4
Nicaragua	1998	94.0	83.0	97.1	2001	96.1	86.2	99.0
Perú	1996	93.4	74.1	98.4	2000	95.3	81.8	98.4

Nota: (a) Se calculó por diferencia con las que no conocían ningún método, por lo cual incluye a las que mencionaron espontáneamente algún método y las que lo identificaron sólo cuando fue mencionado.

(b) Respecto a los criterios para determinar el nivel socioeconómico, ver el anexo metodológico

(c) Las encuestas de 1995 de Guatemala pertenece a la serie de DHS y la de 2002 a las del CDC, por lo cual los datos no son estrictamente comparables.

Fuentes: Guzmán, Hakkert, Contreras y Falconier de Moyano (2001), datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

En los pocos países en que se ha investigado la pertenencia a un grupo étnico, el porcentaje de adolescentes indígenas que conoce algún método está siempre por debajo del promedio de su grupo de edad y, con la excepción de Bolivia, las diferencias son importantes (cuadro 2.5). En Perú, país para el que se dispone de dos encuestas separadas por tres años, se observa un avance en el conocimiento por parte de los indígenas que los acerca al promedio general.

Cuadro 2.5. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que conocen al menos un método anticonceptivo (a), total e indígenas. Últimos años disponibles

País	Fecha	% que conoce al menos un método anticonceptivo	
		en el total	entre los indígenas (b)
Bolivia	2003	89.6	85.2
Guatemala	2002	84.9	69.6
México	2003	95.9	83.0
Nicaragua	2001	96.1	72.2
Perú	2000	95.3	80.5
Perú	2003	97.7	87.0

Nota: (a) Se calculó por diferencia con las que no conocían ningún método, por lo cual incluye a las que mencionaron espontáneamente algún método y las que lo identificaron sólo cuando fue mencionado.

(b) Respecto a qué grupos étnicos se incluyen en cada país, ver el anexo metodológico.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Varios métodos anticonceptivos son ampliamente conocidos por las adolescentes (cuadro 2.6). La píldora es conocida por más del 90% de las adolescentes encuestadas en todos los países con excepción de Bolivia, donde el porcentaje es algo inferior; lo mismo sucede con el condón, excepto en Guatemala. Otros métodos conocidos por una mayoría de las adolescentes son la inyección y la esterilización femenina (esta última, salvo en Bolivia y Haití). Haití también es donde el conocimiento del DIU es menor, pero en El Salvador y Guatemala menos de la mitad de las adolescentes lo conocen. El grado de conocimiento de los demás métodos varía según los países, debido posiblemente a diferencias en la disponibilidad. Por ejemplo, Haití es el país en que el conocimiento del implante es más alto.

Cuadro 2.6. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que conocen al menos un método anticonceptivo (a), por tipo de método. Últimos años disponibles

País	Fecha	Píldora	DIU	Inyección	Diafragma	Condón		Esterilización		Ritmo	Retiro	Implante	LAM/ MELA	Vaginales	A.C.E.	Otros (c)
						(b)	Fem.	Masc.	Fem.							
Bolivia	2003	88.6	79.1	78.0	...	90.9	56.5	32.4	57.5	70.4	27.7	7.2	33.2	47.7	17.9	17.7
Colombia	2000	98.4	82.7	91.2	...	99.1	...	59.9	90.3	75.9	68.8	53.0	28.3	68.2	24.3	10.1
El Salvador	2002/03	90.3	47.0	86.7	...	95.0	...	42.9	86.6	50.2	24.2	12.3	13.0	33.3	19.1	13.3
Guatemala	2002	90.1	42.6	85.7	...	77.8	33.6	55.9	83.2	33.5	15.5	12.9	23.4	32.8	...	1.3
Haití	2000	92.7	22.0	93.0	6.3	94.7	49.0	28.7	45.4	33.3	39.5	76.2	32.9	11.6	7.2	1.7
México	2003	93.2	81.0	82.7	...	96.4	...	67.4	68.8	52.0	34.6	...	...	44.8	35.8	...
Nicaragua	2001	97.0	65.4	93.5	10.6	92.8	34.3	40.9	78.4	37.3	34.8	4.7	43.0	20.5	20.9	0.7
Perú	2000	93.0	86.8	90.1	...	92.8	...	68.7	86.5	77.2	39.1	44.8	36.4	58.6	...	5.3
Perú	2003	92.6	83.5	91.0	...	94.6	...	65.5	83.7	86.4	43.8	39.3	37.0	58.7	39.1	5.8
Rca. Dominicana	2002	98.1	73.4	89.5	...	97.3	43.4	43.5	93.0	45.9	54.4	69.1	44.7	38.7	23.5	4.1

Notas: (a) Se calculó por diferencia con las que no conocían ningún método, por lo cual incluye a las que mencionaron espontáneamente algún método y las que lo identificaron sólo cuando fue mencionado.

(b) En algunos países se preguntó solamente por condón, sin distinguir entre masculino y femenino.

(c) En Colombia es el método de Billing, que es en realidad un método de abstinencia periódica o ritmo. En los demás países incluye métodos folclóricos y otros no especificados.

... No hay información.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Los métodos tradicionales, como el ritmo y el retiro, son bien conocidos en Colombia y Perú, pero mucho menos en los demás países; el implante se conoce muy poco en Bolivia, El Salvador, Guatemala y Nicaragua. Es de notar que el condón femenino es conocido por entre un tercio y dos quintos de las adolescentes de los países donde se recabó la información y la anticoncepción de emergencia (A.C.E.) ya comienza a ser conocida por las jóvenes (cuadro 2.6).

CONOCIMIENTO DE LA FUENTE DE SUMINISTRO

Como se indicó anteriormente el hecho de conocer la existencia de métodos no garantiza su uso. Además de los aspectos sociales y culturales ya reseñados, un factor que limita el acceso a los métodos es el desconocimiento de dónde proveerse de los mismos. Como se da por sentado que las adolescentes que han utilizado un método anticonceptivo conocen al menos una fuente de suministro, se analizó dicho conocimiento solamente entre aquellas adolescentes nunca usuarias, pero que conocían al menos un método.

Cuadro 2.7. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años no usuarias de métodos anticonceptivos, que conocen al menos un método anticonceptivo (a) pero no conocen una fuente de suministro, por lugar de residencia, por nivel socioeconómico y por pertenencia a un grupo indígena. Últimos años disponibles

País	Fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel socioeconómico (b)		Indígenas (d)
			Urbano	Rural	Más bajo	Más alto	
Bolivia	2003	40.3	39.1	43.9	48.8	32.8	40.2
Colombia	2000	15.5	15.9	14.3	15.1	17.2	
El Salvador	2002/03	22.7	21.4	24.5	31.7	17.7	
Guatemala	2002	33.6	28.7	37.4	50.6	23.7	48.0
Haití	2000	46.6	49.8	43.3	49.1	49.8	
Nicaragua	2001	34.6	31.6	40.0	46.7	28.2	36.4
Perú	2000	18.3	24.5	28.4	33.7	13.1	32.8
Perú	2003	13.1	10.0	20.7	...	...	35.4
República Dominicana	2002	30.6	29.1	33.9	...	...

Notas: (a) Se calculó por diferencia con las que no conocían ningún método, por lo cual incluye a las que mencionaron espontáneamente algún método y las que lo identificaron sólo cuando fue mencionado.

(b) Respecto a los criterios para determinar el nivel socioeconómico, ver el anexo metodológico

(d) Respecto a qué grupos étnicos se incluyen en cada país, ver el anexo metodológico.

... No hay información.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Las adolescentes que no han usado anticonceptivos pero los conocen ¿sabrían dónde proveerse en caso de necesidad? La respuesta está en los cuadros 2.7 y 2.8. Las que no conocen fuentes de suministro son pocas en Colombia y Perú pero representan alrededor de un tercio de las no usuarias en Guatemala, Nicaragua y República Dominicana, y más del 20% en Bolivia y Haití. Ellas son más frecuentes en las áreas rurales que en las urbanas (con la excepción de Colombia y Haití). Aunque el lugar de residencia puede estar determinando la existencia misma de fuentes de suministro o su cercanía, por lo que se esperaría que las residentes de áreas rurales tuvieran menor probabilidad de conocer

fuentes de suministro, las diferencias urbano-rurales no son demasiado importantes. Es notable el descenso ocurrido en Perú entre el 2000 y el 2003 en cuanto al porcentaje de adolescentes no usuarias que no conocen una fuente de suministro.

El desconocimiento de fuentes de suministro de anticonceptivos es mayor en el estrato socioeconómico bajo, con la excepción de Colombia (país con un grado de desconocimiento muy bajo) y Haití (con el más alto) donde no se advierten diferencias entre los extremos de los estratos socioeconómicos.

Cuadro 2.8. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años no usuarias de métodos anticonceptivos, que conocen al menos un método anticonceptivo (a) pero no conocen una fuente de suministro, por nivel de educación. Últimos años disponibles

País	Fecha	Total	Nivel de educación (b)			
			Ninguno	Primaria	Secundaria	Media y +
Bolivia	2003	40.3	*	56.3	33.7	17.8
Colombia	2000	15.5	*	24.1	13.9	5.0
El Salvador	2002/03	22.7	43.1	30.2	24.6	15.7
Guatemala	2002	33.6	55.9	41.4	21.1	*
Haití	2000	46.6	61.8	47.6	41.6	...
Nicaragua	2001	34.6	57.3	43.5	28.2	2.7
Perú	2000	18.3	81.5	41.1	13.9	6.2
Perú	2003	13.1	*	28.7	12.4	1.3
República Dominicana	2002	30.6	56.8	36.7	26.9	16.4

Notas: (a) Se calculó por diferencia con las que no conocían ningún método, por lo cual incluye a las que mencionaron espontáneamente algún método y las que lo identificaron sólo cuando fue mencionado.

(b) Respecto a las definiciones de los niveles de educación en cada país, ver el anexo metodológico.

* Menos de 25 casos en la celda.

... No hay información.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Como era de esperarse, a medida que aumenta el nivel de educación disminuye el porcentaje de adolescentes no usuarias que desconocen la fuente de provisión. Las diferencias relativamente más importantes se observan al pasar del nivel secundario al medio, pero también el paso del primario al secundario establece diferencias en el conocimiento de fuentes de suministro.

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

USO DE ANTICONCEPTIVOS SEGÚN ESTADO CONYUGAL

Como ya se dijo, es un lugar común en la literatura decir que el uso de métodos anticonceptivos entre los adolescentes no es tan frecuente como se esperaría dado el alto grado de conocimiento. En efecto, los valores promedio de uso actual en las fechas más recientes entre todas las sexualmente iniciadas cobra valores relativamente bajos, que van desde

un 16% en Haití y 19% en Guatemala, un valor intermedio en Bolivia, a un máximo alrededor de 43% en Colombia mientras en el resto de los países oscila alrededor del 40%. Sin embargo, un análisis más fino muestra un cuadro más alentador (cuadro 2.9). Ese análisis ya fue hecho por Contreras, Guzmán y Hakkert (2001: cuadro VI.1, pag. 130) y los valores son reproducidos en el cuadro 2.9 con fines comparativos. Los autores citados muestran con claridad que las adolescentes no unidas sexualmente activas (definidas como las que tuvieron relaciones sexuales en los 30 días previos a la encuesta) en casi todos los países utilizan métodos anticonceptivos en mayor medida que las adolescentes en unión e interpretan que ello posiblemente se deba a que una parte de estas últimas estén buscando un embarazo, mientras que aquellas que no están en unión tienen claros motivos para evitarlo.

Cuadro 2.9. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años sexualmente iniciadas, casadas y unidas y no unidas sexualmente activas (a) que usan actualmente un método anticonceptivo. Últimos años disponibles

País	Fecha (b)	Casadas y unidas	No casadas ni unidas sexualmente activas	Fecha	Total	Casadas y unidas	No casadas ni unidas sexualmente activas
Belice				1999	...	37.3	...
Bolivia	1998	30.7	63.5	2003	29.4	45.7	50.4
Colombia	1995	50.7	66.8	2000	43.1	57.6	81.1
El Salvador	1998	33.4	...	2002/03	39.4	47.9	51.6
Guatemala	1995	12.1	43.5	2002	18.9	22.5	*
Haití	1995	10.7	23.0	2000	16.3	16.5	43.1
Honduras				2001	...	41.1	...
México	1996	43.5	...	2003	40.8	45.2	53.4
Nicaragua	1998	39.9	22.3	2001	41.8	55.2	53.6
Paraguay				2004	...	60.8	...
Perú	1996	46.0	69.8	2000	39.5	51.6	71.7
Perú				2003	41.1	56.4	87.2
Rca. Dominicana	1996	34.9	57.9	2002	34.1	41.4	41.6

Notas: (a) sexualmente activas son aquellas que tuvieron alguna relación sexual en los 30 días anteriores a la encuesta.

(b) Los datos de estas fechas son de Contreras, Guzmán y Hakkert (2001, cuadro VI.1). No se ha incluido la columna de totales de esa fuente porque éstos fueron calculados sobre todas las adolescentes, independientemente de que estuvieran o no iniciadas.

* Menos de 25 casos en la celda.

... No hay información.

Fuentes: Guzmán, Hakkert, Contreras y Falconier de Moyano (2001), datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Lo mismo se observa en las encuestas más recientes, en las que, con la excepción de las nicaragüenses y dominicanas, el porcentaje de las adolescentes no unidas que usan anticonceptivos es notablemente mayor que el de las unidas. En Bolivia y El Salvador las diferencias existen, pero son reducidas. Comparando encuestas sucesivas, se advierte que las diferencias se han ampliado; ello es debido a que el porcentaje de usuarias entre las no unidas aumentó más que entre las unidas. En Nicaragua también aumenta más el porcentaje de usuarias no unidas, pero eso lleva a niveles similares entre éstas y las unidas. El caso de las dominicanas es extraño porque en el 2002 se da un retroceso en el porcentaje de usuarias no unidas respecto a 1996, lo que no es de esperar dada la tendencia general a un mayor uso.

Es interesante observar en particular el uso del condón, dado su doble papel preventivo de infecciones y de embarazo no planeado. Obsérvese que el uso del condón es más frecuente en el total de las adolescentes que entre las casadas y unidas, excepto en Nicaragua y en la última encuesta de Perú (cuadro 2.10). Esto significa que su uso es más frecuente entre las *no casadas ni unidas* (ya que el total incluye a ambas categorías). Sabemos por múltiples investigaciones en diferentes contextos sociales que el condón tiene en general pocas adherentes en las parejas estables, siendo visualizado como un método “que no es para el matrimonio”. De todas maneras, en Colombia, México y Perú (2003) alrededor de un tercio de las casadas o unidas lo utilizan y también se

acercan a esa cifra las usuarias de ese estado conyugal en El Salvador.

Cuadro 2.10. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años sexualmente iniciadas que han usado condón alguna vez. Total y casadas y unidas. Últimos años disponibles

País	Fecha	Total	Casadas y unidas
Bolivia	2003	20.2	15.5
Colombia	2000	44.7	32.5
El Salvador	2002/03	33.2	28.6
Guatemala	2002	10.4	9.2
Haití	2000	19.3	13.5
Honduras	2001	15.1	14.5
México	2003	41.2	35.4
Nicaragua	2001	19.3	19.7
Perú	2000	19.1	15.4
Perú	2003	32.6	35.3
Rca. Dominicana	2002	21.3	13.5

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

DIFERENCIAS EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

Para estudiar los diferenciales en el uso de anticonceptivos, la mirada se centrará solamente en las adolescentes casadas y unidas porque en varias de las encuestas sólo a ellas se les hizo la pregunta. El uso de métodos anticonceptivos es más frecuente en las áreas urbanas que en las rurales en la mayoría de los países; en algunos, como Guatemala y Haití, el porcentaje de usuarias urbanas casi duplica a las rurales. La excepción es la República Dominicana aunque allí los porcentajes, al igual que en Perú (2000), son similares y las diferencias pueden

atribuirse a factores aleatorios (Cuadro 2.11). En la encuesta de Perú del 2003 ha aumentado el porcentaje de usuarias urbanas y disminuido el de las rurales en forma significativa, tanto que la duda sobre la calidad o comparabilidad de los datos se impone.

Si se observan los cambios ocurridos respecto a mediciones anteriores (Contreras, Guzmán y Hakkert, 2001, cuadro VI.3, pág.132), se advierte que el porcentaje de mujeres casadas y unidas usuarias ha aumentado, cualquiera sea el lugar de residencia, pero en general, ha aumentado relativamente más en el área rural, en parte porque se parte de niveles previos más bajos. En Haití el porcentaje de usuarias rurales se duplicó y en Guatemala casi se triplicó.

Cuadro 2.11. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años casadas y unidas que usan un método anticonceptivo, por lugar de residencia, por nivel socioeconómico (a) y por pertenencia a un grupo indígena. Últimos años disponibles

País	Fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel socioeconómico (a)		Indígenas (c)
			Urbano	Rural	Más bajo	Más alto	
Belice	1999	37.3	45.5	31.0			
Bolivia	2003	45.7	46.6	44.1	35.5	40.0	40.6
Colombia (b)	2000	57.6	58.5	55.5	48.4	...	
El Salvador	2002/2003	47.9	54.7	42.1	39.5	59.8	
Guatemala	2002	22.5	33.3	17.6	12.1	46.7	12.4
Haití	2000	16.5	23.2	11.8	15.6	29.6	
Honduras	2001	41.1	48.8	35.9			
México	2003	45.2	49.4	35.9			28.0
Nicaragua	2001	55.2	59.4	51.3	48.3	58.9	
Perú	2000	51.6	52.3	51.1	48.2	*	43.2
Perú	2003	56.4	69.6	40.7	...	...	*
República Dominicana	2002	41.4	41.0	42.4			

Notas: (a) Respecto a los criterios para determinar el nivel socioeconómico, ver el anexo metodológico.

(b) En Colombia el nivel socioeconómico más alto es el cuarto quintil pues no hay casos en el quinto.

(c) Respecto a qué grupos étnicos se incluyen en cada país, ver el anexo metodológico

* Menos de 25 casos en la celda.

... No hay información.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

El nivel socioeconómico también establece diferencias importantes en la frecuencia de uso de anticonceptivos: el porcentaje de usuarias entre las mujeres de nivel alto es siempre superior a las de nivel bajo. Otra vez son Guatemala y Haití los países en que esa diferencia es más marcada, y también son aquellos en que el aumento relativo en el uso en los sectores más pobres es mayor. De hecho en Haití en 1995 no se encontraban usuarias de métodos anticonceptivos entre las adolescentes casadas y unidas y en Guatemala, en la

misma fecha, sólo había un 1.3% (Contreras, Guzmán y Hakkert, 2001, cuadro VI.3, pág.132).

En los cuatro países para los que se cuenta con información relativa al uso de anticonceptivos entre las adolescentes pertenecientes a etnias indígenas la frecuencia de usuarias es inferior a la media, registrándose las diferencias relativas más importantes en Guatemala y México (cuadro 2.11).

Cuadro 2.12. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años casadas y unidas que usan un método anticonceptivo, por nivel de educación. Últimos años disponibles.

País	Fecha	Total	Nivel de educación (a)			
			Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y +
Belice	1999	37.3	...	19.6	38.3	57.1
Bolivia	2003	45.7	*	39.9	55.2	*
Colombia	2000	57.6	*	56.0	59.5	*
El Salvador	2002/2003	47.9	17.4	47.2	56.3	49.3
Guatemala	2002	22.5	9.0	24.5	44.2	*
Haití	2000	16.5	8.1	9.8	36.5	...
Honduras	2001	41.1	22.0	42.2	45.8	...
México	2003	45.2	22.4	34.6	50.6	47.3
Nicaragua	2001	55.2	44.4	53.0	61.9	*
Perú	2000	51.6	*	49.8	52.3	*
Perú	2003	56.4	*	35.0	68.7	*
República Dominicana	2002	41.4	30.0	38.4	47.4	61.5

Notas: (a) Respecto a las definiciones de los niveles de educación en cada país, ver el anexo metodológico.

* Menos de 25 casos en la celda.

... No hay datos.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

El análisis por nivel de escolaridad se ve obstaculizado porque en varios de los países no hay suficientes casos en los niveles inferior y superior de la escala. Pese a ello se puede afirmar que a mayor nivel de escolaridad mayor es el porcentaje de usuarias adolescentes de métodos

anticonceptivos, con diferencias muy marcadas al pasar de un nivel a otro en muchos de los países. Esto es verdad sobre todo hasta el nivel secundario ya que, entre los pocos países para los que hay datos, el haber cursado el nivel medio o superior sólo es importante en Belice y la República Dominicana (cuadro 2.12).

Cuadro 2.13. Países de América Latina y el Caribe. Distribución de las mujeres de 15 a 19 años casadas o unidas que usan un método anticonceptivo. Últimos años disponibles

País	Fecha	Método usado							Total
		Píldora	DIU	Inyectable	Condón	Ritmo	Retiro	Otros	
Bolivia	2003	7.5	8.8	23.0	7.5	33.8	8.6	10.8	100.0
Colombia	2000	33.9	14.5	15.6	7.9	7.5	11.9	8.7	100.0
El Salvador	2002/2003	13.5	0.6	66.3	2.9	2.1	13.1	1.5	100.0
Guatemala	2002	15.9	4.0	49.3	8.8	18.1	0.4	3.5	100.0
Haití	2000	0.0	...	18.9	22.6	24.4	18.9	15.2	100.0
Honduras	2001	28.0	12.9	30.8	6.6	7.1	14.4	0.2	100.0
México	2003	18.0	40.2	8.1	20.2	5.7	7.2	0.6	100.0
Paraguay	2004	28.0	4.6	23.2	22.4	8.9	12.9	0.0	100.0
Nicaragua	2001	41.9	10.5	31.4	6.0	1.8	2.2	6.2	100.0
Perú	2000	16.7	6.4	46.2	5.8	16.7	4.6	3.6	100.0
Perú	2003	21.0	3.3	32.6	12.8	20.7	5.1	4.5	100.0
República Dominicana	2002	63.5	3.4	13.0	3.8	3.1	4.3	8.9	100.0

Nota: ... No hay información.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Los métodos usados por las adolescentes casadas y unidas varían según los países. En algunos casos hay un método claramente más usado como los inyectables en El Salvador y la píldora en la República Dominicana, utilizados por alrededor de dos tercios de las usuarias. Menores grados de preferencia se dan en Guatemala y Perú (año 2000) por los inyectables, en México por el DIU y en Nicaragua por la píldora. Más del 30% de las encuestadas usan el ritmo en Bolivia, la píldora en Colombia, los inyectables en Honduras y en Perú (año 2003). Como ya se dijo, el condón tiene pocas adherentes entre las casadas y unidas, pero alrededor de una quinta parte los usa en Haití, México y Paraguay. El ritmo tiene cierta importancia, como ya se dijo, en Bolivia, pero también en Haití y, en menor medida, Guatemala y Perú y el retiro también en Haití y en menor medida en Colombia, El Salvador y Honduras. Es alentador que son pocas las adolescentes casadas y unidas que confían la prevención en “otros” métodos, entre los cuales están incluidos los folclóricos (cuadro 2.13).

NECESIDAD INSATISFECHA DE ANTICONCEPCIÓN

La necesidad insatisfecha de anticoncepción fue investigada para los dos aspectos para los cuales se utilizan los anticonceptivos: para limitar el número de hijos o para espaciar los nacimientos. La necesidad insatisfecha de anticoncepción para limitar el número de hijos se indagó entre todas las mujeres embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo no fue deseado y sobre las mujeres en edad fértil no embarazadas ni amenorréicas que no desean más hijos. Mientras que la necesidad insatisfecha para espaciar los nacimientos fue preguntada a las mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo fue deseado pero hubieran preferido que fuera más tarde y sobre las mujeres en edad fértil que no están embarazadas ni amenorréicas que desean más hijos pero prefieren esperar por lo menos dos años. Véase que esta última definición contiene un segundo elemento discutible, ya que las mujeres que desean esperar al menos dos años pueden tener acceso a anticoncepción y pueden incluso estar usándola

Cuadro 2.14. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres casadas y unidas con necesidad insatisfecha de anticoncepción, por edad. Últimos años disponibles.

Grupos de edad	Bolivia 2003			Colombia 2000			Haití 2000		
	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limitar	Total
15- 19	22.0	11.1	33.0	15.0	2.5	17.5	50.9	7.5	58.4
20-24	15.3	14.9	30.1	7.3	2.5	9.8	33.5	8.0	41.5
25-29	8.1	16.1	24.2	3.1	3.7	6.8	19.3	18.8	38.1
30-34	4.4	19.0	23.4	1.4	3.4	4.8	11.8	31.2	43.0
35-39	1.7	19.4	21.1	0.2	4.2	4.4	7.4	36.2	43.6
40-44	1.1	18.6	19.7	0.0	3.8	3.8	2.3	33.0	35.2
45-49	0.4	10.8	11.2	0.0	3.7	3.7	0.7	24.3	25.0

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Grupos de edad	Nicaragua 2001			Perú 2000			Rca. Dominicana 2002		
	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limitar	Total
15- 19	15.0	4.8	19.8	19.0	4.6	23.6	26.3	2.8	29.1
20-24	10.9	6.1	17.0	9.6	5.8	15.4	15.4	4.5	19.9
25-29	7.2	9.0	16.2	4.6	6.0	10.6	8.3	5.3	13.6
30-34	4.0	8.4	12.4	2.8	7.0	9.8	3.0	5.2	8.2
35-39	2.4	9.9	12.3	1.4	8.2	9.6	1.6	4.6	6.2
40-44	0.9	12.6	13.5	0.3	8.1	8.4	0.2	3.3	3.5
45-49	0.1	10.8	10.9	0.1	4.4	4.5	0.2	1.8	2.0

Es evidente que existe una necesidad insatisfecha de anticoncepción entre las mujeres unidas de todas las edades, la que va decayendo con la edad a medida que el componente de necesidad de espaciar va declinando. La necesidad insatisfecha total de anticoncepción, entonces, es siempre mayor entre las adolescentes que en los demás grupos de edades y ello se debe sobre todo a que el porcentaje de adolescentes que declara necesidad insatisfecha de anticoncepción para espaciar los nacimientos es muy superior al de las adultas. Por el contrario, con respecto a la anticoncepción destinada a limitar el número de hijos, las adultas siempre superan a las adolescentes. La explicación debe encontrarse en el hecho de que la medición de la necesidad insatisfecha de anticoncepción se le hizo solamente a las casadas y unidas. Sin duda, las adolescentes casadas y unidas se encuentran al comienzo de su vida reproductiva y todavía desean tener más hijos, pero quieren espaciar su nacimiento, mientras que muchas de las adultas tienen ya todos los hijos que han querido.

Hubiera sido interesante conocer la demanda insatisfecha de anticoncepción de todas las mujeres sexualmente activas, agregando a las que no están en unión y cuya necesidad insatisfecha seguramente será predominantemente para limitar los nacimientos. En ese caso podría decirse algo más sobre la discriminación en el acceso a la planificación y posiblemente se manifestaría entonces la dificultad de acceso de las adolescentes no unidas, que carecen de medios autónomos para proveerse de anticonceptivos o tienen dificultades para acercarse a los servicios por temor a una condena “moral”, o porque la legislación exige informar o pedir permiso a los padres.

ABORTO

Los datos sobre aborto en la adolescencia en América Latina y el Caribe son contradictorios y la literatura existente no ayudara aclarar el problema. Así, de las encuestas que se vienen analizando hasta ahora surge que el porcentaje de mujeres que alguna vez abortaron es menor en la adolescencia que en las demás edades⁶ (cuadro 2.15), pero este dato está viciado por el hecho de que a mayor edad, mayor es la probabilidad de quedar embarazada y, *ceteris paribus*, de haberse practicado un aborto, tal como lo muestra la relación directa entre edad de las mujeres y porcentaje de ellas que han pasado por la experiencia de abortar. La medida adecuada sería la razón de abortos por cada 100 embarazos. Esta medida aparece en el trabajo de Guzmán y otros (2001:36), para fechas entre 1989 y 1998, según los países y, salvo en el caso de Cuba, está basada en estimaciones indirectas o encuestas (el caso de Colombia). Ya esos autores señalaban que en la región es más frecuente el aborto en mujeres adultas, casadas o en unión que entre las adolescentes (Guzmán y otros, 2001:37), pero que se registraban excepciones a este patrón, por ejemplo en Cuba, donde el aborto es legal y en Colombia. De Souza e Silva (1996) estudió el aborto en la adolescencia en San Pablo, Brasil. Allí encuentra que las adolescentes abortan en mayor medida que las adultas jóvenes, pero esta afirmación está basada sólo en mujeres que ya tenían hijos nacidos vivos y se trata de un número limitado de casos.

Cuadro 2.15. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres que practicaron un aborto alguna vez en su vida, por edad. Últimos años disponibles

Grupo de edad	Bolivia 2003	Colombia 2000	Haití 2000	Nicaragua 2001	Perú 2000	Perú 2003	Rca. Dominicana 2002
15-19	1.5	3.0	1.0	1.7	1.3	1.7	5.4
20-24	7.4	10.6	5.4	6.8	6.0	6.3	16.4
25-29	16.0	18.5	12.9	13.4	10.5	10.3	24.9
30-34	23.8	22.6	17.3	21.7	19.1	17.5	27.5
35-39	25.7	25.2	20.1	24.0	24.5	24.8	27.3
40-44	29.6	28.7	20.5	28.5	26.9	27.7	29.7
45-49	27.4	31.4	28.4	32.2	26.1	33.4	30.7
Total	16.0	18.0	12.2	14.7	14.1	15.3	21.3

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

⁶ Una estimación para el Perú en el año 2000 (Gutiérrez y Ferrando, 2003), eleva el porcentaje de abortos por mujer de 15 a 19 años para esa sola fecha a 2.5², lo que duplica la estimación presentada en el cuadro 2.15, pero sigue siendo inferior al que se registra en las demás edades.

El estudio clásico sobre aborto en Colombia agrega resultados cuantitativos y cualitativos a los ya citados por Guzmán y otros (2001). Algunos de los hallazgos son importantes, pero téngase en cuenta que esta investigación, pionera y casi única en su género, data de 1992. Las autoras encontraron que si bien las adolescentes pobres son las que presentan la mayor tasa de aborto entre sus pares, éstas no suelen interrumpir el primer embarazo, sino los siguientes (Wartemberg, 1999:32). Estas interrupciones se deben por lo general a una mala relación con la pareja o a que el embarazo ha sido producto de una relación ocasional después de ser madre soltera o abandonada. “Un aborto suele ocurrir cuando falla el apoyo de la contraparte masculina” (Wartemberg, 1999:33). Entre las jóvenes de estratos medios las razones son otras: se recurre al aborto para no enfrentar socialmente un embarazo prematrimonial y para no poner en peligro un proyecto de vida. Entre las adolescentes que trabajan, el aborto es la salida ante el temor de pérdida del empleo, como en el caso típico de las migrantes rurales empleadas en el servicio doméstico.

En Cuba (Cutí Cancino, 1997), pese a que el aborto es legal, las jóvenes lo temen. Allí también tiene un peso importante la decisión y la presencia de la pareja, quien es el que por lo general las impulsa a tomar la decisión; pero influye también la situación económica. En investigación realizada en México por medio de grupos focales y entrevistas en población adolescente urbana de bajos ingresos (Erhenfeld, 1999) son las madres y los novios los que ejercen mayor influencia en la decisión de abortar. Las jóvenes relatan que esa decisión muchas veces no puede ser llevada a la práctica por falta de dinero o de ayuda y que hacen intentos que fracasan. Otro factor interviniente es que muchas de las adolescentes parecen no darse cuenta de que están embarazadas hasta muy avanzado el embarazo.

CONCLUSIONES

En resumen, puede decirse que en la región ha habido, en los pocos años que separan las encuestas de fines del siglo XX y las del principios de este siglo, un claro aumento en el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes, y que ese aumento ha sido, en términos relativos, más importante en los sectores menos favorecidos: las habitantes de áreas rurales, las más pobres y las menos educadas. Sin embargo, todavía queda mucho espacio, en la mayoría de los casos, para que las jóvenes de estos sectores, así como las pertenecientes a etnias indígenas, se acerquen a los patrones de conducta de sus congéneres más favorecidas. Y entre estas últimas también hay lugar para un aumento en las conductas preventivas.

Se ha confirmado que el conocimiento de la existencia de anticonceptivos es casi universal en este grupo de edad, pero que ese conocimiento no lleva necesariamente al uso, cuyos niveles distan de ser universales. Sin embargo, es importante señalar que el uso universal de anticonceptivos no es esperable, ya que parte de las adolescentes casadas o unidas no los usan porque desean quedar embarazadas. Por ello es alentador observar que el uso de anticonceptivos –y en particular el uso del condón– es más frecuente entre las jóvenes no casadas ni unidas pero sexualmente activas que entre las casadas y unidas, mostrando la existencia de una conducta preventiva cuando no se está conviviendo con una pareja estable.

Finalmente, en relación al aborto, las estimaciones más confiables indican que éste es menos frecuente en la adolescencia que en etapas posteriores de la vida, pero debido a la situación de ilegalidad, todas las estimaciones deben tomarse como tentativas. Pocos son los estudios que se han acercado al tema cualitativamente, pero en general señalan la importancia de la pareja en la toma de decisión respecto a abortar.

Las Adolescentes Frente al SIDA

La preocupación sobre el Sida en la adolescencia es relativamente reciente en la historia de la epidemia, y se produce cuando se advierte que, dado el período de incubación de la enfermedad –que puede llegar a ser de 10 años– muchos de los jóvenes y adultos infectados podrían haberse contagiado en la adolescencia. En efecto, se estima que en el mundo más de la mitad de las nuevas infecciones afectan a jóvenes de 15 a 24 años (UNICEF, ONUSIDA, OMS, 2002: 5). Las estadísticas argentinas, por ejemplo, muestran que en el 2001 las personas de entre 15 y 19 años eran el 1.6% de todos los enfermos, pero el grupo 20-24 ya constituía el 11.6% (Argentina, Unidad Coordinadora Ejecutora VIH/SIDA y ETS, 2001); dada la contigüidad entre los grupos de edades, este salto en los porcentajes puede, en parte, interpretarse como indicación de que la infección que se manifiesta después de los 20 años puede haberse contagiado en la adolescencia.

Tanto estudios realizados en México (citados en Rodríguez y otros, 1999) como por el sistema de vigilancia de Argentina (Argentina, Unidad Coordinadora Ejecutora VIH/SIDA y ETS, 2001) muestran un predominio de varones entre los adolescentes infectados. Sin embargo, observando que la edad promedio de las mujeres enfermas en Argentina es de 24 años, Bloch (1999: 27) llega a la siguiente conclusión: “Si se tiene en cuenta que la infección debió haberse contraído diez, siete o cinco años antes, estamos ante la evidencia de un grupo de alta vulnerabilidad: las mujeres adolescentes”. Los patrones de transmisión en la adolescencia son diferentes a los de los niños (entre los cuales predomina la transmisión madre-hijo) cobrando mayor importancia los casos relacionados con actividades sexuales.

CONOCIMIENTO SOBRE EL SIDA

Gracias a la difusión por los medios de comunicación y “gracias” quizás también a las muertes cercanas, de familiares o de ídolos de la música popular, de la televisión y el cine, el Sida ha llegado a ser conocido por casi todos los

adolescentes. Son muchos los trabajos que han mostrado que el conocimiento, en este como en otros temas de salud sexual y reproductiva, no lleva necesariamente a una práctica preventiva adecuada, pero no hay duda de que sin un cierto conocimiento no se llega a una práctica correcta. Un estudio realizado en Belice (Kinsler y otros, 2004) evaluó, utilizando una metodología cuasi-experimental, el impacto de un programa educativo, basado en las escuelas sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en relación al Sida. En el seguimiento se mostró que el grupo que participó en el programa no sólo tenía mayor conocimiento, sino que usaba el preservativo y tenía intención de usarlo en el futuro en mayor medida que el grupo de control. Por su parte Caballero Hoyos y Villaseñor Sierra (2001), en una investigación en Guadalajara, México, encontraron que, además del estrato socioeconómico alto, el alto nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA era un predictor significativo de un uso consistente del condón.

Ya en las encuestas de fines del siglo pasado, el conocimiento sobre el Sida era casi universal. La pregunta que se le hizo a los jóvenes fue “¿Alguna vez ha usted oído hablar de una enfermedad llamada Sida?” Si bien esta pregunta sólo toca la superficie y su respuesta positiva no garantiza un verdadero conocimiento, es un primer indicador. Más adelante en esta sección se refinará la medición mediante la observación de algunos conocimientos más específicos.

De los países en que se hicieron encuestas en la primera mitad de los 90’ los porcentajes de los que oyeron hablar del Sida sólo son menores al 90% entre las mujeres adolescentes de Guatemala. En las encuestas más recientes, los altos porcentajes se mantienen, esta vez también en Guatemala. Países en que oyeron hablar del Sida menos del 90% de las adolescentes –aunque con porcentajes muy cercanos a ese valor– son Ecuador, Guatemala y Perú (2000), mientras que en Bolivia en el 2003 todavía sólo el 81% oyó hablar del Sida. Allí donde las encuestas incluyeron a los varones no se advierten diferencias significativas respecto a las mujeres, excepto en Bolivia y Guatemala, donde los varones superan a las mujeres por 7 puntos porcentuales (cuadro 3.1).

Cuadro 3.1. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) que oyeron hablar del Sida, por sexo. Últimos años disponibles.

País	Fecha	Varones	Mujeres	Fecha	Varones	Mujeres
Belice				1999	97.1	92.2
Bolivia				2000	...	76.0
Bolivia				2003	88.8	80.7
Colombia	1995	...	98	2000		97.2
Ecuador				1999	...	87.0
El Salvador		...		2002/03	95.5	94.2
Guatemala	1995	...	68	2002	92.7	86.3
Haití	1995	97	96	2000	94.7	96.7
Honduras	1996	96	...	2001	98.4	98.3
México				2003	...	96.2
Nicaragua	1998	97	94	2001	...	91.3
Perú	1996	95	89	2000	...	87.6
Perú				2003		91.9
República Dominicana	1996	100	100	2002	98.7	99.2

Nota: ... No hay información.

Fuentes: DHS STATcompiler. www.measuredhs.com. Guzmán, Hakkert, Contreras y Falconier de Moyano (2001). Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Pese a los altos porcentajes promedio de adolescentes que oyeron hablar del Sida, el lugar de residencia da lugar a diferencias. En prácticamente todas las encuestas y en todas las fechas, los porcentajes son más altos en las áreas urbanas que en las rurales. Ello se da en la ronda de encuestas de la segunda mitad de los 90 y se repite en las últimas disponibles. En las áreas urbanas los porcentajes eran ya tan altos que prácticamente no había lugar para un aumento, lo que sí ocurrió en las áreas rurales, lo que resulta en un achicamiento de las diferencias. De todas maneras, entre las

adolescentes rurales de Bolivia todavía hay un 45% que no oyeron hablar del Sida y lo mismo ocurre con un 33% de las de Perú (que desciende a 22% en el 2003) y un 22% en Guatemala (cuadro 3.2).

La diferencia urbano-rural se debe en gran medida a la diferente exposición a los medios de comunicación; pero también a la persistencia de tabúes en cuanto a asuntos relacionados con la sexualidad y a que la epidemia del Sida se inició en las ciudades y sigue siendo en gran medida todavía una epidemia urbana.

Cuadro 3.2. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que oyeron hablar del Sida, por lugar de residencia. Últimos años disponibles.

País	Fecha	Total	Lugar de residencia		Fecha	Total	Lugar de residencia	
			Urbano	Rural			Urbano	Rural
Belice					1999	92.2	98.8	86.6
Bolivia					2003	80.7	91.9	54.9
Colombia	1995	98	100	93	2000	97.2	98.4	93.1
El Salvador					2002/03	94.2	97.5	90.1
Guatemala	1995	68	87	53	2002	86.3	92.6	77.5
Haití	1995	96	99	94	2000	96.7	97.4	97.2
México					2003	96.2	97.9	90.7
Nicaragua	1998	94	98	88	2001	91.3	96.9	82.3
Perú	1996	89	97	62	2000	87.6	97.0	66.2
Perú					2003	91.9	97.8	77.5
República Dominicana	1996	100	100	99	2002	99.2	99.5	98.4

Fuentes: Fuentes: Guzmán, Hakkert, Contreras y Falconier de Moyano (2001), datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Como ya se ha visto respecto a otras variables que miden conocimiento, el nivel socioeconómico discrimina grupos que tienen acceso diferente al conocimiento sobre la existencia del Sida. En todos los países el porcentaje de las adolescentes que oyeron hablar del Sida es menor en el estrato más bajo que en el más alto. Esta situación ya se advertía en las encuestas de la segunda mitad de los 90 y persiste en las más recientes, aunque en Haití las diferencias ya son mínimas. La situación en Guatemala ha mejorado notablemente en los

7 años que separan una encuesta de otra, pero no así en Perú, donde la diferencia entre ricos y pobres se mantiene al mismo nivel entre 1996 y 2000. La diferencia mayor se registra en la encuesta reciente de Bolivia donde las adolescentes de nivel socioeconómico bajo que oyeron hablar de Sida apenas supera el tercio. En Nicaragua parece haber un retroceso, pero no puede descartarse que se trate de diferencias en la forma de medición u oscilaciones marginales debidas al tamaño muestral (cuadro 3.3).

Cuadro 3.3. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que oyeron hablar del Sida, por nivel socioeconómico y por pertenencia a un grupo indígena. Últimos años disponibles

País	Fecha	Total	Nivel socioeconómico (a)		Fecha	Total	Nivel socioeconómico (a)		Indígenas (b)
			Más bajo	Más alto			Más bajo	Más alto	
Bolivia					2003	80.7	37.1	94.2	73.3
Colombia	1995	98	91	100	2000	97.2	89.9	98.1	
El Salvador					2002/03	94.2	86.8	98.5	
Guatemala	1995	68	24	93	2002	86.3	61.6	96.9	65.2
Haití	1995	96	86	100	2000	96.7	95.2	96.5	
México					2003	96.2			82.1
Nicaragua	1998	94	80	99	2001	91.3	73.7	98.2	55.6
Perú	1996	89	52	98	2000	87.6	50.1	97.4	45.1
Perú					2003	91.9	...	...	57.4

Notas: (a) Respecto a los criterios para determinar el nivel socioeconómico, ver el anexo metodológico.

(b) Respecto a qué grupos étnicos se incluyen en cada país, ver el anexo metodológico.

Las encuestas de 1995 de Guatemala pertenece a la serie de DHS y la de 2002 a las del CDC, por lo cual los datos no son estrictamente comparables.

Fuentes: Guzmán, Hakkert, Contreras y Falconier de Moyano (2001), datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Nuevamente se advierte la situación de inferioridad en que se encuentran las adolescentes pertenecientes a culturas indígenas, ya que el porcentaje de las que oyeron hablar del Sida es siempre menor que el promedio del país y en Nicaragua y Perú está por debajo de los porcentajes correspondientes al estrato socioeconómico más bajo (cuadro 3.3).

El análisis por nivel educativo no hace más que reiterar el panorama de mayor indefensión en todos los aspectos de la salud reproductiva en que se encuentran las adolescentes con bajos niveles educativos (con la excepción de Haití, donde el nivel de escolaridad no determina prácticamente diferencia). A partir del nivel secundario la casi totalidad de las jóvenes oyeron hablar del Sida. Y son las que no han tenido educación formal las que están claramente en

desventaja: el 27% de ellas en El Salvador, el 38% en México, el 42% en Nicaragua, el 49% en Guatemala y un escalofriante 88% en Perú (2000) no conoce la existencia del Sida (cuadro 3.4). Los porcentajes de Nicaragua y en especial de Perú entre las mujeres de este nivel de educación, señalan un retroceso respecto a fechas anteriores que es difícil de explicar, aunque podría sugerirse que las jóvenes que no han tenido ninguna educación formal son cada vez un grupo más marginal de la población a medida que pasa el tiempo y es ese grupo el representado en las cifras mencionadas. Esta hipótesis se ve sostenida por los datos de Perú para el 2003, cuando la muestra ya no alcanza a detectar un número suficiente de adolescentes sin educación formal que hayan oído hablar de Sida.

Cuadro 3. 4. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que oyeron hablar del Sida, por nivel de educación. Últimos años disponibles

País	Fecha	Total	Nivel de educación (a)			Fecha	Total	Nivel de educación (a)			Medio y +
			Ninguno	Primaria	Secundaria			Ninguno	Primaria	Secundaria	
Bolivia	1995	98	91	94	100	2003	80.7	*	57.6	94.4	99.0
Colombia	1995	98	91	94	100	2000	97.2	*	89.6	99.5	99.2
El Salvador	1995	68	25	60	100	2002/03	94.2	72.8	86.9	97.5	99.8
Guatemala	1995	96	85	97	100	2002	86.3	50.9	79.8	99.9	*
Haití	1998	94	74	91	100	2000	96.7	94.8	97.9	96.8	...
México	1996	89	41	56	100	2003	96.2	62.0	81.7	99.0	99.6
Nicaragua	1996	100	94	100	100	2001	91.3	58.3	87.0	98.4	100.0
Perú	1996	100	94	100	100	2000	87.6	12.1	54.9	96.7	100.0
Perú	1996	100	94	100	100	2003	91.9	*	63.5	96.2	100.0
República Dominicana	1996	100	94	100	100	2002	99.2	86.0	98.6	99.9	100.0

Notas: (a) Respecto a las definiciones de los niveles de educación en cada país, ver el anexo metodológico.

* Menos de 25 casos en la celda.

... No hay información.

Fuentes: Guzmán, Hakkert, Contreras y Falconier de Moyano (2001), datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

El cuadro 3.5 muestra que haber oído hablar del Sida es un indicador muy precario de los recursos cognitivos necesarios para actuar en forma preventiva. Al preguntársele a las encuestadas si sabían cómo evitar el Sida el 83% o más (excepto en Haití) dijo que sí. Sin embargo, muchas menos reconocieron al condón como forma de prevención. En Perú, en los años que median entre las dos últimas encuestas, ha habido un leve progreso en el reconocimiento de la importancia del condón, pero los porcentajes siguen siendo bajos. Aún más preocupantes son los datos de Nicaragua, donde no llegan al 20% las jóvenes que reconocen al condón

como preventivo del contagio, dentro de un panorama en que sólo en El Salvador, México y República Dominicana superan el 70% las adolescentes que saben que el condón es eficaz en la prevención del contagio. También es preocupante el alto porcentaje que, en todos los países, menciona “otras” formas de evitar el contagio, la mayoría de ellas totalmente ineficaces. Dado que el evitar las transfusiones o controlar la calidad de la sangre usada está fuera del alcance de estas jóvenes y que el no ser promiscua no garantiza que el compañero sea sano y/o fiel, el condón es el único medio con el que ellas contarían, pero desconocen su utilidad.

Cuadro 3. 5 Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que conocen alguna forma de evitar el contagio entre las que oyeron hablar del Sida, según las formas que conocen (respuestas múltiples). Últimos años disponibles

País	Fecha	Conoce cómo evitar el Sida (a)	% que conoce cada una de las formas de evitar el Sida			
			Usar condón	No ser promiscua/ tener un solo compañero	Evitar transfusiones de sangre / con sangre contaminada	Otras (b)
Bolivia	2003	82.7	55.1	35.9	8.1	38.1
Colombia	2000	91.0	65.9	29.0	16.7	51.8
El Salvador	2002/03	96.7	71.9	88.3	5.2	85.4
Guatemala	2002	85.0	35.3	33.9	11.5	50.3
Haití	2000	56.0	39.9	20.9	1.9	22.5
México	2003	89.0	75.6	15.9	2.0	20.0
Nicaragua	2001	97.8	19.9	15.7	4.6	31.4
Perú	2000	90.2	34.1	36.1	...	62.3
Perú	2003	92.7	45.3	29.7	18.1	58.8
República Dominicana	2002	93.0	76.7	32.7	2.8	30.5

Notas: (a) Incluye a todas las adolescentes que respondieron que conocen cómo evitar el Sida, independientemente de la forma específica que mencionaron.

(b) Incluye diferentes categorías según los países. Por ejemplo, evitar relaciones sexuales con prostitutas/ con homosexuales/ con usuarios de drogas inyectables; evitar besarse; evitar compartir hojas de afeitar/ utensilios/ platos con personas viviendo con VIH; evitar picaduras de mosquitos; usar espermicidas.

... No hay información

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

No mencionar al condón como forma de prevención puede deberse no sólo a un desconocimiento sino a un “conocimiento” equivocado. En un estudio con adolescentes escolarizados en Guadalajara, México (Florencia y otros, 2002), se encontró que entre las creencias más desfavorables respecto al preservativo estaban las relativas a su eficacia para prevenir infecciones de transmisión sexual y contra microorganismos. Y en una investigación dirigida a varones centroamericanos (Pantelides y Manzelli, 2005) se encontró que en algunos países muchos creen que “el preservativo tiene poros que dejan pasar el virus del Sida”. Esta afirmación suele ser difundida por los representantes de sectores sociales conservadores, entre ellos algunos de la

iglesia católica. La prédica de esta desinformación no se ha limitado a Centroamérica y ha influido en la población que respeta a quienes la difunden o no tiene otras fuentes de información. Los Ministerios de Salud de muchos países han cedido a la presión de los sectores mencionados, lo que se manifiesta de distintas maneras: ausencia de campañas informativas, campañas que omiten mencionar el preservativo y/o que hacen hincapié sólo en la abstinencia y la fidelidad como estrategias de prevención.

Mencionar el condón como método de prevención no significa que se conozca su efectividad y la forma de usarlo, como verificaron Rodríguez y otros (1999) en su investigación en ciudad de México. Por otro lado, y como ya se comentara

en el capítulo anterior, existen otras barreras al uso del condón. Investigaciones con técnicas cualitativas en dos barrios pobres de Lima muestran que, en el marco de relaciones románticas, el condón es concebido como una protección contra el embarazo y dado que en ese tipo de relaciones no suele estar presente el temor al contagio de infecciones de transmisión sexual, es poco usado (Yon, Jiménez y Valverde, 1998). En forma similar, en la población

adolescente pobre residente en la ciudad de México “[p]ermanentemente los entrevistados/as relacionan el condón con la prevención de embarazo. El uso de los preservativos como método de prevención de las ETS sólo surge esporádicamente generalmente incentivado por las preguntas de los entrevistadores,⁷ y recae de inmediato en el ámbito de la anticoncepción” (Rodríguez y otros, 1999: 159).

Cuadro 3. 6. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que saben que el condón puede evitar el contagio entre las que oyeron hablar del Sida, según lugar de residencia, según nivel socioeconómico y según pertenencia a un grupo indígena. Últimos años disponibles

País	Fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel socioeconómico (a)		Indígenas (b)
			Urbano	Rural	Más bajo	Más alto	
Bolivia	2003	55.1	59.9	37.2	31.5	66.7	50.5
Colombia	2000	65.9	68.5	57.1	52.3	72.0	
El Salvador	2002/03	71.9	76.5	65.8	62.8	76.5	
Guatemala	2002	35.3	37.7	33.5	15.5	44.4	15.5
Haití	2000	39.9	52.5	28.1	20.3	56.5	
México	2003	75.5	78.9	63.9	...	...	61.1
Nicaragua	2001	19.9	23.2	13.6	7.6	24.9	6.5
Perú	2000	34.1	38.4	19.6	17.1	40.0	5.3
Perú	2003	45.3	51.9	25.2	...	...	25.0
República Dominicana	2002	76.7	79.2	71.9	...	...

Notas: (a) Respecto a los criterios para determinar el nivel socioeconómico, ver el anexo metodológico.

(b) Respecto a qué grupos étnicos se incluyen en cada país, ver el anexo metodológico.

... No hay información.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

El conocimiento de que el condón puede evitar el contagio del Sida es, en todos los países, menor entre las adolescentes rurales que entre las urbanas, siendo las diferencias en general importantes, con la excepción de Guatemala y República Dominicana. En Perú, tanto en el 2000 como en el 2003 los porcentajes urbanos duplican a los rurales y también es muy grande la diferencia en Haití. Mayores aún son las diferencias entre las adolescentes de los extremos de la escala de nivel socioeconómico. En Guatemala, por ejemplo, el porcentaje de las jóvenes del estrato más alto que tienen el conocimiento apropiado casi triplica al del estrato más bajo,

en Nicaragua más que lo triplica y en Bolivia más que lo duplica (cuadro 3.6).

Nuevamente, el porcentaje de las adolescentes indígenas que sabe que el condón puede evitar el contagio del Sida es más bajo que el promedio de la población femenina adolescente, aunque en Bolivia la diferencia es escasa. Sólo en Bolivia y México más de la mitad de las adolescentes indígenas dan una respuesta positiva. Recuérdese que estos porcentajes se han calculado respecto a aquellas encuestadas que oyeron hablar del Sida.

⁷ Esto quizás explicaría la contradicción entre la escasa mención del condón que encuentran Rodríguez y otros (1999) y la mucho mayor que aparece en la mayoría de las encuestas.

Cuadro 3. 7. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que saben que el condón puede evitar el contagio entre las que oyeron hablar del Sida, según nivel de educación. Últimos años disponibles

País	Fecha	Total	Nivel de educación			
			Ninguno	Primaria	Secundaria	Medio y +
Bolivia	2003	55.1	*	40.8	59.7	75.5
Colombia	2000	65.9	*	49.1	69.8	78.2
El Salvador	2002/03	71.9	69.6	55.8	76.9	79.7
Guatemala	2002	35.3	16.8	25.9	49.0	*
Haití	2000	39.9	23.1	30.5	60.9	...
México	2003	75.5	58.0	53.8	77.7	80.9
Nicaragua	2001	19.9	5.2	14.3	24.5	27.7
Perú	2000	34.1	*	13.3	35.8	53.8
Perú	2003	45.3	*	20.2	46.5	55.4
República Dominicana	2002	76.7	44.2	72.5	82.3	75.5

Notas: * Menos de 25 casos en la celda.

... No hay información.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

No es ya ninguna sorpresa que la educación establezca diferencias en el conocimiento respecto a la efectividad del condón para prevenir el contagio. En todos los países, a mayor educación, mayor el porcentaje de las encuestadas que tienen ese conocimiento; sobre todo es la educación secundaria la que marca las diferencias más significativas. En Perú, entre el 2000 y el 2003, las diferencias por nivel de educación se han vuelto menores, y se observa un progreso importante si se considera el poco tiempo transcurrido, pero todavía el desconocimiento es mayor que el conocimiento.

PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE CONTAGIO

Haber oído hablar del Sida no garantiza mayor conocimiento sobre la enfermedad y sus consecuencias. Es fundamental conocer las formas de contagio y los medios de prevención. Según el modelo de creencias en salud (*health belief model*), también es esencial para adoptar conductas preventivas el saberse o creerse en riesgo de contraer una enfermedad. Como se verá a continuación, no todas las adolescentes que oyeron hablar del Sida se creen en riesgo de contagiárselo.

Cuadro 3.8. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que declaran no estar en riesgo de contraer la enfermedad entre las sexualmente iniciadas que oyeron hablar del Sida, según estado conyugal. Últimos años disponibles

País	Fecha	Total	Solteras	Casadas o unidas	Fecha	Total	Solteras	Casadas o unidas
Bolivia					2003	52.4	50.9	56.3
Colombia	1995	58	49	64	2000	59.9	53.4	70.7
El Salvador					2002/03	62.8	56.1	65.5
Guatemala	1995	77	80	79	2002			
Haití	1995	62	63	60	2000	83.2	84.2	78.6
México					2003			
Nicaragua	1998	67	60	66	2001	58.6	63.3	56.2
Perú	1996	58	53	63	2000	55.0	52.2	58.8
Perú					2003	65.1	63.6	66.0
República Dominicana	1996	77	80	77	2002	57.6	51.0	59.0

Fuentes: Guzmán, Hakkert, Contreras y Falconier de Moyano (2001), datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Si se observan primero los datos más recientes se advierte que en casi todos los países (a excepción de Haití) son una mayoría, aunque tenue, las adolescentes sexualmente iniciadas y que conocen la existencia de la enfermedad que no se consideran en riesgo de contraer el Sida. En efecto, los porcentajes de las que creen no estar en riesgo oscilan entre el 55% y el 63%. El paso del tiempo no ha surtido el mismo efecto en los diferentes países. En algunos, el porcentaje que no se considera en riesgo ha aumentado (Haití), en otros ha descendido (Nicaragua y República Dominicana) y en otros casi no ha cambiado (Colombia), mientras que en Perú descendió y luego aumentó considerablemente (cuadro 3.8). Es difícil decir a qué se deben estas tendencias, pues los factores pueden ser varios e incluso cancelarse mutuamente. Así, por ejemplo, en algunos países puede haberse extendido la epidemia o la conciencia sobre su gravedad (ya que, como se ha visto, sobre su existencia hay un conocimiento generalizado), pero al mismo tiempo puede haber cambiado el porcentaje de las adolescentes que adoptaron medidas

preventivas y están efectivamente a salvo del contagio. Otro dato que complica la interpretación de los resultados es la diferencia entre solteras y unidas en lo que respecta a la conciencia de riesgo. Es de esperar que aquellas en uniones estables tiendan a considerarse a salvo en mayor medida que las solteras, ya que se ha difundido mucho la idea (sólo correcta bajo el supuesto de fidelidad mutua y de que ambos miembros estén libres del VIH) de que el tener una pareja estable es una forma de prevención. Sin embargo, en Haití y Nicaragua son más las solteras que las unidas que consideran no tener riesgo de contagio (cuadro 3.8). Un factor que se agrega es cuántas de las solteras tenían actividad sexual al momento de la encuesta, puesto que aquellas que no tenían relaciones sexuales (aunque ya se habían iniciado) podrían considerarse con razón a salvo del contagio por vía sexual. Es difícil, además, arriesgar una hipótesis sobre cómo inciden en estas declaraciones la presencia en estas poblaciones de otras formas de contagio, como el uso de drogas inyectables.

Cuadro 3.9. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que declaran no estar en riesgo de contraer la enfermedad, entre las sexualmente iniciadas y que oyeron hablar del Sida, según lugar de residencia, según nivel socioeconómico y según pertenencia a un grupo indígena. Últimos años disponibles

País	Fecha	Total	Lugar de residencia		Nivel socioeconómico (a)		Indígenas (b)
			Urbano	Rural	Más bajo	Más alto	
Bolivia	2003	52.4	53.7	49.1	44.4	53.8	57.9
Colombia	2000	59.9	58.5	63.6	66.4	59.9	
El Salvador	2002/03	62.8	65.6	59.1	63.5	65.7	
Haití	2000	83.2	75.3	91.1	92.7	85.9	
Nicaragua	2001	58.6	59.9	56.9	60.4	54.4	
Perú	2000	55.0	52.8	59.6	58.9	48.2	64.4
Perú	2003	65.1	67.5	57.9	...	...	*
República Dominicana	2002	57.6	56.8	59.3	...	...

Notas: (a) Respecto a los criterios para determinar el nivel socioeconómico, ver el anexo metodológico.

(b) Respecto a qué grupos étnicos se incluyen en cada país, ver el anexo metodológico.

... No hay información.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

En cuatro de los siete países para los que se cuenta con información (Colombia, Haití, Perú 2000 y República Dominicana), es mayor la proporción de adolescentes rurales que de urbanas que se consideran libres de riesgo de contraer el Sida, aunque las diferencias no son importantes, excepto en Haití. No es posible saber si esta diferencia rural-urbana (que es la esperada) se debe a diferente acceso a información adecuada sobre las formas de contagio o a una cierta conciencia de que el Sida es, como ya se dijo, sobre todo una enfermedad urbana. En Bolivia, El Salvador y Nicaragua se da la situación inversa, siempre con diferencias pequeñas, que incluso pueden encontrarse dentro de los márgenes de

error de la muestra (cuadro 3.9). En los tres años que median entre las dos últimas encuestas, las cifras del Perú se invirtieron; así, en el 2003 es mayor la proporción de las adolescentes urbanas que de las rurales que se consideran libres de riesgo de contagio, debido a un aumento importante en el porcentaje de las primeras.

Con la excepción de Bolivia, el porcentaje de adolescentes que se considera exenta del riesgo de contagio del Sida es mayor entre las de nivel socioeconómico más bajo. En Bolivia y Perú, donde se procesó la información por separado para las indígenas, el porcentaje de éstas que se considera libre de riesgo es mayor que el promedio y que las residentes rurales.

Cuadro 3.10. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que declaran no estar en riesgo de contraer la enfermedad, entre las sexualmente iniciadas que oyeron hablar del Sida, según nivel de educación. Últimos años disponibles

País	Fecha	Nivel de educación			
		Ninguno	Primario	Secundario	Medio y +
Bolivia	2003	*	48.3	55.1	53.6
Colombia	2000	*	59.6	60.8	48.0
El Salvador	2002/03	*	62.8	63.1	75.0
Haití	2000	76.6	85.1	84.7	...
Nicaragua	2001	51.4	58.7	60.1	50.0
Perú	2000	*	53.7	55.9	52.2
Perú	2003	*	47.8	72.0	54.5
República Dominicana	2002	61.3	62.4	52.2	34.5

Notas: (a) Respecto a las definiciones de los niveles de educación en cada país, ver el anexo metodológico.

* Menos de 25 casos en la celda.

... No hay información.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

La influencia del nivel de educación sobre la creencia de estar en riesgo de contraer el Sida no es evidente. Sólo puede decirse que en varios de los países los porcentajes más altos se encuentran entre las adolescentes con educación secundaria (cuadro 3.10). Sólo en la República Dominicana se advierte una clara relación inversa entre el nivel educativo y el porcentaje de adolescentes que se consideran exentas del riesgo de contagio del Sida.

Algunos estudios han abordado el tema de la percepción de riesgo y los modos de prevención con instrumentos que permiten una exploración de lo que está detrás de respuestas como las que se analizaron. Aquí es interesante mencionar una investigación basada en entrevistas llevadas a cabo en 1995 y 1996 a 31 mujeres de entre 16 y 22 años en la Argentina en una unidad de adolescencia de un hospital público de la ciudad de Buenos Aires y un comedor comunitario. Se observó allí que si bien las jóvenes, especialmente las de escolaridad alta, manejaban la información sobre cómo prevenir la transmisión, tendían a relacionar al que está en riesgo o es más vulnerable a la enfermedad con los “otros”: “...los tatuados, los que van con cualquiera, los que se acuestan enseguida, los pobres, los ignorantes, los que andan por la calle, los que andan en barra, los que se drogan en la plaza, los promiscuos.” (Weller, 1999: 158). Resultados similares habían encontrado Kornblit y Mendes Diz (1997: 99) entre estudiantes secundarios de escuelas públicas de varias ciudades de la Argentina. Las autoras señalan evidencia de no implicación personal en el

contagio, al considerar a los “grupos de riesgo” como los más expuestos: los promiscuos, los bisexuales, los homosexuales, los drogadictos. Resultados similares encuentran en Lima Yon, Jiménez y Valverde (1998) a los que agregan el tema de la percepción de riesgo dependiente de quién es la pareja: el riesgo percibido es mayor si no se conoce a la persona y si esa persona pertenece a una cierta categoría de mujeres (chicas “movidas”) o a los varones que tienen relaciones con ellas. Como dicen Rodríguez y otros (1999) el proyectar el riesgo en los otros permite a los jóvenes negar el riesgo en su realidad cotidiana y mantener una distancia segura en términos psicológicos, que es uno de los factores que hacen que la información no penetre ni produzca cambios en las concepciones y las prácticas frente al Sida.

En este capítulo se reitera, ahora en relación a la prevención del Sida, lo encontrado en capítulos anteriores: entre las adolescentes mujeres las más vulnerables –por desconocer formas de prevención y por carecer de percepción de riesgo de contagio– son las que residen en áreas rurales, las más pobres y, en ciertos aspectos, las menos educadas. Y siempre las indígenas se encuentran en igual o peor situación que los demás grupos vulnerables. Es urgente proveer de acceso a la información, pero luego queda otra barrera más difícil de sortear, la que hace que conocimientos adecuados no se traduzcan en conductas preventivas adecuadas, como lo muestra abundantemente la literatura, y no sólo la referida a la adolescencia. Una barrera cuyas raíces aún se están tratando de comprender.

Fecundidad en la Adolescencia

FACTORES QUE INCIDEN EN LA OCURRENCIA DE EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo es un hecho que no se registra. Su huella son los nacimientos pero, debido a la existencia de abortos espontáneos y provocados, no todos los embarazos llegan a término, momento en el que serían registrados. Si los abortos, a su vez, se registraran, el número de embarazos podría reconstruirse aproximadamente (siempre quedarían fuera aquellos abortos espontáneos de los que ni la mujer tiene registro por producirse al comienzo del embarazo). Pero, dada la ilegalidad del aborto provocado en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, el registro de abortos se limita a los casos en que la mujer ingresa al hospital por complicaciones. Y aún este, es incompleto. En la sección siguiente analizaremos la magnitud de la fecundidad adolescente, pero en esta sección presentaremos otros tipo de evidencia que habla de quiénes se embarazan tempranamente y trata de explicar por qué, a partir de la palabra de las jóvenes.⁸

Claudio Stern (2004), en base a una investigación con jóvenes de 15 a 24 años en cinco contextos socioculturales de México (una comunidad rural “tradicional” en Oaxaca, un sector “marginal” urbano y otro de clase media alta en la ciudad de México y sectores populares urbanos en dos ciudades industriales) concluye que la vulnerabilidad social es el factor subyacente que facilita que se produzca un embarazo temprano. La mayor o menor vulnerabilidad tendría que ver con la existencia o ausencia de redes de apoyo confiables y estables, redes éstas que son más débiles en los sectores más pobres. Algo similar es señalado por Berglund y otros (1997), quienes encuentran que entre las adolescentes nicaragüenses la falta de relaciones cercana de confianza es un factor de riesgo de embarazo no deseado.⁹ Según estos autores, también aumenta el riesgo de un embarazo no deseado la privación económica y el bajo nivel educativo, las relaciones familiares conflictivas, la mala comunicación con la madre, la baja autoestima y la adherencia rígida a valores religiosos.

Según Furstenberg Jr (1998:249, nuestra traducción) en los países en desarrollo, “muchas niñas se embarazan y llevan a término su embarazo porque perciben pocas oportunidades en la vida futura. Los costos de una maternidad temprana no son tan altos ni tampoco lo son los beneficios de postergarla”. Resultados similares se encuentran en una investigación con 48 mujeres jóvenes de

todos los estratos sociales y diferentes niveles de actividad sexual y 24 varones que eran sus parejas, realizada en Bogotá y Cali (Colombia). En ambos contextos el embarazo fue considerado importante para cumplir con la meta de ingresar al mundo adulto, satisfacer la necesidad de afecto y compañía y como fuente de realización personal. Según los autores “... en contextos socioeconómicos y culturales que no ofrecen oportunidades de realización, el embarazo en la adolescencia les permite a los jóvenes ganar estatus, reconocimiento y aceptación social (Trujillo, Henao y González, 2004: 260). En una investigación llevada a cabo por María Elena Lournaga en Uruguay (Instituto Nacional de la Familia y de la Mujer, 1995) la autora interpreta que las adolescentes mayores de 16 años viven la maternidad como vía de crecimiento y acceso al mundo adulto y como instrumento de revalorización de sí mismas dentro del núcleo familiar y social. En adolescentes pertenecientes a los sectores sociales más carenciados la maternidad se transforma casi en el único medio de tener algo propio, de concretar un proyecto personal realizable (Instituto Nacional de la Familia y de la Mujer, 1995: 59). La maternidad como forma de entrar al mundo adulto (“voy a ser más madura”, “voy a ser una señora”) y de tener algo propio o no estar más sola fue detectado también por Climent y Arias (1997) entre adolescentes embarazadas que consultaban en un hospital público del Gran Buenos Aires.

Entre los factores “protectores” (los que evitarían el embarazo temprano no planeado) mencionados por Stern están la permanencia en el sistema escolar y el tener aspiraciones de desarrollo personal más allá de (o no basados solamente en) ser esposa y madre, lo que ya había sido advertido también por otros autores (Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez, 1995). Su contracara “la valoración del matrimonio y la maternidad relativamente tempranos” (Stern, 2004: 148), también es observada en otros contextos (Cutié Cancino, 1997 sobre La Habana, Cuba).

Si bien las jóvenes colombianas del estudio de Trujillo, Henao y González (2004) perciben que su grupo valora positivamente llevar adelante un embarazo y continuar con la vida cotidiana, también se recogieron opiniones negativas sobre la maternidad a esa edad por ser una responsabilidad que no deja cumplir con las actividades propias de la edad y que restringe la libertad personal. Este resultado es similar al encontrado por Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez (1995: 60-61) entre adolescentes del Area Metropolitana de

⁸ La mayor parte de las investigaciones se realizaron con mujeres.

⁹ Preferimos evitar la denominación de “no deseado”, (sería mejor “no planeado”, “imprevisto”) por la dificultad que señalan los psicólogos de medir la real existencia o ausencia de tal deseo. Sin embargo, muchos autores utilizan esta terminología y respetamos el uso de cada autor.

Buenos Aires que evaluaron que la maternidad temprana tenía como consecuencia “perder la adolescencia”, “que se le corte todo lo que está haciendo”, “no poder salir o ir a bailar”, “tener que arreglárselas sola”, “tener obligaciones o responsabilidades para las que no está preparada” o, directamente “arruinarse la vida”. En el mismo sentido, en la investigación realizada en Uruguay (Instituto Nacional de la Familia y de la Mujer, 1995), muchas adolescentes viven la maternidad como una experiencia en contradicción con su condición de jóvenes, declaran haber perdido las relaciones con sus pares y haber relegado las actividades juveniles ligadas a la recreación. Infesta Domínguez (1996) hace una distinción muy importante: son las jóvenes de estratos bajos las que consideran que la maternidad es el proyecto de vida más cercano a sus posibilidades mientras que las de estratos medios y altos la ven como un obstáculo.

SITUACIÓN ACTUAL Y TENDENCIA DE LA FECUNDIDAD EN LA ADOLESCENCIA

La tasa de fecundidad adolescente, junto a otros indicadores, como la proporción de nacimientos cuyas madres son adolescentes y la proporción de las adolescentes que son madres, permiten configurar un panorama de la situación de la fecundidad adolescente en cada país y proporcionan el contexto dentro del cual análisis más específicos son posibles.

Las tasas de fecundidad adolescente de América Latina y el Caribe tienen un rango de variación amplio, con niveles comparables a los de países desarrollados en el extremo inferior y próximos a los más elevados del mundo, característicos de algunos países africanos, en el extremo superior. En el período 2000-2005, las tasas van de un mínimo de 16.4 (por mil mujeres de 15-19 años) en Suriname a 138.1 en Nicaragua (cuadro 4.1). Las tasas más bajas se encuentran en países del Caribe no hispano, a los que se agrega Chile; las más elevadas se observan en algunos países de Centroamérica. La mayoría de los países de América del Sur se encuentran en niveles intermedios.

En la mayoría de los países para los que hay información para al menos dos puntos en el tiempo a partir de 1970-75, se observa un descenso de la fecundidad adolescente (cuadro 4.1). Hay sin embargo varias excepciones en las que la fecundidad aumenta entre 1970-1975 y 1990-1995 para volver a bajar en el quinquenio siguiente. Los países en que el aumento de la fecundidad adolescente fue mayor en términos relativos son Brasil (21% de aumento), Haití (16%) y Colombia (11%). Otros aumentos fueron de menor importancia.¹⁰ Los casos de Brasil, Haití y Uruguay son interesantes porque hacia 1995-2000 no había vuelto al nivel de fecundidad adolescente de 1970-1975. Los valores correspondientes a 2000-2005 son proyectados (es decir, estimados), y en general predicen nuevos descensos, generalmente modestos, o estabilidad (como en Cuba y Guadalupe) respecto a los valores del quinquenio anterior.¹¹

¹⁰ Un análisis más detallado de lo ocurrido hasta mediados de la década de 1990 puede encontrarse en Guzmán, Contreras y Hakkert (2001).

¹¹ Diferencias en las fuentes y la metodología de cálculo probablemente expliquen las diferencias entre algunos datos del cuadro IV.1 y los resultados de encuestas que han medido la fecundidad. Así por ejemplo, para Ecuador la ENDEMAIN 2004 muestra una tasa de fecundidad adolescente de 100 por mil para el período julio 1999 a junio de 2004 (en comparación a un 65.5 del cuadro IV.1), que además señala un aumento de la fecundidad en esas edades, en total contradicción con el proyectado descenso que significan los valores del citado cuadro.

Cuadro 4.1. Países de América Latina y el Caribe. Tasas de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años (por mil), períodos seleccionados

Países	Histórico			Proyectado 1995-2000
	2000-2005	1970-1975	1990-1995	
Antillas Neerlandesas	...	...	46.2	44.7
Argentina	68.3	69.7	64.8	60.6
Bahamas	...	...	63.4	61.0
Barbados	...	...	43.2	42.6
Belice	...	...	94.1	78.7
Bolivia	94.7	82.4	79.2	75.3
Brasil	68.3	82.4	71.9	70.5
Colombia	89.9	99.6	87.6	79.5
Costa Rica	105.8	89.0	84.6	80.7
Cuba	140.7	67.2	65.4	65.4
Chile	84.1	55.7	49.0	43.6
Ecuador	120.0	79.4	71.9	65.5
El Salvador	150.6	110.6	95.2	86.7
Estados Unidos de las Islas Vírgenes	...	...	...	45.7
Guadalupe	...	...	18.8	18.4
Guatemala	143.0	126.4	119.3	110.7
Guayana Francesa	...	...	109.4	105.0
Guyana	...	...	73.9	67.3
Haití	65.7	76.0	70.1	64.1
Honduras	150.8	126.5	114.6	102.5
Jamaica	...	...	63.0	46.5
Martinica	...	...	27.3	26.5
México	116.3	76.6	69.5	64.2
Nicaragua	157.9	167.6	156.5	138.1
Panamá	134.6	90.7	82.0	75.3
Paraguay	95.8	86.7	76.0	74.8
Perú	86.3	62.8	57.5	53.0
Puerto Rico	...	...	65.8	63.5
República Dominicana	116.7	102.6	96.9	93.2
San Vicente y las Granadinas	...	...	...	66.3
Santa Lucía	...	...	73.1	66.3
Suriname	...	...	21.2	16.4
Trinidad y Tobago	...	...	39.8	33.9
Uruguay	65.4	70.5	70.1	69.6
Venezuela	102.6	101.4	98.2	94.6

Nota: ... No hay información.

Fuentes: 1990-1995: CELADE (2001), *Boletín Demográfico*, 68.

1995-2000: CELADE (2001), *Boletín Demográfico*, 68; CELADE (2002), *Boletín Demográfico*, 70.

2000-2005: CELADE (2001), *Boletín Demográfico*, 68; CELADE (2002), *Boletín Demográfico*, 70 y United Nations, *World Population Prospects: the 2002 Revision*, <http://essa.un.org/unpp>, June 2003.

APORTES DE LAS ADOLESCENTES A LOS NACIMIENTOS

El porcentaje de nacimientos totales cuyas madres son adolescentes depende de dos factores: la estructura de las tasas de fecundidad por edad y el tamaño de la cohorte de

adolescentes. Este porcentaje puede visualizarse como el aporte de las adolescentes al total de nacimientos o como el porcentaje de todas las madres que son adolescentes en un período determinado (generalmente un año).¹² Se trata de un dato de especial interés para los servicios de salud ya que estas madres suelen tener necesidades especiales, ya sea de

¹² Suponiendo que el número de nacimientos múltiples o de ocurrencias de más de un nacimiento de la misma madre dentro del año son desdénables.

atención médica como de apoyo y contención, especialmente las más jóvenes de entre ellas.

En aquellos países en que los estratos más pobres de la población son los usuarios predominantes en el sistema estatal de salud, el porcentaje de madres adolescentes sobre el total de madres que son atendidas anualmente por ese sistema suele ser bastante mayor que el que muestran las estadísticas. Y son esas las madres adolescentes cuyas necesidades son más urgentes. Sería de gran utilidad, por ello, tener este dato discriminado según indicadores de la situación socioeconómica, lo que raramente está disponible.

Cuadro 4.2. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de los nacimientos cuyas madres son adolescentes, 1990-1995 y 2000-2005

Países	Histórico 1990-1995	Proyectado 2000-2005
Antillas Neerlandesas	...	11.5
Argentina	15.2	13.7
Bahamas	...	14.2
Barbados	...	13.2
Belice	...	17.4
Bolivia	12.4	12.6
Brasil	19.0	17.6
Colombia	18.9	16.8
Costa Rica	16.8	17.8
Cuba	19.1	19.7
Chile	11.3	10.1
Ecuador	15.1	14.2
El Salvador	22.3	17.1
Guadalupe	...	4.4
Guatemala	17.9	17.8
Guayana Francesa	...	16.0
Guyana	...	14.4
Haití	11.8	12.5
Honduras	18.5	18.6
Jamaica	...	11.7
Martinica	...	7.2
México	16.5	14.3
Nicaragua	24.6	24.0
Panamá	18.4	17.2
Paraguay	12.6	13.5
Perú	12.9	11.7
Puerto Rico	...	16.1
República Dominicana	19.5	20.5
Santa Lucía	...	14.5
Suriname	...	4.9
Trinidad y Tobago	...	13.1
Uruguay	16.1	15.5
Venezuela	18.6	20.6

Nota: ... No hay información.

Fuente: CELADE (2002), *Boletín Demográfico*, 70.

El aporte de las madres adolescentes al total de los nacimientos en el período 1990-1995 va entre un mínimo de 11.3% en Chile al 24.6% en Nicaragua, lo que en términos relativos implica una variación de más del 100%. Hay un grupo de países que tienen valores cercanos al de Chile (Bolivia, Haití, Paraguay y Perú), mientras que El Salvador se aproxima a los valores nicaragüenses. En este período no hay datos para los países no hispanos del Caribe, en algunos de los cuales se registrarían los menores aportes, inferiores incluso al 5% del total de nacimientos según la estimación para el período 2000-2005. Con la fecundidad adolescente generalmente en descenso, el hecho de que en varios países el aporte de las madres adolescentes al total de nacimientos aumente o permanezca estable se debe a que se registra un descenso relativamente mayor de la fecundidad en las demás edades fértiles.

Para completar el panorama general, otra manera de mirar el fenómeno de la fecundidad en la adolescencia es a través del porcentaje de adolescentes que han tenido hijos al menos una vez. Este dato está disponible para un número limitado de países de la región. Proviene de encuestas especiales y de aquellos censos que han hecho la pregunta sobre hijos tenidos por las mujeres y los han tabulado por edad de las mismas.

Cuadro 4.3. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) que han tenido al menos un hijo nacido vivo, por sexo. Últimos datos disponibles

País	Año	Mujeres	Varones	Año	Mujeres	Varones
Argentina				2001	12.4	...
Bolivia	1998	11.5	3.0	2003	12.7	3.1
Brasil	1996	14.3	3.1	2000	14.8	
Colombia				2000	15.1	...
Ecuador				1999	14.8	...
El Salvador	1998	20.5	...	2002/03	18.7	0.8
Guatemala	1998/99	17.3	...	2002	16.0	3.7
Haití	1995	10.8	0.3	2000	13.6	0.8
Honduras	1996	22.3	3.7	2001	23.2	4.2
México				2003	13.0	...
Nicaragua	1998	22.1	2.9	2001	20.6	...
Perú	1996	10.9	2.0	2000	10.7	...
Perú				2003	10.9	
Rca. Dominicana	1996	18.3	1.2	2002	18.9	1.1

Nota: ... No hay información.

Fuentes: Fuentes: Guzmán, Hakkert, Contreras y Falconier de Moyano (2001), datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Para las fechas más recientes (de 1999 en adelante) el porcentaje de adolescentes mujeres que fueron madres al menos una vez varía entre algo menos de 11% en el Perú y algo más de 23% en Honduras, una variación de más del 100%. En aquellos países para los que hay información en más de una fecha se observan tanto ascensos como estabilidad o descenso del porcentaje de adolescentes madres. En todos los casos las diferencias son pequeñas y, por tratarse de datos provenientes de encuestas por muestreo, simplemente puede tratarse de fluctuaciones debidas al tamaño muestral y que están dentro del margen de error.

A título ilustrativo, en el cuadro 4.3 también se incluye el porcentaje de los varones adolescentes que han sido padres. Se trata de porcentajes muy bajos, aún en países donde la fecundidad adolescente todavía es alta. Ello se debe a que las mujeres adolescentes suelen tener como parejas a varones de edades post-adolescentes, pero también influye el hecho de que los varones pueden desconocer que han sido padres y por tanto no pueden declararlo al encuestador.

Como no podría ser de otra manera, a medida que avanza la edad aumenta el porcentaje de adolescentes que han sido madres. En las encuestas más recientes, al llegar a los 18 años

los porcentajes se aproximan o superan el 20% en todos los países (cuadro 4.4); a los 19 años en cinco países ya el 30% o más de las adolescentes ha sido madre y en todos los demás las madres son entre el 22 y el 27% de las adolescentes. Si bien es cierto que una proporción de estas jóvenes ya se encuentran casadas o unidas y la maternidad forma parte de su proyecto de vida y que otras pertenecen a culturas en las que la unión marital se realiza tempranamente, las cifras muestran una realidad preocupante, especialmente en aquellos países donde alrededor del 5% de las jóvenes de 15 años ya han tenido un hijo (El Salvador y Nicaragua) o donde en torno al 40% de las jóvenes de 19 años ya fueron madres (como en Nicaragua y República Dominicana).¹³

Un examen de los países que tienen datos para dos fechas (cuadro 4.4) no muestra una tendencia en cuanto a las proporciones de madres en las distintas edades y sólo en Nicaragua se advierte un descenso del porcentaje de madres entre las adolescentes de todas las edades. Contar con datos para tres fechas en Perú, permite observar un alentador descenso, lento pero continuo en el porcentaje de adolescentes madres de 15 y 16 años, lo que se verá corroborado por la información del cuadro 4.5.

¹³ Téngase en cuenta, además, que no son pocas las que ya tienen más de un hijo.

Cuadro 4.4. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han tenido al menos un hijo nacido vivo, por edad. Últimos datos disponibles

País	Fecha	Total	Edad				Fecha	Total	Edad											
			15	16	17	18			19	15	16	17	18	19						
Argentina																				
Bolivia	1998	11.5	2.6	2.7	10.7	19.4	2001	12.4	3.7	6.5	11.2	17.2	23.6							
Brasil	1996	14.3	3.1	7.5	15.4	21.5	2003	12.7	2.7	5.0	11.2	21.0	28.8							
Colombia	1995	13.5	3.1	7.1	9.3	20.5	2000**	14.8	8.3			24.3								
El Salvador	1998	20.5	...	...	...	...	2000	15.1	1.4	6.5	14.1	22.1	30.1			
Guatemala	1998/99	17.3	2.6	5.9	18.0	24.0	2002/3	18.7	4.6	10.8	14.1	30.3	35.2							
Haití	1994/95	10.8	1.5	4.0	10.9	12.3	2002	16.0	3.9	9.1	13.2	26.3	32.9							
Honduras							2000	13.6	0.9	4.6	13.7	19.6	27.4							
México							2001	23.2												
Nicaragua	1997/98	22.1	5.1	12.4	22.4	33.1	2003	13.0	1.3	4.2	12.0	24.9	25.4							
Perú	1996	10.9	1.6	5.9	9.1	14.2	2001	20.6	4.9	7.3	19.5	31.1	41.5							
Perú							2000	10.7	1.0	4.7	9.6	18.2	22.3							
Rca. Dominicana	1996	18.3	3.1	8.6	19.7	23.6	2003	10.9	0.8	3.6	7.0	17.7	26.8							
							2002	18.9	3.5	9.9	19.2	25.9	36.7							

Notas: ... No hay información

** Brasil: el porcentaje que figura en la edad 15 corresponde a 15-17 años y el que figura en la edad 18 a 18-19 años.

Fuentes: DHS STATcompiler. www.measuredhs.com. Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Pese a que la adolescencia, tal como la hemos definido, sólo comprende un número limitado de cohortes, ser madre a los 15 años no es lo mismo que serlo a los 19. En esos pocos años son muchos los cambios que ocurren. Además, hacia el final de la adolescencia aumenta considerablemente el porcentaje de jóvenes que se encuentran en uniones conyugales legales o de hecho. Si bien son numerosos los casos en que esas uniones se realizan a raíz de un embarazo, en otros se trata simplemente de la manifestación de una decisión libremente tomada por las jóvenes. Una situación distinta es la de aquellas adolescentes que llegan a ser madres aún antes de haber cumplido los 15 años. Pantelides y Geldstein (1998) en un estudio con adolescentes del Área Metropolitana de Buenos Aires encontraron evidencias de que a esas edades con frecuencia las relaciones sexuales no son por mutuo consentimiento o que son obtenidas bajo coerción psicológica o física y que a menor edad mayor es la probabilidad de que ocurran relaciones sexuales no queridas aunque consentidas o sencillamente forzadas; lo mismo se encontró en una investigación realizada en Brasil (BENFAM; 1999).

Cuadro 4.5. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de madres de 15 a 19 años que tuvieron su primer hijo antes de los 15 años. Últimos años disponibles.

País	Año	%	Año	%
Bolivia	1998	9.4	2003	8.4
Colombia	1995	9.6	2000	7.9
Ecuador	1987	10.3	1999	10.6
El Salvador	1998	12.1	2002/3	9.0
Guatemala	1998/9	11.7	2002	14.8
Haití	1995	8.6	2000	7.2
Honduras	1996	14.8	2001	9.7
Nicaragua	1998	12.1	2001	10.3
Perú	1996	7.9	2000	7.8
Perú			2003	4.0
República Dominicana	1996	9.7	2002	13.6

Fuentes: Guzmán, Hakkert, Contreras y Falconier de Moyano (2001), datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Un indicador de esa maternidad muy temprana es el porcentaje de madres de entre 15 y 19 años que tuvieron su primer hijo antes de los 15 años (cuadro 4.5). En los países para los cuales el dato está disponible, ese porcentaje oscilaba entre 8 y 15% según las encuestas de la década de los 90 y en un rango similar (7 a 15%) en las de comienzos del presente siglo. En aquellos casos en que se dispone de datos para más de una fecha se advierte que el porcentaje mencionado baja en algunos países (Bolivia, Colombia, El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua) pero sube en otros (Guatemala, República Dominicana y, marginalmente, Ecuador). En Perú no hay cambios entre 1996 y 2000, pero se observa un descenso significativo en el 2003.

LA MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES

Así como ocurre con la fecundidad de todas las mujeres, también entre las adolescentes hay diferencias importantes según características socioeconómicas. En esta sección utilizaremos como indicador el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres (que han tenido al menos un hijo nacido vivo) de cada 100 mujeres de esas edades. Se trata de una medida fácil de calcular y que permite marcar diferencias entre sub-poblaciones y que agrega una dimensión útil para la planificación, ya que se la puede traducir inmediatamente a número de mujeres adolescentes que tienen hijos (multiplicándola por la población correspondiente).

La residencia urbana o rural determina diferencias notables en el porcentaje de madres entre las adolescentes (cuadro 4.6), que en casos extremos se manifiestan en porcentajes rurales cuya magnitud más que dobla la del área urbana (Bolivia, 1998) o casi la triplica (Perú 1996 y 2000). En el área rural de varios países entre una cuarta y una quinta parte de todas las mujeres de 15-19 años son madres. Tomando solamente los datos desde el año 2000, ese es el caso de Colombia, El Salvador y Nicaragua. En los países para los que se dispone de información para dos fechas, se advierten escasos cambios, tanto en el área urbana como en la rural, pero cuando los hay, éstos en general producen un acortamiento de las diferencias urbano-rurales. Las tres encuestas peruanas permiten observar un lento descenso en el porcentaje de madres adolescentes rurales y un leve ascenso en las urbanas.

Cuadro 4. 6. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han tenido hijos nacidos vivos, por área de residencia. Últimos años disponibles

País	Fecha	Total	Lugar de residencia		Fecha	Total	Lugar de residencia	
			Urbano	Rural			Urbano	Rural
Bolivia	1998	11.5	9.2	18.4	2003	12.7	10.2	18.2
Brasil	1996	14.3	13.0	20.1	2000	14.8	14.2	17.4
Colombia	1995	13.5	11.5	19.3	2000	15.1	13.3	20.8
El Salvador	1998	20.5			2002/3	18.7	17.0	20.0
Guatemala	1998/99	17.3	13.4	20.1	2002	16.0	12.3	18.6
Haití	1994/95	10.8	8.6	12.9	2000	13.6	11.4	15.9
Honduras					2001	23.2		
México					2003	13.0	12.2	15.6
Nicaragua	1997/98	22.1	18.8	27.9	2001	20.6	17.4	25.8
Perú	1996	10.9	7.5	21.1	2000	10.7	6.9	19.2
Perú					2003	10.9	8.5	16.6
Rca. Dominicana	1996	18.2	14.4	25.7	2002	18.9	17.1	22.8

Fuentes: DHS STATcompiler. www.measuredhs.com. Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

El análisis del cuadro 4.7 muestra en forma dramática cómo el nivel educativo determinan diferencias muy significativas en el porcentaje de adolescentes que se convierten en madres. Sirve para señalar también que el porcentaje de madres entre las mujeres adolescentes sin educación es siempre igual o superior al 30%, cualquiera sea la fecha a la que corresponda el dato.¹⁴ Ese porcentaje es también muy elevado entre aquellas que sólo tienen

educación primaria. El contraste con las que tienen educación secundaria o más es notable: en todos los países, independientemente de la fecha, la proporción de madres en esa categoría es siempre inferior al 13%, la suba que se advierte en algunos países en las encuestas del siglo XXI son menores, y posiblemente debidas a oscilaciones propias de los datos muestrales, en especial en el caso de la muestra del 2003 de Perú que es pequeña.

¹⁴ La excepción es el 19.9% de Haití en 1994/95, pero esa cifra es dudosa, si se tiene en cuenta que en la encuesta del 2000 el porcentaje de madres en la misma categoría de educación había subido al 41.4%.

Cuadro 4.7. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han tenido hijos nacidos vivos según nivel de educación. Últimos años disponibles

País	Fecha	Total	Nivel de educación (a)			Fecha	Total	Nivel de educación (a)		
			Ninguno	Primaria	Secundaria y más			Ninguno	Primaria	Secundaria y más
Argentina						2001	12.4	29.2	33.2	8.9
Bolivia	1998	11.5	40.1	23.9	7.4	2003	12.7	*	20.7	7.7
Brasil	1996	14.3	50.7	23.6	10.7	2000	14.8	25.6	21.7	8.4
Colombia	1995	13.5	42.8	24.8	8.5	2000	15.1	*	28.3	11.3
El Salvador	1998	20.5	...	...	...	2002/03	18.7	47.2	30.0	12.1
Guatemala	1998/99	17.3	31.9	20.6	7.3	2002	16.0	30.6	20.0	5.6
Haití	1994/95	10.8	19.9	11.5	5.1	2000	13.6	41.4	13.9	7.1
Honduras						2001	23.2			
México						2003	13.0	43.4	22.1	11.0
Nicaragua	1997/98	22.1	48.0	20.7	11.1	2001	20.6	39.6	27.4	13.3
Perú	1996	10.9	47.2	25.9	6.5	2000	10.7	36.9	22.9	7.2
Perú						2003	10.9	*	30.1	7.8
Rca. Dominicana	1996	18.3	42.2	35.4/22.0	7.4/0.9	2002	18.9	58.4	28.2	10.9

Notas: (a) Respecto a las definiciones de los niveles de educación en cada país, ver el anexo metodológico. En República Dominicana los niveles primario y secundario y más están divididos en incompleto y completo y más.

* Menos de 25 casos en la celda.

... No hay información.

Fuentes: Guzmán, Hakkert, Contreras y Falconier de Moyano (2001), datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Las encuestas más recientes clasifican a los hogares según índices que pretenden captar la situación socioeconómica y que se basan principalmente en la posesión de ciertos bienes. En el cuadro 4.8 se muestra la proporción de madres entre las adolescentes ubicadas en los extremos más pobre y más rico de la distribución.

La evidencia es terminante pero no sorprendente: el porcentaje de madres entre las adolescentes de los hogares más pobres llega a duplicar o triplicar al de las más ricas. En el caso más extremo, en el Perú, diez veces más adolescentes se convierten en madres entre las más pobres que entre las más ricas.

Cuadro 4.8. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han tenido hijos nacidos vivos según nivel socioeconómico. Últimos años disponibles

País	Fecha	Total	Nivel socioeconómico (a)	
			Más bajo	Más alto
Bolivia	2003	12.7	24.7	5.6
Colombia	2000	15.1	25.6	6.8
El Salvador	2002/03	18.7	24.2	14.6
Guatemala	2002	16.0	29.5	9.5
Haití	2000	13.6	16.8	8.1
Nicaragua	2001	20.6	32.2	11.4
Perú	2000	10.7	26.3	2.7

Nota: (a) Respecto a los criterios para determinar el nivel socioeconómico, ver el anexo metodológico.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Cuadro 4.9. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años pertenecientes a grupos indígenas, que han tenido hijos nacidos vivos. Últimos años disponibles

País	Fecha	Total	Indígenas (a)
Bolivia	2003	12.7	10.9
Brasil	2000	14.8	27.0
Guatemala	2002	16.0	18.7
México	2003	13.0	15.2
Nicaragua	2001	20.6	29.1
Perú	2000	10.7	22.6
Perú	2003	10.9	23.4

Nota: (a) Respecto a qué grupos étnicos se incluyen en cada país, ver el anexo metodológico.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

En todos los casos – excepto Bolivia- el porcentaje de madres entre las adolescentes indígenas es superior al promedio. Las diferencias son más importantes en Nicaragua y sobre todo en Perú, tanto en 2000 como en 2003 (cuadro 4.9).

En resumen, dentro de un panorama general en la región de descenso de la fecundidad adolescente medida por la tasas de fecundidad de 15-19 años, el porcentaje de adolescentes que tienen al menos un hijo nacido vivo (porcentaje de madres) no muestra una tendencia uniforme. Estas dos medidas no son comparables por varios motivos. En primer lugar, se trata de medidas basadas en fuentes distintas con distinto grado de precisión, en particular debe tenerse en cuenta la variabilidad propia de los datos provenientes de muestras que desaconsejan intentar interpretar cambios de escasa magnitud. En segundo lugar, mientras la tasa se refiere estrictamente a los nacimientos cuyas madres tienen 15 a 19 años y a las mujeres de esa edad en un determinado momento en el tiempo, el porcentaje de madres adolescentes incluye también a mujeres que tuvieron hijos antes de los 15

años (pero que en el momento de la captación del dato tenían entre 15 y 19 años). Finalmente, el porcentaje de madres es un compendio de la conducta de varias cohortes de mujeres que tuvieron sus hijos en distintos momentos en el pasado (aunque hoy tengan 15 a 19 años) mientras las tasas que mostramos son un promedio quinquenal de la conducta de las mujeres de 15 a 19 años en cada año del promedio. En conclusión, la fecundidad adolescente está bajando en la mayoría de los países de la región, pero no se debe esperar que ello se refleje directamente en el porcentaje de madres entre las adolescentes; es este segundo dato el que dice cuántas de las adolescentes de un país o de determinadas subpoblación están en la situación de maternidad.

Otra conclusión importante es que la residencia (urbana o rural), el nivel educativo, el nivel socioeconómico y la pertenencia a un pueblo originario establece diferencias importantes en el porcentaje de madres entre las adolescentes, siendo siempre los porcentajes más altos en aquellas poblaciones más vulnerables desde el punto de vista socioeconómico.

Mortalidad materna y atención prenatal y del parto

LA MORTALIDAD MATERNA ADOLESCENTE

Algunas de primeras manifestaciones de preocupación por la maternidad en la adolescencia tuvieron su origen en la observación –quizás no demasiado sistemática– de la mortalidad materna de las adolescentes, la que aparecía como elevada en relación a la de otras edades. Se suponía que ello era debido a una falta de maduración del cuerpo, el que no se encontraría preparado para soportar un embarazo. Más adelante, esta apreciación fue calificada, y se la limitó a las mujeres en las primeras edades de la adolescencia y se

especificó que el problema residiría en la falta de maduración pélvica que aumentaría el riesgo de obstrucción en el parto. Se advirtió también que parte importante del riesgo de muerte materna en la adolescencia se relacionaba con el estado de salud y éste a su vez con el estatus socioeconómico.¹⁵ El acceso diferencial a los cuidados médicos antes y durante el parto es otro de los factores que a menudo se señalan como causales de riesgo aumentado de muerte materna en la adolescencia. A continuación examinaremos algunos de estos factores.

Cuadro 5.1. Países de América Latina y el Caribe. Indicadores de mortalidad materna por edad. Últimos años disponibles

Edad	RMM	Tasa de mortalidad materna			
	Argentina 2003	Bolivia 1998-2003	Haití 1994-2000	Perú 1994-2000	Rca. Dominicana 1992-2002
menos de 15	35.8	...	...	...	...
15-19	36.3	24.5	13	22.2	7.4
20-24	26.8	13.8	66	19.6	14.5
25-29	38.0	52.5	145	13.2	38.9
30-34	48.2	29.1	116	12.3	34.6
35-39	77.4	47.3	104	28.9	17.6
40-44	109.9	19.1	79	25.6	1.8
45-49	274.7	20.5	54	1.8	8.3
Tasa mortalidad materna ajustada (por 100000 mujeres)		29.3	77	18.3	18.3
Razón de mortalidad materna total (por 100000 nacidos vivos)	43.6	228.9	523	184.8	177.7

Notas: Las relaciones de mortalidad materna (RMM) y las tasas de mortalidad materna (TMM) no son comparables, ya que sus denominadores son distintos. Las RMM tienen como denominador a los nacidos vivos, mientras que el denominador de las tasas son las mujeres (en este caso años - mujeres de exposición) del grupo de edad correspondiente. Las tasas de Haití, Perú y República Dominicana se calcularon con los nacimientos del período que se indica en la columna correspondiente, estimados por el método de supervivencia de las hermanas. Las cifras de nacimientos de Argentina incluyen el proporcional de los nacimientos de edad de la madre desconocida o mal declarada. ... No hay información.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Es muy difícil encontrar información sobre mortalidad materna por edad. La evidencia que se muestra en el cuadro 5.1¹⁶ es sólo para unos pocos países y, salvo la de Argentina, ha sido calculada por un método indirecto que no es muy adecuado, como lo muestran los niveles poco creíbles por edad y las tasas muy bajas en las edades por encima de los 40

años, que son aquellas en que el riesgo de morir durante el embarazo, parto y puerperio es mayor. En Haití y República Dominicana los niveles tan bajos de mortalidad materna adolescente en relación a las otras edades tampoco resulta creíble. Las razones calculadas para Argentina, por otra parte, son confiables en toda su extensión.

¹⁵ Un exhaustivo análisis de la literatura puede encontrarse en Guzmán y otros, 2001.

¹⁶ Los datos de Argentina no pueden ser comparados con los de los demás países pues se trata de un indicador diferente.

¿Cuáles podrían ser los motivos por los cuales las adolescentes tienen una mortalidad más alta? Relativizadas las razones de orden biológico, queda por examinar las conductas de cuidado del embarazo, pues se afirma que las adolescentes no controlan su embarazo, lo hacen tarde o en forma insuficiente. Estos aspectos se examinarán en las siguientes secciones.

ATENCIÓN PRENATAL

La importancia de la atención prenatal para la salud de la madre y del hijo no está en discusión, aunque sí lo está el contenido que deben tener esos controles y su implementación (OMS, 2003). Sin embargo, a falta de indicadores de la calidad de dicha atención, el hecho de haber asistido a controles prenatales, el número de controles y el momento del embarazo a partir del cual comenzaron, es una indicación del acceso de las embarazadas al sistema de salud.

Cuadro 5.2. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años y de 15 a 49 años que tuvieron controles prenatales en su último nacimiento vivo. Últimos años disponibles

País	Fecha	Edad	
		15- 19	15- 49
Bolivia	2003	81.9	79.5
Colombia	2000	87.4	91.0
El Salvador	2002/03	87.8	87.5
Guatemala	2002	84.9	87.4
Haití	2000	84.3	81.0
México	2003	97.3	97.0
Nicaragua	2001	86.2	86.3
Perú	2000	82.3	84.5
Perú	2003	98.4	95.3
República Dominicana	2002	99.1	99.2

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

La información que aparece en el cuadro 5.2 muestra que, en los países para los que se cuenta con datos, el 80% o más de las mujeres en edad fértil y más del 82% de las adolescentes controlaron el embarazo que resultó en su último hijo nacido vivo. Lo que interesa específicamente en este caso es que prácticamente no hay diferencias en el porcentaje de adolescentes y de todas las mujeres en edad fértil en cuanto a la concurrencia a controles prenatales. Resultados similares se encontraron en una investigación reciente en una maternidad en la ciudad de Rosario, Argentina (Carroli, 2005).

En otras palabras, las adolescentes controlan su embarazo como el promedio de las mujeres, y ese promedio es alto, siempre superior al 80% y próximo al 100% en Colombia, Perú (2003) y la República Dominicana. En Perú se registra un aumento importante entre 2000 y 2003 en el porcentaje de mujeres que controlaron su último parto, incluidas las adolescentes. Pese a los cuidados que hay que tener en la interpretación de los datos de Perú del 2003 por el ya comentado pequeño tamaño muestral, el cambio difícilmente se deba al azar.

Ya se ha visto en capítulos anteriores que las adolescentes no son un grupo homogéneo. Tampoco lo son en cuanto al acceso al control prenatal (cuadros 5.3 y 5.4). Así, en todos los países menos Colombia, un mayor porcentaje de adolescentes urbanas que rurales controlaron su embarazo, aunque en algunos casos las diferencias son prácticamente inexistentes. También se observan diferencias entre los extremos del nivel socioeconómico: generalmente el porcentaje de las que se controlaron es mayor entre las de nivel más alto, con notables diferencias en Bolivia, Haití, Nicaragua y Perú (2000).

Cuadro 5.3. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron controles prenatales en su último nacimiento vivo según lugar de residencia, según nivel socioeconómico y según pertenencia a un grupo indígena. Últimos años disponibles

País	Fecha	Lugar de residencia		Nivel socioeconómico (a)		Indígenas (b)
		Urbano	Rural	Más bajo	Más alto	
Bolivia	2003	91.2	70.0	66.7	88.9	71.6
Colombia	2000	86.1	89.2	85.1	87.9	
El Salvador	2002/03	92.0	84.0	84.6	87.4	
Guatemala	2002	91.8	81.7	...	...	78.8
Haití	2000	88.6	81.6	71.2	86.2	
México	2003	98.9	93.1	...	...	92.6
Nicaragua	2001	91.1	80.9	74.7	96.3	*
Perú	2000	90.1	75.9	71.2	91.7	83.0
Perú	2003	98.6	98.2	...	...	*
República Dominicana	2002	99.8	97.9	...	...

Notas: (a) Respecto a los criterios para determinar el nivel socioeconómico, ver el anexo metodológico.

(b) Respecto a qué grupos étnicos se incluyen en cada país, ver el anexo metodológico.

* Menos de 25 casos en la celda.

... No hay información.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Las adolescentes pertenecientes a etnias indígenas controlan su embarazo por debajo del promedio de ese grupo de edad, aunque la diferencia es pequeña en México. En Guatemala, el porcentaje de adolescentes indígenas que se controló durante el embarazo de su último nacido vivo es inferior al de las adolescentes residentes en el área rural, pero en México los valores son similares y en Bolivia y Perú (2000) superan tanto a las adolescentes rurales como a las del estrato socioeconómico más bajo.

En general, a mayor nivel de escolaridad, mayor es el porcentaje de las adolescentes que tuvieron controles prenatales, aunque en la mitad de los países las diferencias son pequeñas. En Bolivia, Colombia, Guatemala, Nicaragua y Perú (2000) se registran las diferencias más importantes (cuadro 5.4). Ya en el 2003 las diferencias por nivel de educación en Perú disminuyen considerablemente.

Cuadro 5.4. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron controles prenatales en su último nacimiento vivo según nivel de educación. Últimos años disponibles

País	Fecha	Nivel de educación (a)		
		Ninguno	Primaria	Secundaria y +
Bolivia	2003	*	77.6	89.8
Colombia	2000	*	81.6	91.5
El Salvador	2002/03	81.7	88.1	89.0
Guatemala	2002	73.5	88.7	87.0
Haití	2000	83.3	83.9	87.0
México	2003	91.0	94.4	98.6
Nicaragua	2001	66.2	86.7	92.4
Perú	2000	*	77.2	87.5
Perú	2003	*	95.8	100.0
Rca. Dominicana	2002	96.4	98.5	100.0

Notas: (a) Respecto a las definiciones de los niveles de educación en cada país, ver el anexo metodológico.

* Menos de 25 casos en la celda.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Si bien las adolescentes no difieren mayormente de todas las mujeres en edad fértil en cuanto a la asistencia a controles prenatales, ello no quiere decir que la calidad de los controles sea la misma o que el acceso haya sido similar en términos de número de controles y momento en que fueron iniciados. Los indicadores de calidad del control

prenatal no están disponibles, pero sí los que califican el acceso (cuadros 5.5 en adelante). El número de controles prenatales realizados es un indicador importante: como la recomendación de la OMS es de al menos 5 controles¹⁷ se ha elegido ese como el punto de corte.

Cuadro 5.5. Países de América Latina y el Caribe. Distribución de las mujeres de 15 a 19 años y de 15 a 49 años que tuvieron controles prenatales en su último nacimiento vivo según número de visitas de control. Últimos años disponibles

País	Fecha	Número de controles				
		1-2	3-4	5 y más	No sabe	Total
Mujeres de 15 a 49 años						
Bolivia	2003	13.2	26.8	59.0	1.0	100.0
Colombia	2000	5.8	15.0	78.8	0.4	100.0
El Salvador	2002/03	3.2	14.1	82.6	0.1	100.0
Guatemala	2002	10.6	20.0	69.2	0.2	100.0
Haití	2000	23.1	32.6	42.8	1.5	100.0
México	2003	4.1	14.4	81.4	0.1	100.0
Nicaragua	2001	7.8	20.9	70.2	1.1	100.0
Perú	2000	9.2	19.7	70.7	0.4	100.0
Perú	2003	4.4	10.9	84.6	0.1	100.0
República Dominicana	2002	1.6	5.8	91.5	1.1	100.0
Mujeres de 15 a 19 años						
Bolivia	2003	16.7	30.3	53.0	0.0	100.0
Colombia	2000	10.7	21.1	68.2	0.0	100.0
El Salvador	2002/03	5.5	17.2	77.3	0.0	100.0
Guatemala	2002	14.1	22.9	62.6	0.4	100.0
Haití	2000	33.2	36.6	29.9	0.3	100.0
México	2003	4.7	13.9	81.4	0.0	100.0
Nicaragua	2001	12.9	21.5	65.2	0.4	100.0
Perú	2000	14.1	23.4	62.0	0.5	100.0
Perú	2003	3.2	14.3	81.7	0.8	100.0
República Dominicana	2002	1.4	11.2	85.6	1.8	100.0

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Las adolescentes no difieren del total de las mujeres en cuanto a que la mayor parte de ellas tuvo 5 o más controles prenatales, pero el porcentaje que tuvo ese número de controles es en general menor entre las jóvenes. En el otro extremo, entre las adolescentes es más frecuente que se hayan hecho menos de 3 controles. Es decir, que si bien el porcentaje de adolescentes que se controlan no difiere mucho del promedio de todas las mujeres en edad fértil, las que se controlan lo hacen con menor frecuencia (cuadro 5.5). si el caso de Perú es indicativo de una tendencia, es muy positivo que en los tres años que separan las dos encuestas peruanas haya aumentado significativamente el porcentaje de

adolescentes que tuvo un número adecuado de controles entre aquellas que controlaron su embarazo más reciente, lo mismo que se observa en el total de las mujeres en edad fértil.

Para identificar el grupo de adolescentes que han tenido escaso o nulo acceso a los controles y que por ello constituyen un grupo de riesgo de complicaciones en el parto y postparto, se sumaron aquellas que no controlaron en absoluto su último embarazo y aquellas que sólo lo hicieron una o dos veces. Este será el indicador por medio del cual observar las diferencias según lugar de residencia, nivel socioeconómico, pertenencia a un grupo étnico y nivel de escolaridad.

¹⁷ La OMS también especifica el contenido de dichos controles para que sean considerados útiles (OMS, 2003).

Cuadro 5.6. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron entre 0 y 2 controles prenatales en su último nacimiento vivo, según lugar de residencia. Últimos años disponibles

País	Fecha	Lugar de residencia	
		Urbano	Rural
Bolivia	2003	19.3	47.7
Colombia	2000	20.0	27.0
El Salvador	2002/03	12.6	21.1
Guatemala	2002	24.1	28.3
Haití	2000	35.4	48.9
México	2003	5.1	13.0
Nicaragua	2001	17.8	32.8
Perú	2000	17.6	38.7
Perú	2003	*	*
Rca. Dominicana	2002	1.5	3.7

Nota: * Menos de 25 casos en la celda.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Como en todos los demás aspectos de la salud reproductiva, las adolescentes rurales se encuentran en desventaja respecto a las que residen en áreas urbanas: en todos los países el porcentaje de madres adolescentes que no se controló o que hizo un número insuficiente de controles es superior en las áreas rurales. En Haití casi una cuarta parte de las adolescentes urbanas tuvieron controles escasos o nulos, pero en las áreas rurales casi la mitad está en esa situación, al igual que en Bolivia donde, además, la diferencia urbano - rural es aún más amplia. Las menores diferencias relativas según lugar de residencia se dan en Colombia y Guatemala, pero incluso en República Dominicana, donde son muy pocas las adolescentes con controles insuficientes, el porcentaje de las residentes rurales que está en esa situación más que duplica al de las residentes urbanas (cuadro 5.6).

Cuadro 5.7. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron entre 0 y 2 controles prenatales en su último nacimiento vivo, según nivel socioeconómico y según pertenencia a un grupo indígena. Últimos años disponibles.

País	Fecha	Nivel socioeconómico (a)		Indígenas (b)
		Más bajo	Más alto	
Bolivia	2003	52.5	18.9	43.7
Colombia	2000	34.5	18.2	
El Salvador	2002/03	19.5	9.0	
Guatemala	2002	29.9	16.0	33.4
Haití	2000	63.3	22.4	
México	2003	...	...	14.3
Nicaragua	2001	37.0	14.8	*
Perú	2000	44.0	18.9	33.0
Perú	2003	...	...	*

Notas: (a) Respecto a los criterios para determinar el nivel socioeconómico, ver el anexo metodológico.

(b) Respecto a qué grupos étnicos se incluyen en cada país, ver el anexo metodológico.

* Menos de 25 casos en la celda.

... No hay información.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

La relación entre nivel socioeconómico y acceso a los controles prenatales es la esperada: el porcentaje de adolescentes en el nivel inferior de la escala que no han controlado su embarazo o lo han hecho deficientemente es muy superior que en el nivel superior (cuadro 5.7). En todos los países las distancias son muy grandes. Obsérvense en particular a Bolivia y Haití, donde el porcentaje de adolescentes del estrato bajo que tuvieron escaso o nulo control casi triplica a las del estrato más alto. En todos los demás países el porcentaje de los estratos bajos duplica o más al de los estratos altos. Las indígenas, por su parte, muestran porcentajes algo superiores a sus pares del estrato más pobre en Guatemala, pero inferiores en Bolivia y Perú (2000), aunque siempre denotando su situación desventajosa dentro de la sociedad.

El acceso a controles prenatales también es diferente según el nivel de educación de las madres y las diferencias son en algunos casos muy grandes. En algunos países las mayores diferencias se registran al pasar de ninguna educación formal a primaria, como en Haití, Nicaragua y República Dominicana; en otros al pasar del nivel primario al secundario como en El Salvador y México; en los demás países hay cambios significativos en los porcentajes ante ambos cambios de nivel de educación (cuadro 5.8).

Cuadro 5. 8. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron entre 0 y 2 controles prenatales en su último nacimiento vivo, según nivel de educación. Últimos años disponibles

País	Fecha	Nivel de educación (a)		
		Ninguno	Primario	Secundario y +
Bolivia	2003	*	37.8	20.5
Colombia	2000	*	32.6	14.5
El Salvador	2002/03	22.0	19.4	13.3
Guatemala	2002	40.8	24.9	12.8
Haití	2000	63.9	37.5	38.9
México	2003	16.1	14.1	4.5
Nicaragua	2001	53.8	24.6	15.2
Perú	2000	*	37.9	20.3
Perú	2003	*	10.2	1.3
Rca. Dominicana	2000	13.7	3.1	0.4

Nota: (a) Respecto a las definiciones de los niveles de educación en cada país, ver el anexo metodológico.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Otro indicador de la calidad de la atención prenatal es el mes al cual la embarazada se hizo el primer control, ya que la indicación es que éste debe hacerse en el primer trimestre. En el cuadro 5.9 se compara a las adolescentes con todas las mujeres en cuanto al mes del primer control prenatal. En ambos grupos de edad la mayoría de las embarazadas hizo el primer control en los primeros tres meses pero el porcentaje de adolescentes que tuvo esa conducta es siempre menor (excepto en Haití), siendo las diferencias a veces importantes. Del análisis de la información queda claro que las adolescentes demoran en hacer el primer control prenatal más que el promedio de las embarazadas de todas las edades y en Bolivia, Haití y Perú (2000) alrededor del 10% de ellas recién consulta a partir de los siete meses de embarazo. La situación en Perú mejora entre el 2000 y el 2003.

Cuadro 5.9. Países de América Latina y el Caribe. Distribución de mujeres de 15 a 19 años y de 15 a 49 años según mes del embarazo al que se hicieron el primer control prenatal de su último nacido vivo. Últimos años disponibles

País	Fecha	Meses de embarazo al primer control				Total
		Hasta 3	4 a 6	7 y más	No sabe	
Mujeres de 15 a 49 años						
Bolivia	2003	64.8	28.2	6.4	0.6	100.0
Colombia	2000	75.0	21.8	3.0	0.2	100.0
El Salvador	2002/03	77.0	21.4	1.6	0.0	100.0
Guatemala	2002	64.3	30.4	5.1	0.2	100.0
Haití	2000	57.4	33.4	8.0	1.2	100.0
México	2003	76.3	20.6	3.0	0.1	100.0
Nicaragua	2001	70.7	25.0	4.0	0.3	100.0
Perú	2000	68.7	25.2	5.9	0.2	100.0
Perú	2003	74.1	22.4	3.5	0.0	100.0
República Dominicana	2002	83.2	15.3	1.3	0.2	100.0
Mujeres de 15 a 19 años						
Bolivia	2003	53.4	35.9	10.2	0.5	100.0
Colombia	2000	59.4	34.6	5.7	0.3	100.0
El Salvador	2002/03	68.8	29.0	2.2	0.0	100.0
Guatemala	2002	60.9	33.7	4.7	0.7	100.0
Haití	2000	60.3	29.2	10.5	0.0	100.0
México	2003	58.2	34.7	7.1	0.0	100.0
Nicaragua	2001	61.2	31.5	6.6	0.7	100.0
Perú	2000	54.5	35.6	9.7	0.2	100.0
Perú	2003	63.7	29.0	7.3	0.0	100.0
República Dominicana	2002	72.1	26.2	1.5	0.2	100.0

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

En los cuadros 5.10, 5.11 y 5.12 se muestra la información de dos maneras: en una columna el porcentaje de adolescentes que hicieron controles tardíos (más allá del

primer trimestre) y en otra los casos más extremos, los de las que controlaron su embarazo recién en el último trimestre.

Cuadro 5.10. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que se hicieron el primer control prenatal de su último nacido vivo tardíamente (2º trimestre en adelante), por lugar de residencia. Últimos años disponibles

País	Fecha	Lugar de residencia			
		Urbano		Rural	
		Primer control en el 2º o 3er. trimestre	Primer control en el 3er. trimestre	Primer control en el 2º o 3er. trimestre	Primer control en el 3er. trimestre
Bolivia	2003	42.6	9.2	52.0	12.0
Colombia	2000	37.0	4.5	48.0	9.0
El Salvador	2002/03	29.5	2.1	32.6	1.9
Guatemala	2002	33.7	4.0	40.6	5.1
Haití	2000	24.5	5.9	52.6	15.8
México	2003	45.3	5.6	32.4	11.2
Nicaragua	2001	38.8	5.2	36.8	8.0
Perú	2000	38.8	6.1	50.2	13.1
Perú	2003	27.5	5.8	46.3	7.4
República Dominicana	2002	26.2	1.1	30.5	2.2

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

En casi todos los países, las adolescentes residentes en áreas rurales están –también en cuanto al momento de iniciar los controles prenatales– en clara desventaja respecto a sus pares que residen en áreas urbanas. Si se fija la atención en las que recién en el último trimestre de embarazo concurren a controlarse se advierte que en todos

los países –excepto El Salvador– las diferencias son significativas y en la mayoría el porcentaje entre las adolescentes rurales duplica (o más) al de las urbanas. Si se toma en conjunto a todas las que se hicieron controles tardíamente, la situación vuelve a repetirse, excepto en Nicaragua (cuadro 5.10).

Cuadro 5.11. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de las mujeres de 15 a 19 años que se hicieron el primer control prenatal de su último nacido vivo tardíamente (2º trimestre en adelante), por nivel socioeconómico y por pertenencia a un grupo indígena. Últimos años disponibles

País	Fecha	Nivel socioeconómico (a)				Indígenas (b)	
		Más bajo		Más alto		Primer control en el 2º o 3er. trimestre	Primer control en el 3er. trimestre
		Primer control en el 2º o 3er. trimestre	Primer control en el 3er. trimestre	Primer control en el 2º o 3er. trimestre	Primer control en el 3er. trimestre		
Bolivia	2003	59.8	11.0	30.6	6.1	35.7	9.1
Colombia	2000	41.3	10.0	51.4	6.9		
El Salvador	2002/03	29.2	0.9	41.5	0.8		
Guatemala	2002	48.0	7.8	22.4	2.4	47.2	7.4
Haití	2000	53.7	17.1	31.1	2.0		
México	2003	...	...	...	...	38.0	17.1
Nicaragua	2001	40.5	6.9	44.1	7.7	*	*
Perú	2000	52.9	12.4	51.8	12.1	56.5	11.8
Perú	2003	...	...	...	...	*	*

Notas: (a) Respecto a los criterios para determinar el nivel socioeconómico, ver el anexo metodológico.

(b) Respecto a qué grupos étnicos se incluyen en cada país, ver el anexo metodológico.

* Menos de 25 casos en la celda.

... No hay información.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Es interesante observar que el nivel socioeconómico no establece diferencias tan generalizadas en cuanto a la concurrencia tardía al control prenatal si bien en cuatro países (Bolivia, Colombia, Guatemala y Haití) sí se observan diferencias relativas elevadas entre las adolescentes de los extremos más bajo y más alto en cuanto a la concurrencia a control recién en el último trimestre (cuadro 5.11).

Entre las adolescentes pertenecientes a etnias indígenas el control prenatal muy tardío es más frecuente que en el conjunto de las adolescentes, excepto en Bolivia (compárense el cuadro 5.11 y el cuadro 5.9).

Cuadro 5.12. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de las mujeres de 15 a 19 años que se hicieron el primer control prenatal de su último nacido vivo tardíamente (2º trimestre en adelante), por nivel de educación. Últimos años disponibles

País	Fecha	Nivel socioeconómico (a)					
		Ninguno		Primario		Secundario y más	
		Primer control en el 2º o 3er. trimestre	Primer control durante el 3er. trimestre	Primer control en el 2º o 3er. trimestre	Primer control durante el 3er. trimestre	Primer control en el 2º o 3er. trimestre	Primer control durante el 3er. trimestre
Bolivia	2003	*	*	47.6	10.5	44.6	9.5
Colombia	2000	*	*	45.0	9.0	38.8	4.4
El Salvador	2002/03	22.9	0.0	33.8	2.7	30.2	2.1
Guatemala	2002	45.9	6.6	41.6	5.1	10.0	2.5
Haití	2000	36.6	10.2	40.0	8.1	46.8	19.1
México	2003	46.7	17.9	42.0	16.4	41.7	3.5
Nicaragua	2001	44.3	13.5	35.8	5.6	40.3	6.3
Perú	2000	*	*	46.6	11.9	43.2	8.3
Perú	2003	*	*	34.8	4.3	36.4	10.4
República Dominicana	2002	50.0	3.6	29.0	1.7	23.0	0.7

Notas: (a) Respecto a las definiciones de los niveles de educación en cada país, ver el anexo metodológico.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Curiosamente, dado que la variable nivel educativo generalmente discrimina claramente diferencias en las conductas, no se observa una relación lineal entre nivel educativo y concurrencia tardía al control prenatal (cuadro 5.12).

El análisis conjunto de la información de los tres últimos cuadros sugiere que, en cuanto a acudir oportunamente al primer control prenatal, es más determinante el lugar de residencia que el nivel socioeconómico o educativo o el pertenecer a una etnia indígena. Este resultado no es tan sorprendente si se piensa que la distancia a los centros de salud es un factor muy importante en la determinación de la concurrencia a los mismos, especialmente frente a situaciones que no ponen en peligro inmediato la salud o la vida. Cuando se tienen que salvar distancias considerables, posiblemente por medio de sistemas de transporte deficitarios y quizás onerosos, un embarazo puede presentarse como algo cuya atención puede ser postergada.

LA ATENCIÓN DEL PARTO

Finalmente, como indicador de acceso a cuidados adecuados durante el parto se analiza si éste ocurrió en una institución de salud o bajo el cuidado de profesionales de la salud en la casa de la mujer o si no hubo atención de parte de personal calificado.

En el cuadro 5.13 se comparan a las adolescentes con todas las mujeres en edad fértil. Se observa que en algunos países el parto bajo cuidados profesionales está muy extendido, y las diferencias entre adolescentes y adultas es menor y a veces va en una y a veces en otra dirección. La excepción es Haití, donde el porcentaje de adolescentes que recibieron cuidados profesionales es netamente superior al del conjunto de las mujeres.

Entre el año 2000 y 2003 se advierte un avance importante en el cuidado profesional del parto en el conjunto de las mujeres peruanas y también entre las adolescentes. Pero mientras que en el 2000 las adolescentes estaban en condiciones algo inferiores al conjunto de las mujeres en edad fértil, en el 2003 la relación se invierte.

Cuadro 5. 13. Países de América Latina y el Caribe. Distribución de las mujeres de 15 a 19 años y de 15 a 49 años, según lugar y tipo de atención en el parto del último nacido vivo. Últimos años disponibles

País	Fecha	En institución de salud o con asistencia profesional	En la casa sin asistencia profesional	En otro lugar sin asistencia profesional	Total
Mujeres de 15 a 49 años					
Bolivia	2003	62.5	34.2	3.4	100.0
Colombia	2000	87.6	12.3	0.1	100.0
El Salvador	2002/03	94.0	5.5	0.5	100.0
Guatemala	2002	48.2	48.6	3.2	100.0
Haití	2000	26.0	66.1	7.9	100.0
México	2003	92.6	7.1	0.3	100.0
Nicaragua	2001	71.2	28.7	0.1	100.0
Perú	2000	58.6	40.4	1.0	100.0
Perú	2003	70.9	26.6	2.5	100.0
República Dominicana	2002	98.6	1.1	0.3	100.0
Mujeres de 15 a 19 años					
Bolivia	2003	68.8	26.3	4.9	100.0
Colombia	2000	85.4	14.6	0.0	100.0
El Salvador	2002/03	97.2	2.6	0.2	100.0
Guatemala	2002	54.4	41.0	4.6	100.0
Haití	2000	41.2	47.8	11.0	100.0
México	2003	90.5	9.3	0.2	100.0
Nicaragua	2001	73.9	26.1	0.0	100.0
Perú	2000	53.0	45.8	1.2	100.0
Perú	2003	77.0	23.0	0.0	100.0
República Dominicana	2002	99.4	0.6	0.0	100.0

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

En conclusión, no se advierte que las adolescentes en conjunto tengan dificultades de acceso a cuidados profesionales durante el parto distintas de las mujeres en general. Sin embargo, como se muestra a continuación, residir en un área rural pone a la adolescente embarazada en desventaja en cuanto a la obtención de una atención profesional del parto. En algunos países las diferencias son

muy importantes. En Haití, por ejemplo, las madres adolescentes urbanas tenían casi tres veces más posibilidades de haber tenido atención profesional que las rurales; las diferencias también son importantes en los demás países, especialmente en Bolivia, Perú (2000) y Nicaragua. Las excepciones son El Salvador y República Dominicana (cuadro 5.14)

Cuadro 5.14. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron el parto del último nacido vivo en una institución de salud o fuera de ella pero con asistencia profesional, según lugar de residencia. Últimos años disponibles

País	Fecha	Total	Lugar de residencia	
			Urbano	Rural
Bolivia	2003	68.8	87.2	44.6
Colombia	2000	85.4	91.3	73.2
El Salvador	2002/03	97.3	99.7	94.9
Guatemala	2002	54.4	70.7	47.3
Haití	2000	52.2	66.2	22.7
México	2003	90.5	98.3	71.0
Nicaragua	2001	73.9	91.7	54.5
Perú	2000	53.1	82.3	29.0
Perú	2003	76.7	95.7	53.6
República Dominicana	2002	99.4	99.8	98.8

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

El nivel socioeconómico también aparece como determinante a la hora de contar con atención profesional del parto (otra vez con la excepción de El Salvador). En la mayoría de los países las diferencias entre los extremos de la escala son enormes. En Haití una madre adolescente del estrato alto tiene 6 veces y en Bolivia y Nicaragua más de dos veces mayor probabilidad de haber recibido atención profesional que una del estrato bajo (cuadro 5.15). En Perú, la gran distancia que existía en el 2000 se acorta por un mayor crecimiento del acceso al cuidado profesional en las áreas rurales que en las urbanas.

En todos los países en que se recogió la información, el porcentaje de adolescentes indígenas que reciben atención profesional del parto es considerablemente inferior al promedio y en Guatemala y Perú (2000), inferior también a los valores del nivel socioeconómico más bajo (cuadro 5.15). Es posible que, además de la situación socioeconómica inferior en que se encuentra gran parte de la población indígena, estén jugando aquí costumbres opuestas a la medicalización del parto.

Cuadro 5.15. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron el parto del último nacido vivo en una institución de salud o fuera de ella pero con asistencia profesional, según nivel socioeconómico y según pertenencia a un grupo indígena. Últimos años disponibles

País	Fecha	Total	Nivel socioeconómico (a)		Indígenas (b)
			Más bajo	Más alto	
Bolivia	2003	68.8	41.0	92.7	54.0
Colombia	2000	85.4	69.9	97.0	
El Salvador	2002/03	97.3	95.9	99.3	
Guatemala	2002	54.4	35.8	47.7	28.7
Haití	2000	52.2	13.3	79.7	
México	2003	90.5	...	...	62.2
Nicaragua	2001	73.9	41.6	95.0	*
Perú	2000	53.1	22.8	91.7	17.4

Notas: (a) Respecto a los criterios para determinar el nivel socioeconómico, ver el anexo metodológico.

(b) Respecto a qué grupos étnicos se incluyen en cada país, ver el anexo metodológico.

* Menos de 25 casos en la celda.

... No hay información.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

Nuevamente con la excepción de El Salvador, al que se agrega República Dominicana, países en que la atención profesional del parto parece estar muy extendida, se advierte una relación directa entre el nivel educativo y el acceso a dicha atención. En cuatro países (Colombia, El Salvador, México, Nicaragua y República Dominicana) más del 90% de las madres adolescentes con educación secundaria o superior tuvo su último hijo bajo cuidados profesionales. En el otro extremo, en Guatemala, Haití, México y Nicaragua, sólo entre el 22 y el 55% de las adolescentes sin educación formal accedió a esos cuidados. En Haití y Perú (2000) también son minoría las jóvenes que recibieron atención profesional entre las que poseen educación primaria, y aunque la situación de las peruanas mejoró en el 2003, todavía quedan muchas madres adolescentes sin atención adecuada durante el parto.

Cuadro 5.16. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron el parto del último nacido vivo en una institución de salud o fuera de ella pero con asistencia profesional, según nivel de educación. Últimos años disponibles

País	Fecha	Total	Nivel de educación (a)		
			Ninguno	Primaria	Secundaria y +
Bolivia	2003	68.8	*	60.7	83.3
Colombia	2000	85.4	*	73.1	94.5
El Salvador	2002/03	97.3	91.7	96.9	98.9
Guatemala	2002	54.4	31.7	56.3	87.0
Haití	2000	52.2	21.9	40.4	69.8
México	2003	90.5	54.7	77.4	97.1
Nicaragua	2001	73.9	39.0	69.1	93.3
Perú	2000	53.1	*	33.8	71.5
Perú	2003	76.7	*	55.1	89.9
República Dominicana	2002	99.4	96.3	99.5	100.0

Notas: (a) Respecto a las definiciones de los niveles de educación en cada país, ver el anexo metodológico.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

En conclusión, si bien las adolescentes no reciben una atención diferente del embarazo y el parto en comparación con el conjunto de las mujeres en edad fértil, hay diferencias entre distintos grupos de adolescentes definidos por el lugar de residencia, el nivel socioeconómico, el nivel de educación

y la etnia, siendo las más desfavorecidas las mismas que en todos los demás aspectos de la salud reproductiva hasta aquí analizados. La excepción se presenta en aquellos países en que la atención del embarazo y el parto está tan generalizada que las diferencias apuntadas son mínimas o inexistentes.

Violencia

Muchos autores ya han descrito las consecuencias de la violencia en la salud reproductiva (Bott y Jejeebhoy, 2003; Ellsberg, 2003; Heise, Moore y Toubia, 1995a y 1995b; Population Council, 2004; Population Reports, 1999, Saucedo González, 1995; UNICEF, 2000), las que pueden ser debidas a una agresión física, a una relación sexual forzada o a restricciones a la autonomía de la persona que le imposibilitan el control de su propio cuerpo. Las enfermedades de transmisión sexual, los trastornos ginecológicos (trastornos inflamatorios de la pelvis, por ejemplo), el embarazo no deseado, el aborto espontáneo, el comportamiento sexual de alto riesgo (como el sexo sin protección) y la mortalidad materna son algunas de las consecuencias más frecuentemente mencionadas.

Si bien la violencia no es ejercida únicamente por los varones contra las mujeres, la mayor parte (pero no todas) las investigaciones muestran que las mujeres son las víctimas más frecuentes. Además, cuando la víctima es una mujer son más evidentes los efectos, directos o indirectos, sobre la salud reproductiva. Incluso hay estudios que muestran que no es desdeñable el número de mujeres que son agredidas por sus parejas durante el embarazo (Ramírez Rodríguez y Vargas Becerra, 1998), poniendo en peligro la salud de la madre y del hijo.

En una sistematización de los tipos de violencia contra las mujeres, UNICEF (2000:3) ejemplifica aquellos que más comúnmente ocurren en la adolescencia, entre ellas: violencia durante el cortejo y el noviazgo o en otras relaciones de intimidad, incluido el matrimonio; relaciones sexuales impuestas por razones económicas, incesto, abuso sexual en el lugar de trabajo, violaciones (incluidas las que ocurren en el matrimonio), prostitución y pornografía forzadas, embarazo forzado. En el capítulo sobre sexualidad ya se había introducido el tema de la coerción sexual en todas sus formas (física y psicológica), ejercida por varones para obtener u obligar una iniciación sexual no querida. En este capítulo se abordará la violencia en general, no sólo en la iniciación sexual, con acento en la violencia física, ya que ésta es la más estudiada y sobre la que se puede brindar alguna información. Sin embargo, no debe perderse de vista la existencia de formas más sutiles de violencia, como las conductas de control o el abuso emocional. Se prestará especial atención a un tipo de violencia en la pareja que es en sí misma de índole sexual: la violación dentro del matrimonio o en relaciones de cortejo.

Aunque las definiciones que se utilizaron en cada país no son estrictamente comparables, es interesante observar la magnitud de la violencia física moderada o severa y de la violencia sexual en algunos países de la región (cuadro 6.1).

Cuadro 6.1. Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años alguna vez casadas o unidas, que sufrieron violencia física por parte de su pareja al menos una vez. Últimos años disponibles

País	Fecha	Tipo de violencia física	
		Moderada y/o severa	Sexual
Bolivia	2003	42.8	11.0
Colombia	2000	37.7	6.7
El Salvador	2002/03	10.2	2.3
Guatemala	2002	4.1	1.5
Haití	2000	18.5	15.5
México	2003	7.7	0.2
Paraguay	2004	18.0	9.9
Perú	2000	30.8	...
Perú	2003	27.6	4.6
Rca. Dominicana	2002	18.4	5.3

Nota: ... No hay información.

Fuentes: Datos extraídos de publicaciones listadas en las referencias o elaboración propia de fuentes listadas en el Anexo Fuentes.

El rango de variación en el porcentaje de adolescentes que sufrieron violencia física es muy grande, con un máximo en Bolivia, donde más de dos quintas partes fue victimizada y un mínimo en Guatemala. Las diferencias en las cifras se debe seguramente en parte a la diferente definición (y medición) del fenómeno. Mientras en Perú los ejemplos de violencia física eran empujar, sacudir y atacar, en Guatemala se referían a golpear y en México se especificaban golpes, agresiones con objetos, con objetos punzo cortantes o con arma de fuego. Cuanto más restringida la definición a las acciones más violentas, menor será, obviamente, el número de personas definidas como víctimas.

Para los propósitos de este trabajo son especialmente significativas las cifras que registran violencia sexual y que son hasta cierto punto comparables pues en todos los países se la definió como relaciones sexuales forzadas con la pareja. Si bien esta parece una definición clara no lo es tanto: entra aquí a jugar qué es lo que las mujeres consideran como relación sexual forzada. Si ellas creen que entre sus deberes para con sus parejas se encuentra el aceptar siempre las relaciones sexuales, es posible que el límite para definir que una relación fue forzada esté puesto en el uso de la fuerza física para conseguirla, con lo cual toda otra relación no querida cae fuera de la definición. Nuevamente el rango de

variación es muy amplio y cifras como la de México o Guatemala son poco creíbles. Es evidente que se precisa una exploración con métodos cualitativos para comprender el significado que se le otorga a los distintos aspectos de la violencia en las diferentes culturas antes de tratar de medir el fenómeno con una sola pregunta.

En la literatura se han podido encontrar muy pocos estudios realizados en América Latina o el Caribe. En algunos de ellos no queda claro si se están usando como sinónimos violación, violencia sexual y abuso sexual. Algunos aportan poco más que cifras; otros se refieren a los problemas que presenta la denuncia del hecho y la atención de la adolescente sexualmente agredida. Estos no son diferentes de los que deben enfrentar todas las mujeres víctimas de violencia, pero sus efectos pueden ser más dañinos por ocurrir en la adolescencia, una etapa formativa en la que las experiencias influyen en el curso de la vida futura.

En un estudio entre estudiantes de 8° grado de escuelas primarias de Porto Alegre, Brasil, 2.3% de ellos informaron haber sido víctimas de violencia sexual, pero 4.5% dijeron haber observado un episodio de ese tipo y 28% conocían a alguien que había sido víctima de un hecho de violencia sexual (Polanczyk y otros, 2003).

En una encuesta autoadministrada entre adolescentes mujeres de estrato económico medio-bajo y bajo, escolarizadas, de 14 a 19 años en la comuna de Pudahuel (Chile), 6% de las encuestadas señalaron haber tenido una experiencia de violación durante el curso de su vida. El agresor más frecuentemente identificado fue un familiar directo y el promedio de edad al momento del episodio fue cercano a los 10 años. Las adolescentes violadas se concentraban en el nivel más bajo de escolaridad; en sus hogares era más frecuente la ausencia del padre y la comunicación sobre temas ligados con la sexualidad era menor que entre las adolescentes no violadas. Los porcentajes deben tomarse como tentativos porque varias preguntas de este estudio tuvieron un alto porcentaje de no respuesta (Gray y otros, 1995).

En la investigación de Ampuero Sala (1999) realizada en cuatro ciudades del Perú (Ayacucho, Puno, San Martín y Ucayali), los participantes de los talleres diferían en la percepción pero no tanto en las causas de la violencia sexual. Las mujeres la identificaban en mayor grado que los varones pero ambos opinaban que las causas se encontraban en los trastornos mentales, la falta de orientación sexual y la provocación de la mujer. Los varones agregaban el apetito sexual masculino y el no tener pareja, mientras que las mujeres la atribuían a salir de noche y caminar por lugares

solitarios. La autora concluye, con justicia, que la culpabilización de la víctima y la noción de la inevitabilidad del ejercicio de sus instintos por parte del varón, siguen vigentes.

Las adolescentes y las niñas son vulnerables a todo tipo de violencia sexual, en particular porque ésta suele ser ejercida por varones que tienen sobre ellas poder debido a marcadas diferencias de edad o por tratarse de familiares o amigos de la familia. En un estudio sobre casos de delitos sexuales llevados a instancias judiciales en el Perú, la mayoría eran mujeres y, de ellas, la mayoría eran menores de 14 años. Entre víctimas atendidas en un servicio de salud un 40% tenía entre 5 y 10 años y 30% entre 11 y 14 años (Rosas Ballinas, 1997). También en el Perú (Lima y departamento del Cusco), una encuesta en la que se aplicó un método que asegura el anonimato, registró alrededor de un 19% de mujeres que declararon haber sufrido violencia sexual antes de los 15 años. Los perpetradores eran sobre todo familiares varones (excepto padre y padrastro, que se clasificaron por separado), desconocidos y amigos de la familia, en ese orden (Güezmes, Palomino y Ramos, 2002). Finalmente, D'Aubeterre Buznego (2000) en un trabajo sobre mujeres indígenas campesinas en la sierra norte de Puebla (México), anotan que de la denuncias calificadas como ataques al pudor, violación, intento de violación y estupro, dos terceras partes de las víctimas eran de menores de edad. La autora señala que la violencia sexual se inscribe, en la comunidad estudiada, en una red de "prerrogativas y de derechos de los hombres sobre las mujeres, quienes las ceden y las reciben bajo regulaciones pautadas. (...) el asedio sexual y la violación son el ejercicio de estas prerrogativas fuera de las regulaciones establecidas" (D'Aubeterre Buznego, 2000: 346). Esas prerrogativas hacen que las relaciones sexuales forzadas que ocurren dentro de uniones sean invisibles, pues están amparadas por los derechos conyugales.

En resumen, la información sobre violencia contra adolescentes es fragmentaria y padece de limitaciones debidas al uso de definiciones diferentes o no explicitadas y al uso de grupos de edad diferentes en las distintas investigaciones. Los datos, sin embargo, no dejan lugar a dudas de que se trata de un problema de salud pública y, en particular, de salud reproductiva. Pero también señalan que el problema afecta sobre todo a las más vulnerables entre las adolescentes (las más jóvenes, las que arrastran otras problemáticas familiares y sociales) y que en gran medida es un problema que afecta a la adolescencia temprana y a la niñez.

Conclusiones

Además de la actualización de la información sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina y el Caribe, este trabajo se propuso la identificación de aquellos grupos de entre ellos hacia los que con más urgencia deberían encararse políticas y programas de salud sexual y reproductiva. También se intentó identificar la existencia de barreras de acceso a la información y los servicios. Se puede decir que los objetivos han sido logrados, aunque no todos por completo ni en la misma medida.

En cuanto a la *información*, la región sigue dependiendo de las Encuestas de Demografía y Salud o similares. Estas encuestas se han realizado sólo en unos pocos países; si bien la mayoría de ellos se encuentran entre los más desfavorecidos desde el punto de vista económico, quedan fuera países de gran peso demográfico en la región como Brasil (cuya última encuesta data de 1996) y otros sobre los que se carece casi en forma absoluta de información sobre salud sexual y reproductiva, como Argentina, Chile y Uruguay. Esfuerzos de investigadores individuales han producido información adicional, cuantitativa y cualitativa, pero generalmente sobre poblaciones muy específicas o muestras intencionales, que difícilmente sea aceptada por los organismos estatales como fundamentos de su acción. Debe agregarse que la información sobre los varones adolescentes es aún más pobre; también lo es la que se tiene sobre los indígenas. Es evidente la necesidad de que los gobiernos de los países, especialmente en aquellos no incluidos en las encuestas, encaren la producción de información sin la cual los programas y políticas se decidirán sin sustento seguro.

Cualquiera sea el aspecto de salud sexual y reproductiva considerado y ya se trate de los conocimientos necesarios para manejarse en ese mundo o de las prácticas, las y los adolescentes que se encuentran en *situaciones más vulnerables* casi sin excepción se encuentran entre los más pobres, los que tienen menos educación formal o carecen de ella por completo, los residentes de áreas rurales y los indígenas. Los adolescentes que pertenecen a estos grupos se encuentran en inferioridad de condiciones, aun en relación a aspectos en los que se han logrado avances importantes, como el conocimiento de anticonceptivos o la atención especializada prenatal y del parto. Estas situaciones de vulnerabilidad pasarían desapercibidas para quien sólo observara las cifras promedio, que muestran un panorama general alentador. Sin embargo no se puede dejar de señalar que en aspectos en los que ha habido avances, como el uso de

anticonceptivos –y en particular el del condón– y el conocimiento sobre el Sida, se han dado progresos entre los grupos más desfavorecidos, con lo que la distancia que los separa de los demás adolescentes se ha achicado. Aun así, queda mucho por hacer, y aunque el foco debería estar en los adolescentes en situación vulnerable, es necesario no descuidar la evolución del conjunto.

El *acceso a la información*, ya sea sobre anticoncepción o sobre Sida es generalizado. Es verdad que se trata sobre todo de información poco específica, que no necesariamente equipa para la acción. También es cierto que la información recibida incluye desinformación y conocimientos erróneos, frente a los cuales los adolescentes (y la población en general) carecen de los instrumentos necesarios para una apropiación crítica, la que sólo se obtiene cuando se provee educación para la sexualidad y la reproducción, la que está ausente en la mayoría de los países de la región.

Un indicador extremo de desigualdad entre ricos y pobres, educadas y no educadas lo da la frecuencia de la maternidad en la adolescencia en unos y otros grupos. La interpretación de este indicador, sin embargo, no es lineal. No se trata solamente de diferente acceso a información y, posiblemente, servicios, sino que, según muchos autores, lleva implícito una diferente concepción de la femineidad y los roles asociados y también diferentes proyectos vitales, éstos a su vez determinados por la situación social y económica en que se encuentran los distintos estratos sociales.

Finalmente, es alentador observar que se ha generalizado la atención prenatal entre las adolescentes tanto como entre las mujeres adultas, aunque las primeras tienden a comenzar más tardíamente y a hacerse menos controles. También la atención profesional del parto está generalizada entre todas las mujeres. Aunque como indicadores de *acceso a servicios*, la atención prenatal y del parto no muestran signos de discriminación por la condición de adolescente, sí vuelven a observarse las diferencias que ya se han señalado entre las jóvenes más y las menos favorecidas. Esta ausencia de discriminación en la atención de la salud de las adolescentes madres, que muchos autores sí han encontrado cuando se trata de la atención de la salud sexual y las necesidades anticonceptivas de adolescentes de las que se presume que ejercen su sexualidad sin propósitos reproductivos, posiblemente se deba a la alta valoración cultural de la maternidad en las sociedades de la región.

Anexo 1: Notas Metodológicas

1. ENCUESTAS USADAS EN EL ESTUDIO

En este estudio se han utilizado los resultados publicados y los datos básicos (microdatos) de las siguientes encuestas: (1) Encuestas realizadas en el marco del Proyecto de las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS); (2) Encuestas apoyadas por el Centro de Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC); y (3) Encuesta realizada por la Secretaría de Salud y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Encuestas DHS

Son encuestas de hogar representativas a nivel nacional, con tamaños de muestra grandes (generalmente entre 5.000 y 30.000 hogares). Proporcionan datos para evaluar el impacto de indicadores de las áreas de población y salud, entre otras. En esta investigación se utilizaron los datos básicos de las encuestas realizadas desde el año 1999 hasta el año 2002.

Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Bolivia, 2003.
(varones y mujeres)
Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia, 2000.
Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haití, 2000.
(mujeres y varones)
Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, Nicaragua, 2001.
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú, 2000.
Encuesta Demográfica y de Salud, República Dominicana, 2002.
(mujeres y varones)

Encuestas CDC

Las encuestas así denominadas han sido realizadas por instituciones nacionales de cada país con el apoyo del Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos. Contrariamente a las DHS, estas encuestas no están estandarizadas, por lo que el cuestionario puede diferir sustancialmente de un país a otro. Entre las encuestas analizadas en este grupo se listan las siguientes:

Family Health Survey Females, Belice, 1999.
Family Health Survey Males, Belice, 1999.
Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, Guatemala, 2002.
Encuesta Nacional de Salud Masculina, Guatemala, 2002.
Encuesta Nacional de Salud Familiar, El Salvador, 2002/03.
Encuesta Nacional de Salud Masculina, El Salvador, 2003.

Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, Honduras, 2001.
Encuesta Nacional de Salud Masculina, Honduras, 2001.
Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva, Paraguay, 2004.

Otras encuestas

Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, México, 2003.

Otras fuentes de información

Además las encuestas anteriores, se han utilizado resultados de las siguientes fuentes de Argentina y Brasil:

Argentina, Dirección de Estadística e Información de Salud, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Estadísticas Vitales. Información Básica, 2003. Serie 5, N° 47, Diciembre 2004.

Argentina, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Censo de población y Vivienda, 2001, Tablas inéditas.

Sitio IBGE para censo demográfico del 2000: www.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2000/nupcialidade_fecundidade/Brasil/

2. DEFINICIONES DE VARIABLES EN LAS ENCUESTAS

Dos de las variables más usadas en este estudio son el nivel de escolaridad y los quintiles de pobreza. A continuación se analizan las definiciones de estas variables y la variabilidad de un país a otro en el caso del nivel de instrucción.

Nivel de educación

A continuación se listan, por país, las definiciones específicas de la variable nivel de escolaridad de acuerdo con la variable estandarizada usada por la DHS y la empleada en otras encuestas. En cada una de las categorías analizadas se identifica el número de años de estudio correspondiente.

Bolivia 1998

Sin escolaridad; Primaria: 1-6 años; Secundaria: 7-11; Medio o Superior: 12 y más.

Bolivia 2003

Sin escolaridad; Primaria: 1-8 años; Secundaria: 9-12; Medio o Superior: 13 y más.

Belice

Primaria: 0-7 años; Secundaria: 8; Medio o Superior: 9 y más.

Colombia

Sin escolaridad; Primaria: 1-5; Secundaria: 6-11; Medio o Superior: 12 y más.

El Salvador

Sin escolaridad; Primaria: 1-6; Secundaria: 7-9; Medio o Superior: 10 y más.

Guatemala

Sin escolaridad; Primaria: 1-6; Secundaria: 7-12; Medio o Superior: 13 y más.

Haití

Sin escolaridad; Primaria: 1-6; Secundaria: 7-13; Medio o Superior: 14 y más.

Honduras

Sin escolaridad; Primaria: 1-6; Secundaria: 7 y más.

México

Sin escolaridad; Primaria: 1-6; Secundaria: 7-9; Medio o Superior: 10 y más.

Nicaragua

Sin escolaridad; Primaria: 1-6; Secundaria: 7-11; Medio o Superior: 12 y más.

Perú

Sin escolaridad; Primaria: 1-5; Secundaria: 6-10; Medio o Superior: 11 y más (traslape en 6 y 10 años de estudios).

República Dominicana

Sin escolaridad; Primaria: 1-8; Secundaria: 9-12; Medio o Superior: 13 y más.

Nivel socioeconómico

La construcción del índice del nivel socioeconómico en las **encuestas DHS** se basa en características de los hogares en que se realizaron dicha encuesta, como bienes poseídos, características de la construcción y de los servicios disponibles. Este índice sólo se calculó para las encuestas más recientes.

Los aspectos estándares incluidos en las DHS consideran:

Bienes del hogar: radio, televisión, teléfono, refrigerador, bicicleta, motocicleta y automóvil.

Material del piso: naturales (tierra), rudimentarios (planchas, palma, etc.), terminados (parquet, cemento, cerámica, etc.).

Fuente de abastecimiento de agua: cañería fuera o dentro del hogar, pozo, etc.

Disposición de excretas: inodoro, letrina, sin acceso.

Número de miembros del hogar por dormitorio.

Si la mujer o el marido trabajan en la agricultura.

Si el hogar tiene servicio doméstico.

En cada uno de los aspectos listados se codificaba un “sí” o un “no”, excepto en la variable de hacinamiento. Otros aspectos incluidos en cada país y específicos de cada uno fueron dicotomizados del mismo modo. A través de un análisis de clasificación múltiple se calcularon los puntajes para cada categoría, que se resumieron en un puntaje único para cada hogar. Las poblaciones enumeradas en cada hogar se ordenaron según su puntaje desde el más bajo hasta el más alto y divididas en cinco grupos.

En este trabajo, se consideró como nivel socioeconómico más bajo al primer quintil, y al más alto, el quinto y último quintil.

La construcción del índice del nivel socioeconómico en las **encuestas CDC** se basa en características de los hogares en que se realizaron dicha encuesta, como bienes poseídos, características de la construcción y de los servicios disponibles. El puntaje más alto que un hogar podría recibir fue de nueve (si tiene todos los bienes y servicios) y el más bajo, cero (si no tiene ninguno de los bienes y servicios). Los hogares fueron divididos en tres niveles, alto, medio y bajo, basados en el número de bienes y servicios que informaron poseer. Las encuestas CDC utilizadas construyeron dichos niveles según criterios propios. En la publicación se trabajó con el nivel socioeconómico más bajo y el más alto.

Grupo indígena:

Bolivia

Incluye la población Quechua, Aymara, y Guarani

Guatemala

Incluye los auto- clasificados como indígenas

México

Incluye la población de los grupos: Náhuatl, Maya, Zapoteco, Mixteco y “otro grupo indígena”

Nicaragua

Las lenguas indígenas listadas eran el Miskito y el Mayangna, pero no había en la muestra adolescentes que hablaran este último idioma. Por lo tanto, se refiere a la población que tiene por lengua el Miskito.

Perú 2000

Incluye la población Quechua y Aymara

Perú 2003

Incluye la población Quechua, Aymara y otra lengua aborigen

Planificación Familiar:

Necesidad insatisfecha para limitar:

Mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo no fue deseado y mujeres fértiles que no

están ni embarazadas ni amenorréicas que no desean más hijos.

Necesidad insatisfecha para espaciar:

Mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo sí fue deseado, pero más tarde y mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas que sí desean más hijos pero prefieren esperar por lo menos dos años.

Anexo 2: Cuadros Complementarios

Cuadro A-1. Porcentaje de mujeres de 15-19 años, según área de residencia y nivel de educación. Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País y año de la encuesta	Total	Lugar de residencia		Nivel de educación			
		Urbano	Rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Superior
Bolivia, 2003	100.0	69.5	30.5	0.5	36.8	60.0	2.7
Brasil, 2000	100.0	81.5	18.5	1.1	93.4	76.0	1.6
Colombia, 2000	100.0	76.4	23.6	0.6	21.1	73.0	5.3
El Salvador, 2002-03	100.0	54.7	45.3	3.7	29.3	37.1	29.9
Guatemala, 2002	100.0	40.7	59.3	12.3	50.7	36.3	0.7
Haití, 2000	100.0	50.5	49.5	7.4	59.3	33.3	..
México, 2003	100.0	76.2	23.8	0.2	15.7	48.9	35.3
Nicaragua, 2001	100.0	61.7	38.3	6.3	40.1	50.9	2.6
Perú, 2000	100.0	69.5	30.5	1.0	20.2	73.0	5.8
Perú, 2003	100.0	70.9	29.1	0.7	13.4	72.4	13.5
Rep. Dominicana, 2002	100.0	68.2	31.8	1.1	43.1	50.3	5.5

Fuente: Encuestas DHS y CDC.

Nota: .. No hay información.

Brasil: Los resultados de Brasil no corresponden a encuestas DHS ni CDC sino al Censo de Población de 2000.

Los cuadros sobre fecundidad disponibles en el sitio.

Brasil: www.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2000/nupcialidade_fecundidade/Brasil/. Cuadros: 1.2.1, 1.2.4, 1.2.7, 1.2.10.

Cuadro A-2. Porcentaje de mujeres de 15-19 años, según estado conyugal. Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País y año de la encuesta	Total	Estado conyugal					
		Solteras	Casadas	Unidas	Viudas	Divorciadas	Separadas
Bolivia, 2003	100.0	87.6	1.9	9.1	0.0	0.1	1.3
Brasil, 2000	100.0	94.4	5.5	..	0.0	0.0	0.1
Colombia, 2000	100.0	82.4	1.6	12.7	0.1	..	3.1
El Salvador, 2002-03	100.0	78.2	2.8	16.4	0.0	0.0	2.6
Guatemala, 2002	100.0	80.1	7.4	10.8	0.2	..	1.5
Haití, 2000	100.0	80.6	13.9	2.2	0.1	..	3.3
México, 2003	100.0	82.5	7.3	8.7	0.0	0.1	1.5
Nicaragua, 2001	100.0	69.6	5.1	17.2	..	0.1	8.0
Perú, 2000	100.0	88.7	1.6	8.7	0.0	..	1.0
Perú, 2003	100.0	88.2	1.4	8.3	0.0	0.0	2.1
Rep. Dominicana, 2002	100.0	70.5	1.6	20.8	..	0.1	7.0

Fuente: Encuestas DHS y CDC.

Nota: .. No hay información.

Brasil: Los resultados de Brasil no corresponden a encuestas DHS ni CDC sino al Censo de Población de 2000.

Los cuadros sobre fecundidad disponibles en el sitio.

Brasil: www.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2000/nupcialidade_fecundidade/Brasil/. Cuadros: 1.2.1, 1.2.4, 1.2.7, 1.2.10.

Cuadro A-3. Porcentaje de mujeres de 15-19 años, según nivel de pobreza y grupo indígena. Países seleccionados de América Latina y el Caribe

País y año de la encuesta	Total	Estado conyugal			
		Bajo	Alto	Indígena	No Indígena
Bolivia, 2003	100.0	12.9	25.5	51.2	48.8
Brasil, 2000	100.0	..	..	0.4	99.6
Colombia, 2000	100.0	43.2	56.8	..	..
El Salvador, 2002-03	100.0	52.7	47.3	..	..
Guatemala, 2002	100.0	29.4	70.6	33.5	66.5
Haití, 2000	100.0	32.5	67.5	..	..
México, 2003	100.0	..	..	6.0	94.0
Nicaragua, 2001	100.0	40.3	59.7	1.8	98.2
Perú, 2000	100.0	38.0	62.00	7.4	92.6
Perú, 2003	100.0	..	..	8.1	91.9
Rep. Dominicana, 1996	100.0	..	..	..	..

Fuente: Encuestas DHS y CDC.

Nota: .. No hay información.

Brasil: Los resultados de Brasil no corresponden a encuestas DHS ni CDC sino al Censo de Población de 2000.

Los cuadros sobre fecundidad disponibles en el sitio.

Brasil: www.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2000/nupcialidade_fecundidade/Brasil/. Cuadros: 1.2.1, 1.2.4, 1.2.7, 1.2.10.

Listado de Cuadros

Cuadro 1.1.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) sexualmente iniciados, por sexo. Últimos años disponibles.....	8
Cuadro 1.2.	Países de América Latina y el Caribe. Distribución por edad a la iniciación de las mujeres y varones de 15 a 19 años sexualmente iniciados. Últimos años disponibles.....	9
Cuadro 1.3.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) sexualmente iniciados, por edad y sexo. Últimos años disponibles.....	10
Cuadro 1.4.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) sexualmente iniciados, por lugar de residencia y sexo. Últimos años disponibles.....	11
Cuadro 1.5.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) sexualmente iniciados según nivel de educación y sexo. Últimos años disponibles.....	12
Cuadro 1.6.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) sexualmente iniciados según nivel socioeconómico, por sexo. Últimos años disponibles.....	13
Cuadro 1.7.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) sexualmente iniciados según pertenencia a un grupo indígena, por sexo. Últimos años disponibles.....	17
Cuadro 2.1.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que conocen al menos un método anticonceptivo (a). Últimos años disponibles.....	16
Cuadro 2.2.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que conocen al menos un método anticonceptivo (a), por lugar de residencia. Últimos años disponibles.....	16
Cuadro 2.3.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que conocen al menos un método anticonceptivo (a), por nivel de educación. Últimos años disponibles.....	17
Cuadro 2.4.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que conocen al menos un método anticonceptivo (a), por nivel socioeconómico. Últimos años disponibles.....	17
Cuadro 2.5.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que conocen al menos un método anticonceptivo (a), total e indígenas. Últimos años disponibles.....	18
Cuadro 2.6.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que conocen al menos un método anticonceptivo (a), por tipo de método. Últimos años disponibles.....	19
Cuadro 2.7.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años no usuarias de métodos conceptivos, que conocen al menos un método anticonceptivo (a) pero no conocen una fuente de suministro, por lugar de residencia, por nivel socioeconómico y por pertenencia a un grupo indígena. Últimos años disponibles.....	20
Cuadro 2.8.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años no usuarias de métodos conceptivos, que conocen al menos un método anticonceptivo (a) pero no conocen una fuente de suministro, por lugar de residencia, por nivel de educación. Últimos años disponibles.....	21
Cuadro 2.9.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años sexualmente iniciadas, casadas y no unidas sexualmente activas (a) que usan actualmente un método anticonceptivo. Últimos años disponibles.....	22
Cuadro 2.10.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años sexualmente iniciadas que han usado condón alguna vez. Total y casadas y unidas. Últimos años disponibles.....	22
Cuadro 2.11.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años casadas y unidas que usan un método anticonceptivo, por lugar de residencia, por nivel socioeconómico (a) y por pertenencia a un grupo indígena. Últimos años disponibles.....	23
Cuadro 2.12.	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años casadas y unidas que usan un método anticonceptivo, por nivel de educación. Últimos años disponibles.....	24
Cuadro 2.13.	Países de América Latina y el Caribe. Distribución de las mujeres de 15 a 19 años casadas o unidas que usan un método anticonceptivo. Últimos años disponibles.....	24
Cuadro 2.14.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres casadas y unidas con necesidad insatisfecha de anticoncepción, por edad. Últimos años disponibles.....	25
Cuadro 2.15.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje mujeres que practicaron un aborto alguna vez en su vida, por edad. Últimos años disponibles.....	26
Cuadro 3.1.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) que oyeron hablar del Sida, por sexo. Últimos años disponibles.....	29
Cuadro 3.2.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que oyeron hablar del Sida, por lugar de residencia. Últimos años disponibles.....	29
Cuadro 3.3.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que oyeron hablar del Sida, por nivel socioeconómico y por pertenencia a un grupo indígena. Últimos años disponibles.....	30
Cuadro 3.4.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que oyeron hablar del Sida, por nivel de educación. Últimos años disponibles.....	31
Cuadro 3.5.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que conocen alguna forma de evitar el contagio entre las que oyeron hablar del Sida, según las formas que conocen (respuestas múltiples). Últimos años disponibles.....	32
Cuadro 3.6.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que saben que el condón puede evitar el contagio entre las que oyeron hablar del Sida, según lugar de residencia, según nivel socioeconómico y según pertenencia a un grupo indígena. Últimos años disponibles.....	33
Cuadro 3.7.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que saben que el condón puede evitar el contagio entre las que oyeron hablar del Sida, según nivel de educación. Últimos años disponibles.....	34

Cuadro 3.8.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que declaran no estar en riesgo de contraer la enfermedad entre las sexuales iniciadas que oyeron hablar del Sida, según lugar de residencia, según estado conyugal. Últimos años disponibles.....	34
Cuadro 3.9.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que declaran no estar en riesgo de contraer la enfermedad entre las sexuales iniciadas y que oyeron hablar del Sida, según lugar de residencia, según nivel socioeconómico y según pertenencia a un grupo indígena. Últimos años disponibles	35
Cuadro 3.10.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que declaran no estar en riesgo de contraer la enfermedad entre las sexuales iniciadas que oyeron hablar del Sida, según nivel de educación. Últimos años disponibles.....	36
Cuadro 4.1.	Países de América Latina y el Caribe. Tasas de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años (por mil), períodos seleccionados.....	39
Cuadro 4.2.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de los nacimientos cuyas madres son adolescentes, 1990-1995 y 2000-2005.....	40
Cuadro 4.3.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) que han tenido al menos un hijo nacido vivo, por sexo. Últimos datos disponibles	41
Cuadro 4.4.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han tenido al menos un hijo nacido vivo, por edad. Últimos datos disponibles	42
Cuadro 4.5.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de madres de 15 a 19 años que tuvieron su primer hijo antes de los 15 años. Últimos años disponibles.....	43
Cuadro 4.6.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han tenido hijos nacidos vivos, por área de residencia. Últimos años disponibles	44
Cuadro 4.7.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han tenido hijos nacidos vivos según nivel de educación. Últimos años disponibles	45
Cuadro 4.8.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han tenido hijos nacidos vivos según nivel socioeconómico. Últimos años disponibles	45
Cuadro 4.9.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años pertenecientes a grupos indígenas, que han tenido hijos nacidos vivos. Últimos años disponibles.....	45
Cuadro 5.1.	Países de América Latina y el Caribe. Indicadores de mortalidad materna por edad. Últimos años disponibles.....	57
Cuadro 5.2.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años y de 15 a 49 años que tuvieron controles prenatales en su último nacimiento vivo. Últimos años disponibles.....	48
Cuadro 5.3.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron controles prenatales en su último nacimiento vivo según lugar de residencia, según nivel socioeconómico y según un grupo indígena. Últimos años disponibles	49
Cuadro 5.4.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron controles prenatales en su último nacimiento vivo según nivel de educación. Últimos años disponibles.....	49
Cuadro 5.5.	Países de América Latina y el Caribe. Distribución de las mujeres de 15 a 19 años y de 15 a 49 años que tuvieron controles prenatales en su último nacimiento vivo según número de visitas de control. Últimos años disponibles	50
Cuadro 5.6.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron entre 0 y 2 controles prenatales en su último nacimiento vivo, según lugar de residencia. Últimos años disponibles.....	51
Cuadro 5.7.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron entre 0 y 2 controles prenatales en su último nacimiento vivo, según nivel socioeconómico y según pertenencia a un grupo indígena. Últimos años disponibles.....	51
Cuadro 5.8.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron entre 0 y 2 controles prenatales en su último nacimiento vivo, según nivel de educación. Últimos años disponibles.....	52
Cuadro 5.9.	Países de América Latina y el Caribe. Distribución de mujeres de 15 a 19 años y de 15 a 49 años según mes del embarazo al que se hicieron el primer control prenatal de su último nacido vivo. Últimos años disponibles.....	52
Cuadro 5.10.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que se hicieron el primer control prenatal de su último nacido vivo tardíamente (2º trimestre en adelante), por lugar de residencia. Últimos años disponibles.....	53
Cuadro 5.11.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que se hicieron el primer control prenatal de su último nacido vivo tardíamente (2º trimestre en adelante), por nivel socioeconómico y por pertenencia a un grupo indígena. Últimos años disponibles.....	54
Cuadro 5.12.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que se hicieron el primer control prenatal de su último nacido vivo tardíamente (2º trimestre en adelante), por nivel de educación. Últimos años disponibles	55
Cuadro 5.13.	Países de América Latina y el Caribe. Distribución de mujeres de 15 a 19 años y de 15 a 49 años, según lugar y tipo de atención en el parto del último nacido vivo. Últimos años disponibles	56
Cuadro 5.14.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron el parto del último nacido vivo en una institución de salud o fuera de ella pero con asistencia profesional, según lugar de residencia. Últimos años disponibles	57
Cuadro 5.15.	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron el parto del último nacido vivo en una institución de salud o fuera de ella pero con asistencia profesional, según nivel socioeconómico y según pertenencia a un grupo indígena. Últimos años disponibles.....	57
Cuadro 5.16.	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron el parto del último nacido vivo en una institución de salud o fuera de ella pero con asistencia profesional, según nivel de educación. Últimos años disponibles.....	58
Cuadro 6.1.	Países de América Latina y el Caribe. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años alguna vez casadas o unidas, que sufrieron violencia física por parte de su pareja al menos una vez. Últimos años disponibles.....	59
Cuadro A.1.	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años, según área de residencia y nivel de educación. Países seleccionados en América Latina y el Caribe.....	65
Cuadro A.2.	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años, según estado conyugal. Países seleccionados en América Latina y el Caribe	65
Cuadro A.1.	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años, según nivel de pobreza y grupo indígena. Países seleccionados en América Latina y el Caribe.....	66

Referencias Bibliográficas

- Ampuero Salas, A. (1999), *Sexualidad y deseo: hablan adolescentes de Ayacucho, Puno, San Martín y Ucayali*. Lima, Perú: Movimiento Manuela Ramos.
- Amuchástegui, A. (2001), *Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados*. México, EDAMEX.
- Argentina, Unidad Coordinadora Ejecutora VIH/SIDA y ETS (2001), *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*, VIII (20). Buenos Aires, Ministerio de Salud.
- BENFAM (1999), *Adolescentes, jovens e a pesquisa nacional sobre demografia e saúde: um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva*. Río de Janeiro: BENFAM.
- Benítez, N. (1996), *Ahora ya saben todo: vivencias de la sexualidad en la adolescencia*. Asunción, Paraguay: FNUAP, BECA.
- Berglund, S.; Litjestrang, J; Marín, F; Salgado, N y Zelaya, E. (1997), The background of adolescent pregnancies in Nicaragua: a qualitative approach. *Social Science and Medicine*, 44 (1): 1-12.
- Bianco, M.; Ré, M. I. y Pagani, L. (1998), Género y sexualidad adolescente: problemas frente a la reproducción y la prevención del VIH/SIDA. AEPa, CEDES, CENEP, *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires: 35-44.
- Blanc, A. K. y Way, A. A. (1998), Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries. *Studies in Family Planning*, 29 (2): 106-116.
- Bloch, C. (1999), El sida, una nueva enfermedad de la pobreza. Cahn, P.; Bloch, C y Weller, S. *El sida en Argentina. Epidemiología, subjetividad y ética social*. Buenos Aires, Arkhetypo: 21-96.
- Bott, S. y Jejeebhoy, S. (2003), Adolescent sexual and reproductive health in South Asia: an overview of findings from the 2000 Mumbai Conference. *Progress in Reproductive Health*, N° 64: 6-7.
- Caballero Hoyos, R. y Villaseñor Sierra, A. (2001), El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 35 (6): 531-538.
- Carroli, G. (2005a), Embarazo adolescente. Diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Datos del Gran Rosario. Ponencia presentada a la XIX Reunión Bial de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana, Cartagena, Colombia, 10 al 13 de mayo.
- Carroli, G. (2005b), Adolescencia y resultados perinatales adversos: estudio de cohorte. Ponencia presentada a la XIX Reunión Bial de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana, Cartagena, Colombia, 10 al 13 de mayo.
- Castañeda, X.; Castañeda I. y Brindis, C. (2001), El círculo de lo sagrado y lo profano: regulación de la sexualidad en adolescentes de áreas rurales. Stern, C y García, E. (coordinadores), *Sexualidad y salud reproductiva de adolescentes y jóvenes en México: aportaciones para la investigación y la acción*. México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, Documentos de Trabajo Sexualidad, Salud y Reproducción N° 6: 73-88.
- Checa, S.; Erbaro, C. y Schwartzman, E. L. (2003), Cuerpo y sexualidad en la adolescencia. Checa, S. (compiladora), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*, Buenos Aires, Paidós: 171-210.
- Climent, G. y Arias, D. (1997), El embarazo adolescente: un emergente social. *Segundas Jornadas Nacionales Interdisciplinarias sobre Salud y Población*, Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires: sin paginar
- Connell, R. W. (2002), Adolescencia en la construcción de masculinidades contemporáneas. Trabajo presentado a la Conferencia Regional sobre Varones adolescentes: construcción de identidades de género en América Latina. Subjetividades, prácticas, derechos y contextos socioculturales. FLACSO, Santiago de Chile, 6-8 de noviembre.
- Contreras, J- M-; Guzmán, J.M. y Hakkert, R. (2001) Uso de anticonceptivos en adolescentes. Guzmán, Hakkert, Contreras y Falconier de Moyano, *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América latina y el Caribe*, México, UNFPA, Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe: 129-142.
- Cutié Cancino, R. (1997), El embarazo en la adolescencia: ¿un problema? CEDEM e Instituto de Endocrinología, *Salud reproductiva en Cuba (Investigaciones)*, vol. I, La Habana: 193-201.
- D'Aubeterre Buznego, M. E. (2000), Mujeres indígenas campesinas y violencia sexual: un estudio de caso en la sierra norte de Puebla. Stern, C. y Echarri, C.J. (coordinadores), *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México, D.F.: El Colegio de México: 329-362.
- DeLamater, J. (1981), The social control of sexuality. *American Review of Sociology*, 7 : 263-290.
- De Souza e Silva, R. (1996), Gravidéz na adolescência: aonde mora o problema? ABEP, *X Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, 3: 1545-1565.
- Ehrenfeld, N. (1999), Female adolescents at the crossroads: sexuality, contraception and abortion in Mexico. Mundigo, A, e Indriso, C. (editores), *Abortion in the developing world*. Londres, Zed Books, WHO: 368-386.
- Ellsberg, M.(2003), Corced sex among adolescents: recent findings from Latin America, trabajo presentado a la Consultative Meeting on Non-consensual Sexual Experiences of Young People in Developing Countries, Nueva Delhi, India, 22-25 de septiembre de 2003.
- Gutiérrez M. y Ferrando, D. (2003), Incidencia del aborto y sus efectos sobre la fecundidad. CELADE, *La fecundidad en América latina: ¿transición o revolución?*. Santiago de Chile: CELADE, Université de ParisX-Nanterre.
- Florencia, A.; Ramírez, M; Villaseñor Farías, M. y Celis de la Rosa, A. (2002), El condón masculino y su eficacia. Información y creencias en adolescentes escolares. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 40 (1): 35-41.
- Freitez, A.; Di Brienza, M. y Zúñiga, G. (2000), El embarazo adolescente en Venezuela y los supuestos del problema. *Temas de Coyuntura* (42): 107-142.
- Fuller, N. (1998), La construcción social de la identidad de género entre varones urbanos del Perú. Trabajo presentado a la Conferencia Regional sobre La equidad de género en América Latina y el Caribe: desafíos desde las identidades masculinas. FLACSO, Santiago de Chile, 8-10 de junio.
- Furstenberg Jr., F. F. (1998), When will teenage childbearing become a problem? The implications of Western experience for developing countries. *Studies in Family Planning* 29 (2): 246-253.
- Geldstein, R. N. y Pantelides, E. A. (2003), Coerción, consentimiento y deseo en la ' primera vez'. Checa, S. (compiladora), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*, Buenos Aires, Paidós: 103-138.
- Gogna, M; Pantelides, E. A. y Ramos, S. (1997), *Las enfermedades de transmisión sexual: género, salud y sexualidad*. Buenos Aires: CENEP. CEDES, Cuaderno del CENEP N° 52.
- Gray, N.; Valenzuela, A.; Preminger, R.; Matamala, M.I. y Maynou, P. (1995), *Abuso sexual en adolescentes. Estudio descriptivo sobre violación e incesto en mujeres estudiantes de enseñanza media de la región metropolitana*. Santiago de Chile: Colectivo Mujer, Salud y Medicina Social. COMUSAMS-ACHNU.
- Gúezmes, A.; Palomino, N. y Ramos, M. (2002), *Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú. Estudio multicéntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres*. Lima, Perú: Flora Tristán, OMS, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Guzmán, J. M.; Contreras, J. M. y Hakkert, R. (2001), La situación actual del embarazo adolescente y del aborto. Guzmán, J. M.; Hakkert, R.; Contreras, J. M. y Falconier de Moyano, M. (2001), *Diagnóstico sobre*

- salud sexual y reproductiva de adolescentes en América latina y el Caribe, México, UNFPA, Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe: 19-40.
- Guzmán, J. M.; Hakkert, R.; Contreras, J. M. y Falconier de Moyano, M. (2001), *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América latina y el Caribe*, México, UNFPA, Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe.
- Heise, L.; K. Moore, y N. Toubia (1995 a), *Sexual coercion and reproductive health. A focus on research*, Nueva York: Population Council,
- Heise, L.; K. Moore y N. Toubia (1995b), Defining coercion and consent cross-culturally. *SIECUS Report*, 24 (2).
- Infesta Domínguez, G. (1996), Maternidad, roles sexuales y conducta reproductiva de mujeres adolescentes. Welte, C (editor) *Dinámica demográfica y cambio social*, México, PROLAP: 57-70.
- Instituto Nacional de la Familia y de la Mujer (1995), *Uruguay adolescente. Maternidad adolescente y reproducción intergeneracional de la pobreza*, Montevideo, Trilce.
- Kinsler, J.; Sneed, C. D.; Morisky, D. E. y Ang, A. (2004), Evaluation of a school-based intervention for HIV/AIDS prevention among Belizean adolescents. *Health Education Research: Theory and Practice*, 19 (6): 730-738.
- Kornblit, A.L. y Mendes Diz, A.M. (1997), Actitudes hacia el sida en estudiantes secundarios. Kornblit, A. (comp.), *Sida y sociedad*. Buenos Aires, Espacio: 91-105.
- Liker, K. (1997), *Dubious conceptions. The politics of teenage pregnancy*. Cambridge, Estados Unidos y Londres, Harvard University Press.
- Magnani, R. J.; Seiber, E. E.; Zielinski Gutiérrez, E y Vereau, D. (2001), Correlates of sexual activity and condom use among secondary-school students in urban Peru. *Studies in Family Planning*, 32 (1): 53- 66.
- Méndez Ribas, J. M.; Necchi, S. y Schufer, M. (1998), Iniciación sexual en adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires. AEPa, *III Jornadas Argentinas de Estudios de la Población*. Buenos Aires, honorable Senado de la Nación: 158-177.
- OMS (2003), *Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal*, OMS, Ginebra.
- Paiva, V. (1993), Sexuality, condom use and gender norms among Brazilian teenagers. *Reproductive Health Matters*, 2: 98-109.
- Pantelides, E. A. (2004), Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América latina. CELADE, *La fecundidad en América latina: ¿Transición o revolución?*, Santiago de Chile, CELADE y Université de Paris X-Nanterre, Serie seminarios y conferencias 36: 167-182
- Pantelides E. A. y Cerrutti, M. S. (1992), *Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia*, Buenos Aires: CENEP, Cuadernos del CENEP 47.
- Pantelides, E. A. y Geldstein. R. (1998), Encantadas, convencidas o forzadas: iniciación sexual en adolescentes de bajos recursos. AEPa/CEDES/ CENEP, *Avances en la investigación en salud reproductiva y sexualidad*, Buenos Aires, AEPa/CEDES/CENEP: 45-54.
- Pantelides, E. A.; Geldstein, R. N. e Infesta Domínguez. G. (1995), *Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia*, Buenos Aires, CENEP, Cuadernos del CENEP 51.
- Pantelides, E. A. y Manzelli, H. (2005), *La salud sexual y reproductiva: también un asunto de hombres*. Buenos Aires, OPS.
- Polanczyk, G. V.; Zavaschi, M. L.; Benetti, S.; Zenker, R. y Gammerman, P. W. (2003), Violencia sexual e sua prevalencia em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37 (1): 8-14.
- Population Council (2004), *The adverse health and social outcomes of social coercion: Experiences of young in developing countries*. Disponible en www.popcouncil.org.
- Population Reports (1999), Impact on women's reproductive health, *Population Reports*, 27 (4): 13-18.
- Ramírez Rodríguez, J. y P. Vargas Becerra (1998), Una espada de doble filo: la salud reproductiva y la violencia doméstica contra la mujer. Bilac, E. y M. Baltar da Rocha, *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas*, Río de Janeiro, Brasil: Editora 34: 261-289.
- Reichman, N. E. y Pagnini, D. L. (1996), *The complicated relation between maternal age and birth outcomes*. Princeton, Estados Unidos de Norteamérica: Princeton University, Office of Population Research Working Papers Series 96-4.
- Rosas Ballinas, M. I. (1997), *Aborto por violación. Dilemas éticos y jurídicos*. Lima, Perú: The Population Council, DEMUS.
- Quintana Sánchez, A. y Vásquez del Águila, E. (1997), *Construcción social de la sexualidad adolescente. Género y salud sexual*, Lima, IES.
- Rivas Zivy, M. (1996), Métodos cualitativos en una investigación sobre sexualidad y SIDA en adolescentes. Hidalgo San Martín, A. (edit.), *Salud, sexualidad y reproducción en la adolescencia: seminario internacional*, Guadalajara, México, Universidad de Guadalajara: 174-182.
- Roblin de Pareja, J. y Ballon, J. Z. de (1996), *Concepción de sexualidad en Cerro Verde y Valle Alto de Cochabamba: conocer y respetar para rescatar y dinamizar*, Bolivia, FNUAP.
- Rodríguez, G.; Amuchástegui, A.; Rivas, M. y Bronfman, M. (1999), Mitos y dilemas de los jóvenes en tiempos del sida. Bronfman, M. (comp.), *SIDA en México: migración, adolescencia y género*, México, D. F., Colectivo Sol: 91-200.
- Saucedo González, I. (1995), La relación violencia-salud reproductiva: un nuevo campo de investigación, *Salud Reproductiva y Sociedad*, II (6-7): 3-9
- Shepard, B. (2004), Pecado y derechos humanos: la falta de ciudadanía sexual de la juventud. Cáceres, C. F.; Frasca, T.; Pecheny, M. y Terto, V. *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Ford Foundation, Hivos.
- Soto Cáceres, V. (1998), Comportamiento sexual de riesgo para ETS/SIDA en adolescentes del Departamento de Lambayeque. *Folia Dermatológica Peruana*, 9 (1-2): 22-28.
- Stern, C. (1997) El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública de México*, 39 (2): 137- 143.
- Stern, C. y García, E. (2001), Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente. Stern, C y Figueroa Perea, J. G. (compiladores), *Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación*, México, El Colegio de México: 331-358.
- Trujillo, E.; Henao, J y González, C. (2004), *Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes*. Informe final del estudio cualitativo. Mimeo.
- UNICEF(2000), *La violencia doméstica contra mujeres y niñas*, Florencia, Italia: UNICEF.
- UNICEF, ONUSIDA, OMS (2002), *Los jóvenes y el VIH/sida. Una oportunidad en un momento crucial*. Sin lugar de edición.
- Vance, C. (1991), Anthropology rediscovers sexuality: A theoretical comment. *Social Science and Medicine*, 33 (8): 875-884.
- Wartenberg, L. (1999), *Embarazo precoz y aborto adolescente en Colombia*, Bogotá, Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social, Universidad Externado de Colombia y UNFPA.
- Weeks, J. (1998), *Sexualidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Weller, S.(1999), Sida y subjetividad. Un estudio epidemiológico sobre jóvenes. Cahn, P; Bloch, C. y Weller, S., *El sida en Argentina. Epidemiología, subjetividad y ética social*. Buenos Aires, Arkhetypo.
- Welte Chanes, C (2000), Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México. *Papeles de Población*, 6 (26): 43-88.
- Wiemán, C. M.; Agurcia, C. A.; Berenson, A. B. Volk, R. J. Y Rickert, V. I. (2000), Pregnant adolescents: experiences and behaviors associated with physical assault by an intimate partner. *Maternal and Child Health Journal*, 4 (2): 93-101.
- Yon, C.; Jiménez, O. y Valverde, R. (1998), Representations of sexual and preventive practices in relation to STDs and HIV/AIDS among adolescents in two poor neighbourhoods in Lima, Peru. Trabajo presentado al Seminar on men, family formation and reproduction, Buenos Aires, IUSSP.
- Zamberlin, N. (2003), Reflexiones sobre la doble protección en varones adolescentes de sectores populares. Checa, S. (compiladora), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós: 211-231.



United Nations Population Fund
220 East 42nd Street
New York, NY 10017

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe