



ESTUDIO REGIONAL
DE EQUIDAD Y FECUNDIDAD
ADOLESCENTE
EN CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA
(EREFA)

INFORME DE AVANCE

DICIEMBRE 2020

ESTUDIO REGIONAL DE EQUIDAD EN FECUNDIDAD ADOLESCENTE (EREFA) INFORME DE AVANCE

El presente documento es un resumen de avance de resultados del Estudio Regional de Equidad en Fecundidad Adolescente en Centroamérica y República Dominicana (EREFA), en el marco de la Resolución COMISCA 10-2019. El informe se compone de dos partes:

- El análisis de datos sobre la magnitud, profundidad y tendencias de las desigualdades sociales en fecundidad adolescente a partir de la información remitida por los Ministerios de Salud de los Estados miembros del SICA y la consulta de otras fuentes de datos (Análisis Cuantitativo).
- El análisis de las políticas en salud sexual y reproductiva que tienen impacto sobre la población menor de edad y en etapa adolescente en los Estados miembros del SICA (Análisis Cualitativo).

Los contenidos de este informe reflejan un resumen de la información recabada, que servirá para la presentación del informe final del estudio, previsto para el primer semestre de 2021.

Objetivo del Estudio

Estimar la magnitud y las tendencias de las desigualdades en el embarazo y en la fecundidad en el grupo de adolescentes y sus determinantes en los ocho países de la región SICA en el período comprendido entre la década de los 1990's y la década de los 2010's, para establecer una línea de base que sea útil en el proceso de monitoreo y evaluación del Plan Estratégico de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Centroamérica y República Dominicana 2019-2023.

Actividades desarrolladas



- Realización de reuniones virtuales a partir de la aprobación del Protocolo de investigación del EREFA (agosto 2019-marzo 2020).
- Recopilación de bases de datos de las Encuestas ENDESAS y MICS de los países de Centroamérica y República Dominicana por la SE-COMISCA.
- Revisión de políticas y planes
- Realización de análisis preliminar utilizando datos de las encuestas de salud (MICS y DHS), estudios publicados por OPS y la base de datos de recién nacidos de OPS, el cual refuerza la necesidad de desarrollar intervenciones pro-equitativas que beneficien a las adolescentes.
- Taller virtual sobre las Tendencias del Embarazo en Adolescentes en los Estados miembros del SICA
- Informe PPT/Países sobre avance cualitativo
- Informe PPT, países y Asesores: Avance cuantitativo
- Sistematizar, ordenar la información para el análisis

PRIMERA PARTE: REVISION Y ANALISIS DE DATOS E INFORMACIONES RESPECTO A LA MAGNITUD, PROFUNDIDAD Y TENDENCIAS DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN CENTROAMÉRICA Y REPUBLICA DOMINICANA (CARD)

RESUMEN PRELIMINAR DE HALLAZGOS

PROPÓSITO Y METODOLOGÍA

Esta sección presenta un informe de avance en la cuantificación de la magnitud y características de las desigualdades sociales en la fecundidad de las adolescentes en Centroamérica y República Dominicana, en el marco del [Estudio Regional de Equidad en Fecundidad Adolescente](#) (EREFA). El análisis presentado corresponde a una primera exploración de datos procesados a la fecha¹ y sus resultados deben considerarse preliminares. La disponibilidad y calidad de los datos –incluyendo nacimientos registrados, población por grupos etarios e indicadores de estratificación social– presentan gran variabilidad entre países, lo que impone limitaciones adicionales a la interpretación de los resultados del análisis.

El EREFA adopta la metodología estándar propuesta por OMS/OPS para el análisis de la desigualdad social en salud:² se analiza la distribución de un indicador de salud en la escala de posición social relativa definida por un indicador socioeconómico (denominado estratificador de equidad) y dicha desigualdad distributiva se resume con uso de métricas de desigualdad. El presente informe usa dos indicadores de salud: la [tasa específica de fecundidad adolescente](#), TEFA (número de nacimientos de madres de 15 a 19 años de edad por 1,000 mujeres de 15 a 19 años) y la [prevalencia de nacimientos en la adolescencia](#), PNA (número de nacimientos de madres de 15 a 19 años de edad como porcentaje del total de nacimientos registrados).³ Los estratificadores de equidad incluidos son: nivel socioeconómico, índice de desarrollo humano subnacional, ámbito subnacional (territorio) y área de residencia (urbana/rural).

Las fuentes de información consultadas incluyen registros de estadísticas vitales, bases de datos e informes de encuestas de demografía y salud (DHS), de indicadores múltiples por conglomerados (MICS), de salud sexual y reproductiva y otras encuestas nacionales de salud de los Estados miembros del SICA, así como documentos y plataformas de datos de organismos regionales e internacionales como la Organización Mundial de la Salud (específicamente el repositorio de datos del Monitor de Equidad en Salud del Observatorio Mundial de Salud),⁴ la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, el Observatorio en Salud Reproductiva de Guatemala (OSAR), el Laboratorio Global de Datos del Instituto de Gestión de la Investigación de la Universidad Radboud de los Países Bajos,⁵ entre otros. ([Tabla 1](#))

¹ como parte de la iniciativa EREFA, se ha recibido información de los equipos nacionales de los Ministerios de Salud del ámbito regional, incluyendo datos que aún están siendo procesados para su incorporación en el Informe Final.

² Manual de Monitoreo de Desigualdades en Salud. Washington DC: OPS/OMS, 2016.

³ la próxima iteración analítica incluirá indicadores de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres adolescentes según estratificadores de equidad.

⁴ https://www.who.int/gho/health_equity/en/

⁵ <https://globaldatalab.org/>

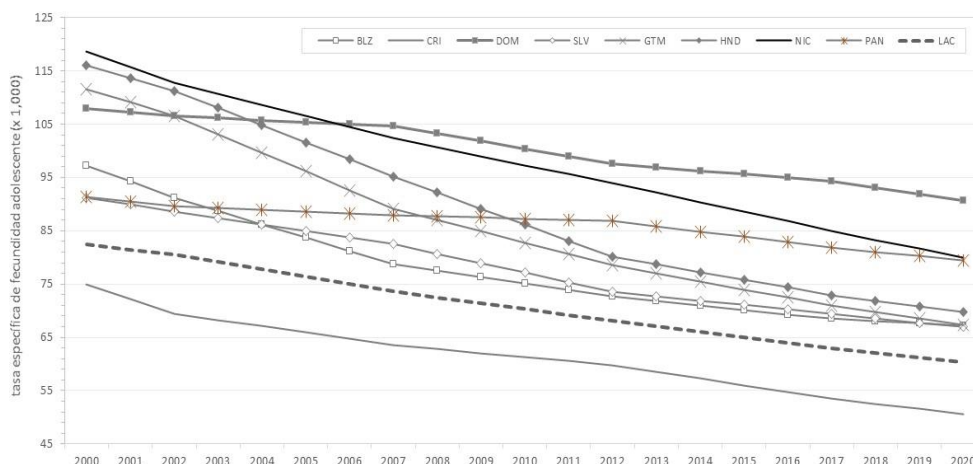
Tabla 1. Estudio Regional de Equidad en Fecundidad Adolescente. Principales fuentes de datos consultadas por país.

país	fuentes	encuestas nacionales	encuestas DHS	encuestas MICS	estadísticas vitales (EV)	Global Data Lab
Belice		FHSU 1991 FHSU 1999	n.d.	MICS 2006 MICS 2011 MICS 2015-2016	n.d.	n.d.
Costa Rica		ENSR 1993 ENSySR 2010	n.d.	MICS 2011 MICS 2018	EV 2000-2019	n.d.
El Salvador		FESAL 1998 FESAL 2008	n.d.	MICS 2014	EV 2005-2016	n.d.
Guatemala		ENSMI 2002 ENSMI 2008-2009 ENSMI 2014-2015	DHS 1995 DHS 1998-1999 DHS 2014-2015	n.d.	EV 2009-2018	1995 1999 2015
Honduras		ENESF 1996 ENESF 2001	DHS 2005-2006 DHS 2011-2012	n.d.	EV 2000-2016	2005 2011
Nicaragua		ESF 1992-1993 ENDESA 2006-2007 ENDESA 2011-2012	DHS 1998 DHS 2001	n.d.	n.d.	1998 2001
Panamá		ENASSER 2009 ENASSER 2014-2015	n.d.	MICS 2013	EV 2002-2018	n.d.
República Dominicana		ENHOGAR 2018	DHS 1996 DHS 1999 DHS 2002 DHS 2007 DHS 2013	MICS 2000 MICS 2014	EV 2001-2019	1996 2002 2007 2013

EL CONTEXTO REGIONAL: desigualdades en la fecundidad adolescente entre países

En general, la fecundidad adolescente en Centroamérica y República Dominicana muestra una evolución favorable en los últimos años. La [Figura 1](#) ilustra las tendencias de la tasa específica de fecundidad adolescente entre los años 2000 y 2020 para los ocho Estados miembros del SICA, según las estimaciones de la División de Población de Naciones Unidas. El rango interpaís de la TEFA pasó de 75-120 embarazos por 1,000 adolescentes en 2000 a 50-90 en 2020, manteniéndose todos los países –con excepción de Costa Rica– sobre la TEFA promedio para América Latina y el Caribe.

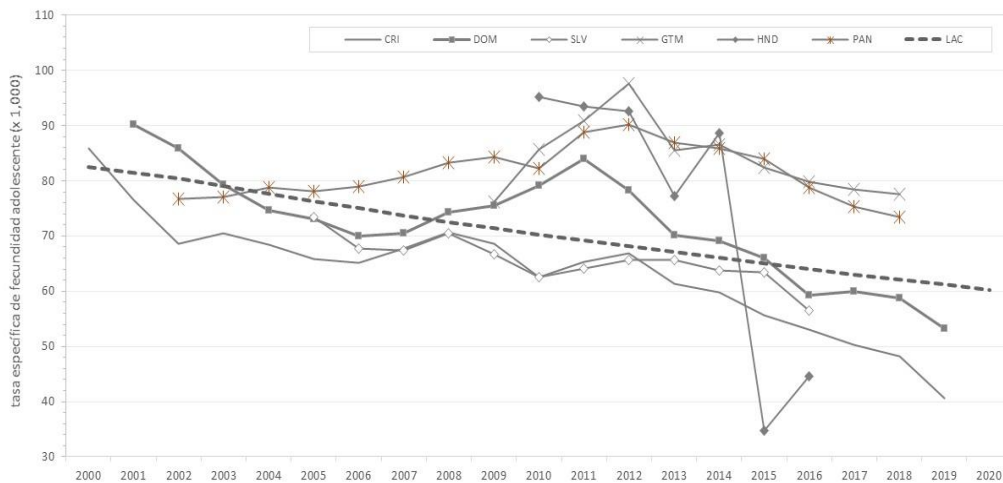
Figura 1. Tendencias de la tasa específica de fecundidad adolescente por país; Centroamérica, 2000-2020. Estimaciones de la División de Población de Naciones Unidas.



Elaboración propia a partir de datos del World Population Prospects: the 2019 Revision. Naciones Unidas.

El comportamiento descrito se reproduce a partir de datos provenientes de registros de estadísticas vitales, aunque con marcados contrastes en cuanto a magnitud y patrón temporal. La [Figura 2](#) ilustra esta evolución para los ocho países con información disponible de esa fuente. En general, es apreciable una tendencia inicialmente estacionaria, un punto de inflexión en 2012 y una trayectoria descendente desde entonces. El rango interpaís de la TEFA se amplió de cerca de 70-90 embarazos por 1,000 adolescentes en 2001 a 40-80 en 2018. Aunque, en general, la magnitud de la TEFA generada a partir de las fuentes administrativas es consistentemente menor que la generada por estimación internacional, la mayor discrepancia entre ambas fuentes se refiere a los datos de Honduras y, más recientemente, República Dominicana.

Figura 2. Tendencias de la tasa específica de fecundidad adolescente por país a partir de los registros administrativos de estadísticas vitales; Centroamérica, 2000-2020.



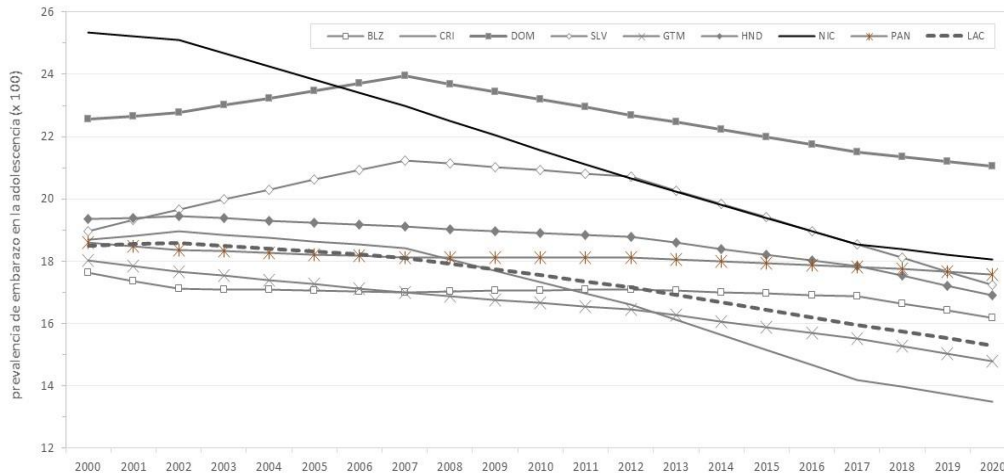
Elaboración propia a partir de datos de los registros de estadísticas vitales (nacimientos vivos) y demográficas de cada país.

La evolución favorable de la fecundidad adolescente regional también se documenta con las tendencias de la prevalencia de embarazo en la adolescencia (PNA). La [Figura 3](#) presenta dichas tendencias en el periodo 2000-2020 para los ocho países según las estimaciones de la División de Población de Naciones Unidas. En general, se constata una reducción sostenida de la PNA en todos los países, especialmente en al menos los últimos diez años, siendo esta reducción más acentuada en Nicaragua y más atenuada en Guatemala. Al igual que con la TEFA, se constata también la persistencia de notorias desigualdades entre países, aunque la disparidad estándar interpaís se redujo discretamente de 3.0 puntos porcentuales de PNA en 2000 a 2.7 puntos porcentuales en 2020. Considerando los datos provenientes de los registros de estadísticas vitales, las tendencias de la PNA son menos parsimoniosas y, de hecho, más fluctuantes —aunque reproducen por igual el punto de inflexión en 2012 que marca el inicio de una tendencia descendente en este indicador de fecundidad adolescente. ([Figura 4](#))

Es necesario tomar en consideración que la prevalencia de embarazo en la adolescencia no es un indicador que depende exclusivamente de la magnitud y los cambios en la fecundidad adolescente, sino que se puede ver influenciado directamente por la magnitud y los cambios en la fecundidad adulta: si la satisfacción de necesidades de planificación familiar tiene impacto positivo sobre la población adulta sexualmente activa (es decir, reduciendo el número de nacimientos en esta), la contribución relativa de las mujeres adolescentes respecto al total de nacimientos se incrementará, incluso si el número absoluto

de nacidos vivos de madres adolescentes es el mismo o si disminuye a un ritmo menor que el de madres adultas. La tasa específica de fecundidad adolescente (TEFA) es, por tanto, el indicador más confiable para monitorear la magnitud y los cambios en el tiempo de la fecundidad adolescente –y sus desigualdades.

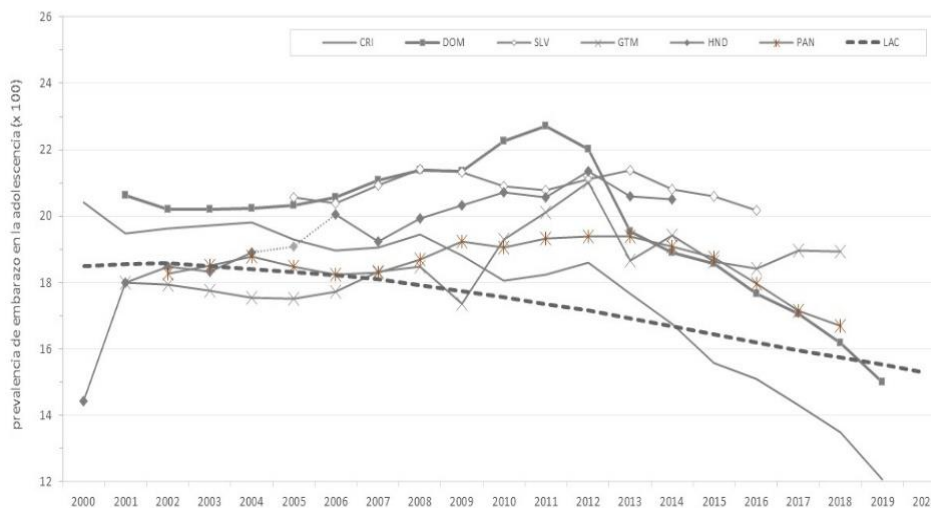
Figura 3. Tendencias de la prevalencia de embarazo en la adolescencia por país; Centroamérica, 2000-2020. Estimaciones de la División de Población de Naciones Unidas.



Elaboración propia a partir de datos del World Population Prospects: the 2019 revisión. Naciones Unidas.

A pesar de estas limitaciones, es probable que las tendencias reflejadas en la evolución de la prevalencia de nacimientos en la adolescencia en la región sean certeras, debido a que la tasa específica de fecundidad adolescente –al igual que la tasa global de fecundidad– se viene reduciendo en los últimos años en todos los Estados miembros del SICA. Ello, no obstante, las desigualdades en la fecundidad adolescente entre los países son profundas y persistentes y, como se resume a continuación, se reproducen e intensifican al interior de los mismos.

Figura 4. Tendencias de la prevalencia de embarazo en la adolescencia por país a partir de los registros administrativos de estadísticas vitales; Centroamérica, 2000-2020.



Elaboración propia a partir de datos de los registros de estadísticas vitales (nacimientos vivos) y demográficas de cada país.

DESIGUALDADES SUBNACIONALES EN LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE

El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) aprobó mediante Resolución COMISCA 10-2019, el protocolo de investigación del Estudio Regional de Equidad en Fecundidad Adolescente (EREFA),⁶ en ese momento, estaba disponible información subnacional sobre desigualdades sociales en fecundidad adolescente solamente para 4 Estados miembros del SICA, a partir de encuestas DHS –la más reciente de 2013– donde se documentaba la presencia de manifiestos gradientes según ingreso, nivel educativo y división urbana/rural. Ha sido propósito cardinal del EREFA ampliar la base de evidencia sobre la presencia, magnitud y tendencias de las desigualdades ecosociales en la fecundidad adolescente al interior de los países, destacando la importancia del territorio subnacional para la identificación de espacios-población prioritarios.

A la fecha, el EREFA ha analizado 38 encuestas de los 8 Estados miembros del SICA ([Tabla 1](#)) y se ha constatado en todas ellas, la presencia de gradientes inversos de desigualdad absoluta y relativa en fecundidad adolescente según posición socioeconómica, nivel educativo, división urbano-rural, división político-administrativa y grupos de identidad étnica. Por ejemplo, la brecha absoluta de desigualdad entre los quintiles de ingreso más bajo y más alto equivale a un exceso de 72 embarazos por 1,000 madres adolescentes en Belice (2016) y de 83 en El Salvador (2014). En términos relativos, la TEFA en los hogares del decil de ingreso más bajo fue tres (Belice, 2016 y El Salvador, 2014), cuatro (Nicaragua, 2001), cinco (Guatemala, 2014 y Honduras, 2011) y siete veces (República Dominicana, 2013) la TEFA del decil de más alto ingreso.

Más allá de las encuestas disponibles, el esfuerzo clave del EREFA se centró en la triangulación de fuentes de datos administrativos –en especial los provenientes de registros de estadísticas vitales– y en su uso analítico para la exploración de desigualdades y patrones de desigualdad en fecundidad adolescente en territorios subnacionales. Visualizando a Centroamérica y República Dominicana no por sus 8 países, sino por sus 128 unidades territoriales subnacionales de primer nivel administrativo (admin-1) y en función a la jerarquía o gradiente social definida por el nivel de desarrollo humano –medido por el índice de desarrollo humano subnacional– de cada una de ellas, las desigualdades ecosociales en la fecundidad adolescente revelan una región profundamente desigual, en donde los territorios con menor desarrollo humano concentran desproporcionadamente los embarazos de mujeres adolescentes, como ilustra el mapa de coropleta bivariado presentado en la [Figura 5](#).

Un análisis exploratorio formal de las desigualdades ecosociales en la fecundidad adolescente a partir de los mismos datos administrativos desagregados a nivel subnacional, se presenta en la [Figura 6](#). El panel gráfico izquierdo muestra el gradiente de fecundidad adolescente por quintiles subnacionales de desarrollo humano y el panel gráfico derecho muestra la pendiente de regresión de la desigualdad en la fecundidad adolescente a lo largo de la gradiente social definida por el índice de desarrollo humano subnacional. Ambos resultados muestran no solo que los embarazos adolescentes se concentran en los territorios socialmente más desaventajados, sino que conforme mejora el desarrollo humano disminuye la fecundidad adolescente. De hecho, el análisis sugiere que existe un exceso de 129 embarazos (rango de incertidumbre: 108 a 150) por cada 1,000 adolescentes de 15 a 19 años atribuible a la desigualdad en el desarrollo humano entre las unidades subnacionales en la Región.

⁶ Resolución COMISCA 10-2019; Antigua, Guatemala; 12 de junio de 2019.

Figura 5. Desigualdades en fecundidad adolescente según el gradiente social definido por el nivel de desarrollo humano entre unidades territoriales subnacionales. *Centroamérica, circa 2016.*

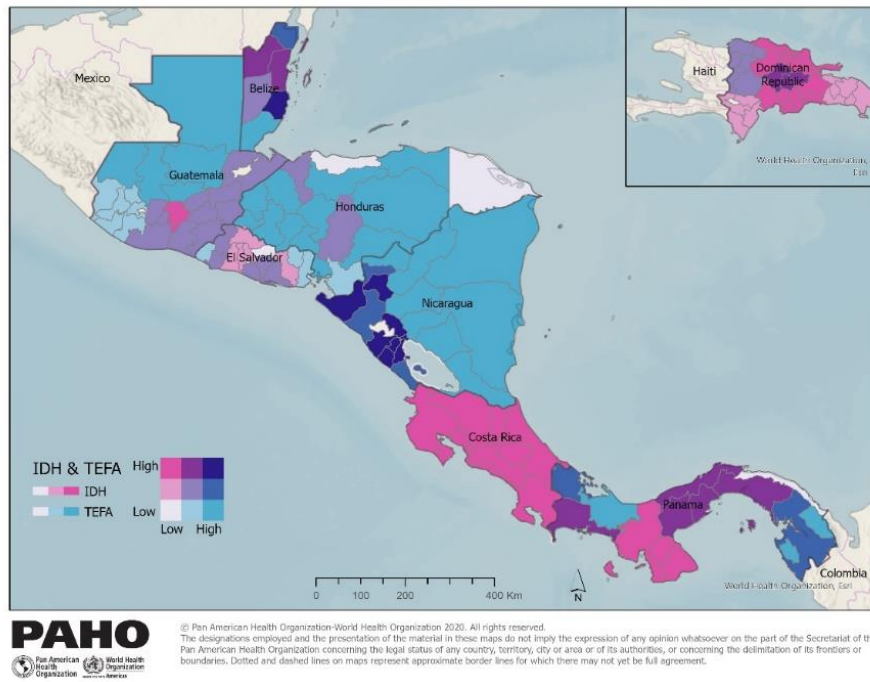
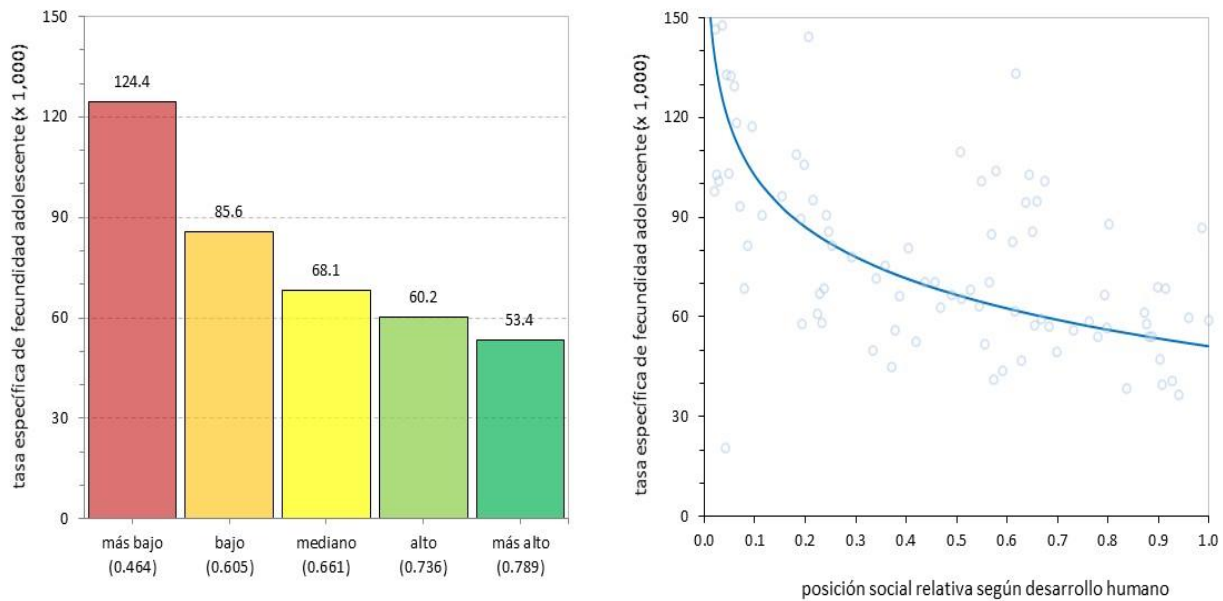


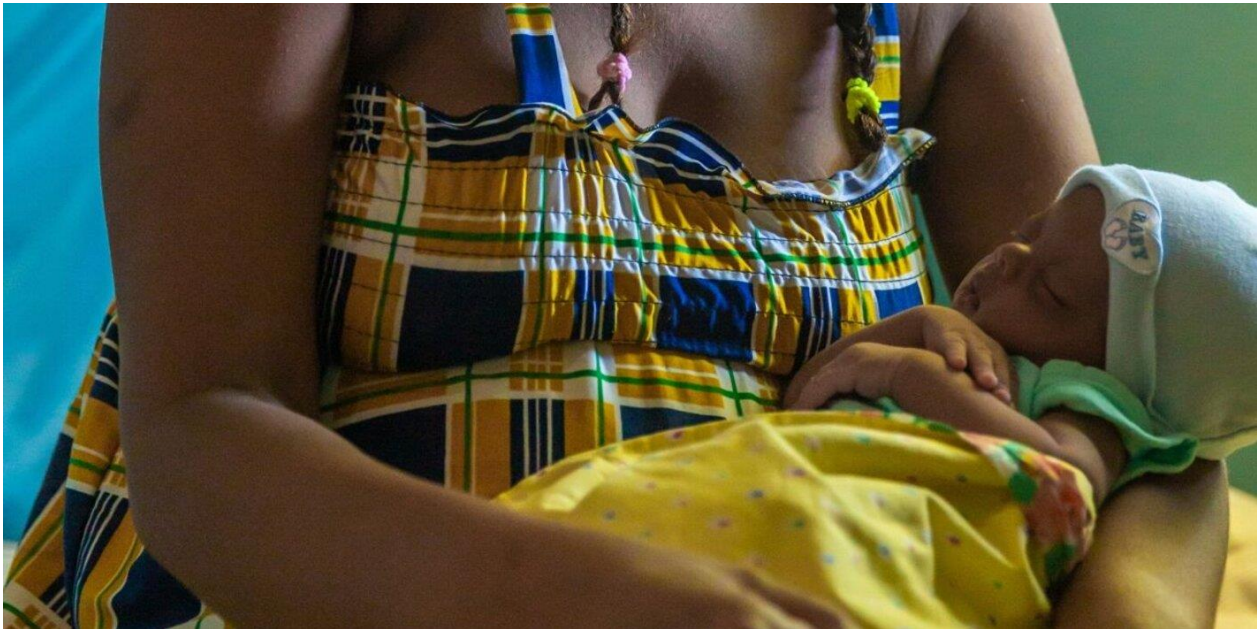
Figura 6. Desigualdades en fecundidad adolescente según el gradiente social definido por el nivel de desarrollo humano entre unidades territoriales subnacionales. *Centroamérica, circa 2016.*



Elaboración propia a partir de datos administrativos triangulados con el Explorador de Equidad (ExEq). OPS, 2020.

Aunque los resultados presentados en este informe de avance cuantitativo son aún preliminares, es posible identificar algunos patrones generales en la región de Centroamérica y República Dominicana:

- Existe la necesidad de mejorar sustantivamente la disponibilidad, integridad y calidad de datos desagregados sobre fecundidad adolescente, en especial los provenientes de registros administrativos;
- la fecundidad adolescente –en particular la tasa específica por edad, como estimador del riesgo absoluto de embarazo en una mujer adolescente de 15 a 19 años– es y se mantiene muy alta;
- la fecundidad adolescente muestra una favorable tendencia descendente en los últimos años, con persistencia de las desigualdades entre países, especialmente las desigualdades relativas;
- existen profundas desigualdades sociales en la fecundidad adolescente, tanto absolutas como relativas y tanto a nivel individual como a nivel ecológico, con desproporcionada concentración del embarazo adolescente en los segmentos poblacionales socialmente más desaventajados;
- hay necesidad de institucionalizar el monitoreo de desigualdades sociales en fecundidad adolescente y salud reproductiva, a fin de informar sistemáticamente el diseño e implementación de intervenciones territorialmente y poblacionalmente focalizadas que permitan generar equidad y capacidad de rendir cuentas sobre la promesa de *no dejar a nadie atrás*.



Fuente: OPS/OMS

SEGUNDA PARTE: REVISIÓN Y ANÁLISIS DE POLÍTICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA QUE TIENEN IMPACTO SOBRE LA POBLACIÓN MENOR DE EDAD Y EN ETAPA ADOLESCENTE EN CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA (CARD)

RESUMEN PRELIMINAR DE HALLAZGOS

METODOLOGIA: Análisis basado en la evidencia

- Un análisis cualitativo basado en la identificación, revisión, clasificación de fuentes: Marcos internacionales y subregionales de Centroamérica y República Dominicana (SICA/SE-COMISCA), políticas y normativas nacionales, informes de evaluación, diagnósticos y otros documentos vinculados con el embarazo en adolescentes investigaciones.
- Resultado de este proceso se cuenta con un mapeo de las políticas vinculadas con salud sexual y reproductiva y embarazo en adolescentes, por país, en un periodo comprendido entre el año 2000 al 2020. Mapeo revisado y complementado por algunos de los países (Costa Rica, Guatemala, Honduras).
- Hay un marco de referencia conceptual heterogéneo en Centroamérica y República Dominicana, en torno a adolescencia, juventud, y otras definiciones. Para tal fin, se cuenta con un anexo de un marco conceptual basado en documentos internacionales y regionales.

ANÁLISIS DE CONTEXTO: La desigualdad social un eje estructurante del embarazo en adolescente

- En los Estados miembros de la región del SICA, no obstante, a que, hacia el año 2000 se registró un descenso significativo de la fecundidad en adolescentes, ésta sigue registrando niveles elevados y superiores al promedio latinoamericano. El comportamiento sexual desprotegido continúa siendo el principal factor de la alta fecundidad adolescente, aspecto que debe ser considerado por las políticas públicas, las cuales deben ser de carácter eminentemente preventivo.
- Entre los temas emergentes la “maternidad precoz”, aquella que acontece antes de los 15 años, suele asociarse con situaciones de abuso y violencia sexual, así como con relaciones asimétricas extremas. En este sentido, la prevención de la violencia sexual y basada en género se torna fundamental en la prevención del embarazo en adolescentes.
- Se identifican determinantes sociales que afectan el embarazo en adolescente, no obstante, la manera como estos determinantes actúan varía en cada país, dependiendo de las medidas que se implemente o no, estos determinantes pueden transformarse o perpetuarse.
- La desigualdad social es estructural y no registra signos de reducción, estudios de la CEPAL, identifican que esta desigualdad es producto de una persistente heterogeneidad estructural, particularmente reflejada en brechas de productividad que a su vez generan un desigual acceso a derechos laborales, salarios justos, participación política y ciudadana, así como también condiciones de bienestar, entre otros. En Centroamérica y República Dominicana, los ejes de desigualdad de género, pertenencia

étnica y diversidad territorial son considerados ejes que inciden en el acceso a salud, educación, incremento de la violencia, discriminación, uniones tempranas forzadas, y por tanto, incrementan las situaciones adversas para el embarazo en adolescentes.

- Aunque la amplia mayoría de los países cuenta con marcos legales y programáticos actualizados en derechos sexuales y reproductivos para adolescentes, en general, ellos no están respaldados por presupuestos blindados ni por estrategias basadas en la evidencia para mejorar la oferta de servicios adecuados y oportunos.

MARCO INTERNACIONAL Y SUBREGIONAL: Congruencia entre marcos internacionales y subregionales

- El COMISCA se circunscribe a los mandatos internacionales para la prevención del embarazo en adolescentes, el Plan Estratégico de Prevención de Embarazo en Adolescentes 2015-2018 y 2019-2023 están respaldados en los planes regionales de salud del SICA y en sus mandatos. A su vez, estos mandatos son congruentes principalmente con los principios de universalidad, sostenibilidad, intersectorialidad, derechos y autonomía.

PRINCIPALES AVANCES: los países incluyen en su legislación y normativas algunos derechos sexuales y reproductivos de adolescentes que coadyuvan a la prevención del embarazo en adolescentes

- Los países tienen algún tipo de marco normativo que reconoce algunos de los derechos sexuales y reproductivos, entre ellos el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, la anticoncepción y la prevención de la violencia sexual.
- La mayoría cuenta con planes de carácter intersectorial de prevención del embarazo en adolescentes. Los Planes en general proponen enfoques integrales e intersectoriales, seguimiento y monitoreo, enfoques transversales (género, interculturalidad, derechos). No obstante, los planes son disímiles temporalmente, algunos están vigentes y no todos han sido evaluados para identificar los impactos de los mismos. La SE-COMISCA cuenta con un plan para el periodo 2019-2023, que se constituye en un paraguas y un marco de acción para los planes nacionales.
- Los servicios de salud amigables o diferenciados para adolescentes son una estrategia en todos los países para ofrecer servicios de salud de calidad, se constata la eliminación de barreras en cuanto al no requerimiento de padres/madres para acceder al servicio, a orientación y a métodos anticonceptivos.
- De igual manera, en las políticas específicas de género se incluyen módulos de promoción de una educación integral para la sexualidad y una vida libre de violencia. Dichos módulos enfatizan la formación y capacitación permanente en materia de igualdad y equidad a personal técnico y profesión de salud y educación. Se incluyen acciones para la detección, atención integral a la violencia, y mecanismos para la eliminación las prácticas y patrones culturales que perpetúan diversas formas de violencia y discriminación hacia las mujeres, niñas y adolescentes.
- Todos los países han avanzado en los últimos 5 años en establecer la edad para contraer matrimonio en 18 años o cuando se cumple la mayoría de edad, ajustándose de esa manera a los compromisos

internacionales para favorecer la protección legal de las niñas y adolescentes e incidir a la vez en la prevención del embarazo. No obstante, todavía algunos países permiten excepciones para el matrimonio antes de esa edad, entre ellos: Belice, Costa Rica, Nicaragua y República Dominicana.

- Entre las intervenciones basadas en la evidencia se encuentran los programas de transferencia condicionada y no condicionada de recursos para evitar la deserción escolar de las niñas e inversiones que promueven la independencia económica de las mujeres.

PRINCIPALES BARRERAS/BRECHAS: A pesar de los avances normativos, hay brechas o barreras que dificultan los avances en la prevención y reducción del embarazo en adolescentes

- Estas barreras y brechas son analizadas a partir de resultados de evaluaciones o diagnósticos. De igual manera, se analizan a la luz de los compromisos asumidos con los marcos internacionales y regionales para la prevención del embarazo en adolescentes.
- En relación a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR): el acceso universal a SSR es limitado por coberturas insuficientes, falta de asignación de recursos financieros y recursos humanos sensibilizados /capacitados. Mayor inclusión explícita de jóvenes pobres, rurales, indígenas, afrodescendientes y migrantes. Las evaluaciones de calidad de los servicios son escasas. Si bien se menciona en avances que no hay restricciones a la Planificación Familiar (PF), no todas las normas se cumplen, y las edades para acceder a los métodos no son homogéneas y no coinciden con la aprobación de la edad de inicio de relaciones sexuales, es decir, las edades de inicio de la sexualidad por lo general son aceptadas mucho antes que la de acceder a servicios o métodos de protección. Se avanzó en la eliminación de restricciones en la oferta de la anticoncepción oral de emergencia (AOE), no obstante, no se establece claramente la edad en que es permitida, dejando la materia a la interpretación. En algunos países se considera solo la agresión sexual como el único escenario que permite la entrega de AOE, creando así una barrera de acceso a este insumo. Otras barreras indirectas están asociadas con la entrega de métodos, por ejemplo, revisiones médicas innecesarias, no disponibilidad o actualización de las normas incluyendo los criterios médicos de elegibilidad de la OMS, limitaciones de tiempo o espacio para consejerías en PF, resistencias por parte de algunos prestadores a entregar métodos sin la presencia de padres/tutores.
- En cuanto a Derechos Sexuales y Reproductivos (DSDR): No se asegura de manera oportuna y permanente la distribución del condón masculino y femenino y la disponibilidad de métodos de anticoncepción. Limitado o ningún acceso a servicios de aborto seguro. Las Prueba del VIH están restringidas para menores de edad (presencia de los padres o tutores). No hay un rol activo de los sectores encargados, en la difusión de DSDR, se invierte muy poco en campañas educativas.
- En torno a la igualdad de género, aun el avance de protección a la violencia sexual, las normativas no están integradas entre los sectores y no se trabaja en vínculos estructurales entre la violencia sexual, la deserción escolar y las uniones tempranas.
- En información y educación en sexualidad, hay restricciones de recursos financieros para campañas de información y/o sensibilización en DSDR y SSR. En algunos países hay aprobación de la educación integral de la sexualidad, en otros no hay un reconocimiento de la misma a pesar del compromiso

firmado “Prevenir con Educación”. Los currículos se implementan de manera parcial no incluyen contenidos adecuados de género, derechos sexuales y diversidad sexual. Se ha debilitado la coordinación/articulación entre educación y salud.

- Para asegurar la participación social, ciudadana y comunitarias de adolescentes y jóvenes, no siempre se cuenta con mecanismos explícitos, reconocidos legalmente. La mayoría de estos mecanismos son voluntarios y no son sostenibles en el tiempo.
- En cuanto a recursos financieros, equidad e intersectorialidad, en algunas medidas de protección social como las becas o transferencias condicionadas no se incluyen explícitamente a las adolescentes embarazadas, o aquellas que están unidas. Falta de estudios de impacto de medidas de protección social en la correlación con la reducción del embarazo en adolescentes. Presupuestos limitados o ausentes en varios de los programas de SSR y adolescentes.
- Finalmente, en relación con evaluación, monitoreo y rendición de cuentas, se requiere la generación de información permanente, con datos desagregados a niveles subnacionales que incluyan la etnicidad, además de la edad, sexo, condición socioeconómica y pertenencia territorial. Falta de mecanismos de seguimiento a resultados o recomendaciones de evaluaciones o informes periódicos.

A MANERA DE CONCLUSION: Evolución en el tiempo, desafíos y contexto actual

- El embarazo en adolescentes ha sido definido como tema prioritario por el COMISCA. Desde el 2013 en adelante se fortalecieron/ desarrollaron políticas, programas y estrategias de prevención del embarazo adolescente, incluyendo a la anticoncepción en todos los Estados miembros del SICA.
- Una buena práctica apoyada por gobiernos y organismos de cooperación es la facilitación de encuentros para el intercambio de experiencias e instrumentos similares entre países y organismos similares como el Organismo Andino de Salud Hipólito Unanue (ORAS CONHU) y países del Cono Sur, mediante la cooperación Sur-Sur.
- Se observa en general, una diversidad de marcos políticos, programas y normativas que si bien dan cuenta de la importancia que tiene la prevención del embarazo en adolescentes en Centroamérica y República Dominicana, no todas están integradas y coordinadas entre sí, tanto desde el punto interinstitucional como intersectorial.
- El análisis de brechas y barreras evidencia que es necesario que los países identifiquen mejor cómo integrar las políticas públicas existentes para asegura que niñas y adolescentes tengan acceso a las oportunidades educativas y de empoderamiento económico de forma segura y sin barreras para prevenir los matrimonio y uniones infantiles, tempranas y forzadas (MUITF). Así mismo, es importante, tomar en cuenta la situación de las adolescentes que ya están unidas para asegurarse de que tienen acceso a los sistemas de protección social, en varios de ellos, no se contempla a las adolescentes unidas como beneficiarias.
- Respecto al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes (servicios amigables o diferenciados), desde 2014, con el apoyo de UNFPA en colaboración con la OMS, y la

participación de expertos y representantes de los ministerios de salud de 21 países de la región de América Latina, se elaboraron los Estándares para Servicios de Salud Reproductiva para Adolescentes. Ellos constituyen una guía para implementar y monitorear la calidad de la atención en los servicios amigables. En la mayor parte de los países hay algunos datos que revelan la creciente importancia de estos espacios. Pero en general la documentación sobre los mismos es aún débil y todavía no se cuenta con evaluaciones técnicas rigurosas sobre su impacto.

- Aunque de forma limitada, todavía, en las políticas concernientes en salud y educación, los diferentes países han venido introduciendo enfoques y regulaciones en los marcos normativos y programáticos en torno a necesidades urgentes de implementación como es la educación integral de la sexualidad y la prohibición y erradicación de prácticas nocivas como los matrimonios infantiles o uniones tempranas forzadas.
- En este sentido, durante las últimas décadas se ha construido, progresivamente, un amplio marco conceptual y de política pública acerca de la Educación Integral de la Sexualidad (EIS). Sin embargo, a pesar de la evidencia clara y convincente a favor de los beneficios de una EIS de excelente calidad, con base en un currículo, pocos niños, niñas y jóvenes reciben una preparación para la vida que los capacite para asumir el control y tomar decisiones informadas acerca de su sexualidad y sus relaciones de manera libre y responsable.
- Las respuestas programáticas deben tener en cuenta tanto la diversidad de los adolescentes como sus necesidades (enfoques interculturales) y los datos a registrar se deben desagregar en categorías significativas (edad, género, territorio, etnicidad, estado civil) y otras características clave que dé cuenta de las necesidades y características de las necesidades que hay que atender.

Desafíos y nuevos retos ante el Contexto de la COVID-19.

- La maternidad en el grupo de niñas de 10-14 años de edad, debida en forma abrumadora a situaciones de abuso y violencia sexual. Se sigue requiriendo el acceso a la anticoncepción, que pese a su aumento es todavía insuficiente en la mayoría de los países. La oferta sigue siendo acotada, y es necesario fortalecer los métodos de larga duración reversibles como los implantes, DIU y otros hormonales (inyectables o parches). La anticoncepción de emergencia aún está siendo subutilizada, poco promovida y escasamente estudiada en términos de uso y posibilidades de convertirse en un recurso eficiente, oportuno y disponible para ejercer los derechos reproductivos en condiciones de urgencia.
- La incertidumbre sobre la continuidad y el fortalecimiento de programas clave, como los espacios amigables, que se relaciona directamente con el desafío de expandir y mejorar la anticoncepción eficiente y oportuna entre los adolescentes.
- El carácter todavía secundario de la salud sexual y reproductiva de los hombres, en particular en materia de datos e investigación. Los espacios saludables y los servicios amigables han contribuido a cerrar algunas brechas porque, al menos teóricamente, cubren a ambos sexos en igualdad de condiciones. Aunque no hace parte del EREFA, se realizó una revisión acerca de la información sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes hombres, sobre lo cual existe falta de datos.

- Fortalecer e impulsar más la intersectorialidad. Las intervenciones únicas son poco efectivas. Las combinaciones de intervenciones que incluyen educación y acceso a la anticoncepción reducen los embarazos no intencionados en adolescentes.
- Diseñar, implementar, monitorear y dar seguimiento a programas que busquen transformar las normas de género y que aborden las causas estructurales de la desigualdad y violencia de género, la tasa de fecundidad en adolescentes, los matrimonios y uniones infantiles, tempranas y forzadas (MUITF), las ITS, etc. incluyendo el control de la sexualidad de las niñas y adolescentes.
- Fortalecer la participación y colaboración entre organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas y agencias internacionales para la implementación de los compromisos del Consenso de Montevideo con la participación significativa de adolescentes y jóvenes en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas.
- En el Contexto de la COVID 19, los países han mostrado una importante preocupación por elaborar normas de atención y estrategias para atenuar las emergencias. Queda pendiente todavía, asegurar el acceso a servicios de SSR de manera continua con insumos, disminuir los temores de riesgos y contagio, disponibilidad de insumos de emergencia como la anticoncepción oral de emergencia (AOE), entre otros y prepararse con planes para revertir las brechas de coberturas en SSR, especialmente para adolescentes.



Fuente: OPS/OMS