

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
División de Promoción y Protección de la Salud
Programa de Familia y Población
Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes

Financiado por:
Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP),
Proyecto de Salud Reproductiva del Adolescente RLA/97/P11



**PERFIL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS Y LAS
ADOLESCENTES Y JÓVENES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE:
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA, 1988-1998**

Alma Virginia Camacho Hubner, MD, MPH

SERIE OPS/FNUAP NO. 1

Las solicitudes para reproducir o traducir total o parcialmente esta publicación deberán dirigirse a la Unidad de Salud de Adolescentes, División de Promoción y Protección de la Salud (HPP), Programa de Familia y Población, Organización Panamericana de la Salud, 525 23rd St., N.W., Washington, DC 20037, USA.

Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: Revisión bibliográfica, 1988-1998

Copyright © 2000 Organización Panamericana de la Salud

Revisión de texto: Lic. Marcos Paz, Francisca Infante, Dra. Matilde Maddaleno

Edición: Francisca Infante y Sylvia Singleton

Diseño: Sylvia Singleton

Colaboraron en la selección de la bibliografía e indicadores: Jennifer Zapletal e Yvonne Flores

Índice

<i>Prefacio</i>	4
Introducción	5
Datos demográficos	6
Nivel educativo	8
Trabajo.....	8
Estado civil.....	9
Edad mediana al primer matrimonio o unión.....	10
Inicio de la vida sexual.....	12
Adolescentes sexualmente activos y no activos	19
Edad al primer embarazo	21
Fecundidad y embarazo adolescente	23
Embarazos no planificados	25
Salud materna	26
Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.....	32
Anticoncepción	41
Conocimiento de la obtención de anticonceptivos.....	57
Conocimiento sobre el periodo fértil.....	58
Acceso a los medios de comunicación.....	59
Mortalidad materna	60
Aborto en adolescentes.....	61
Bibliografía.....	64

□ Prefacio

La salud de los adolescentes (10 a 19 años) y los jóvenes (15 a 24 años) es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas. Sin embargo, con demasiada frecuencia sus necesidades y derechos no figuran en las políticas públicas ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada.

La adolescencia es un periodo formativo crucial que moldea la forma en que los niños y las niñas vivirán sus años adultos, no sólo con relación a su salud sexual y reproductiva, sino también en su vida productiva social y económica. Por esta razón, la Unidad de Salud del Adolescente, que pertenece a la División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), busca promover la salud y el desarrollo de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe bajo una perspectiva de género, en el contexto de la familia y el entorno de los y las adolescentes.

La Unidad de Salud de Adolescentes recibió el apoyo del Proyecto de Salud Reproductiva del Adolescente RLA/97/P11 del Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP), que tuvo los siguientes objetivos: 1) evaluar el plan de acción de salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes, con énfasis en salud sexual y reproductiva; 2) adaptar y probar los lineamientos de evaluación en los ministerios de salud de la Región; 3) diseñar, validar, publicar y diseminar un marco conceptual de salud sexual y reproductiva de adolescentes; 4) capacitar a profesionales de salud en abogacía; 5) diseñar, probar, publicar y diseminar lineamientos y normas clínicas de salud sexual y reproductiva de adolescentes; 6) reforzar la colaboración entre el sistema de salud y los medios de comunicación a través de un manual de abogacía; y 7) mejorar el sistema de información sobre salud juvenil mediante el diseño de una base de datos de salud reproductiva en adolescentes.

Este es el primer documento de la serie OPS/FNUAP en salud sexual y reproductiva de adolescentes. A través de esta serie pretendemos compartir las lecciones aprendidas en el proyecto conjunto y diseminar los productos realizados. Sabemos que la falta de información sobre la salud de adolescentes y jóvenes ha dificultado la inversión de los gobiernos en este grupo etáreo. El esfuerzo conjunto de OPS y FNUAP pretende mejorar esta situación y ofrecer una aproximación general a la situación de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en América Latina y el Caribe, contribuyendo así a la formulación de políticas, planes, programas y servicios destinados a los jóvenes, tan significativos en la Región.

Numerosas conferencias internacionales han enfatizado la importancia de la salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Es necesario que este consenso culmine en la acción para que los adolescentes y jóvenes puedan desarrollar todas sus potencialidades en beneficio de su sociedad.

Dra. Matilde Maddaleno, Asesora Regional
Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes
OPS/OMS
Noviembre 2000

□ Introducción

La salud sexual y reproductiva es un componente fundamental de la salud de las mujeres y de los varones durante toda su existencia. Toda evolución biológica, maduración psicológica y desarrollo social de las personas está asociada íntimamente al grado de bienestar sexual y al grado de satisfacción sobre la capacidad reproductiva de uno(a) mismo(a). Aún así, el momento más relevante para el reconocimiento de la sexualidad, para el aprendizaje del cuerpo y, con mucha frecuencia, para la toma de decisiones sobre las potencialidades reproductivas, es el tiempo de la adolescencia. La adolescencia es una etapa que está marcada por cambios biológicos, psicológicos y sociales, acompañados por notorios sentimientos de atracción sexual y profundas meditaciones sobre la capacidad de decidir.

Sin embargo, los y las adolescentes son también actores sociales que viven sus inclinaciones, sus aspiraciones y sus relaciones de acuerdo con las circunstancias en las que les ha tocado crecer y formarse, para un futuro generalmente incierto y complejo.

En los países de América Latina y el Caribe, los y las adolescentes pertenecen a diversos grupos sociales en los que todavía subsisten fuertes restricciones al acceso universal a los servicios de atención primaria de salud y educación. Por otro lado, los frecuentes cambios en las estructuras familiares y la migración urbana son también causas comunes que inciden con fuerza en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

La falta de atención a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes es muy común

Muchos(as) deben trabajar desde muy temprana edad con ingresos extremadamente bajos. Una porción muy grande de ellos(as) contrae responsabilidades maternas y paternas antes de haber logrado un mínimo de estabilidad laboral o haber alcanzado una profesión u oficio digno.

La falta de atención a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes es muy común, y su abordaje no forma parte importante de las políticas y acciones de salud pública de la mayor parte de los países.

Esta revisión pretende lograr una aproximación general a la situación de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes de América Latina y el Caribe, con el objetivo de contribuir a la formulación de políticas, planes y programas destinados a favorecer a este grupo significativo de la población. En 1994, la comunidad internacional representada por los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones de mujeres y las agencias de cooperación internacional, reconoció por primera vez en la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, el derecho que tienen los y las jóvenes a la salud reproductiva, que se traduce en un importante acápite del *Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. El plan recomienda a los gobiernos otorgar a los y las adolescentes educación, orientación y servicios adecuados sobre las cuestiones sexuales y reproductivas de acuerdo con las necesidades expresadas, para que disfruten de una sexualidad sana y satisfactoria.

En Beijing (1995), la plataforma de acción contó con una sección dedicada a los derechos de las niñas y de los adolescentes y los jóvenes. En ambas conferencias se reconoció que en la mayoría de los casos los y las jóvenes no cuentan con la información veraz y completa, y que no han recibido la adecuada atención que merecen en esta esfera. Por otro lado, ambas reuniones sirvieron para priorizar en la agenda de políticas públicas de los 184 países participantes el compromiso de abordar la problemática que concierne a los derechos de los y las adolescentes respecto al mejoramiento de su calidad de vida.

Aún cuando se reconoce que la situación de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes esta íntimamente asociada con los niveles de pobreza, es posible identificar en los aspectos educativos e institucionales los elementos que contribuyen a un cambio favorable en los cuidados de la salud sexual y reproductiva.

Es necesario que este consenso político sea asumido en la acción, para que los y las jóvenes puedan desarrollar todas sus potencialidades en beneficio de su salud integral. Los jóvenes pueden asumir mayores responsabilidades en sus vidas cuando reciben una adecuada y oportuna información y tienen acceso a servicios integrales que responden a sus necesidades sexuales, sociales, individuales y culturales. Existe actualmente un sinnúmero de iniciativas para apoyar el desarrollo integral de la juventud y favorecer su acceso a servicios de salud, de educación y de información oportunas. Los efectos son importantes aunque de impacto poco relevante por la escasa cobertura e integralidad de los servicios.

Este trabajo ha sido realizado con base en informes elaborados con datos que provienen de fuentes primarias como las *Encuestas Demográficas y de Salud*. También se ha realizado una revisión secundaria de literatura de una serie de investigaciones realizadas por expertos en el tema.

□ Datos demográficos

El número de adolescentes entre 10 y 19 años en el ámbito mundial supera el billón. En América Latina y el Caribe, se ha estimado un aumento de esa población de un 138%; de 40.1 millones a 95.7 millones en el período 1960 – 1990 (Alan Guttmacher Institute, 1990).

El índice de masculinidad o la razón hombre/mujer en la Región es similar para ambos sexos, vale decir, que el número de hombres y mujeres adolescentes es casi el mismo. Sin embargo, algunos países muestran diferencias significativas; tal es el caso de México.

La distribución por grupos de edad de acuerdo con el sexo es similar para los grupos de 10 a 14 y 15 a 19 años (ibid).

En 1996, América Latina y el Caribe tenían una población de 51 millones de jóvenes entre 15 y 19 años de edad y se proyecta que para el año 2000 sea de 52 millones, con un 49% de mujeres, tanto para 1996 como para el año 2000 (USAID, 1996). Los adolescentes en la región representan más de la quinta parte de la población total. En países como México, Honduras, Guatemala y Nicaragua casi un cuarto de la población pertenece al grupo de edad entre los 15 y 19 años, en cambio en Bolivia, República Dominicana, Ecuador, Panamá y Paraguay, más de la quinta parte de la población está representada por adolescentes (Alan Guttmacher Institute, 1990).

En 1992, en América Latina y el Caribe existían cerca de 23 millones de mujeres adolescentes entre las edades de 15 y 19 años, cifra que corresponde al 25% de las mujeres en edad fértil (CDC, 1992).

Según las encuestas demográficas y de salud en América Latina y El Caribe, la proporción de la población que se encuentra entre las edades de 10 a 19 oscila entre el 20% y el 24% de la población total, siendo la relación para los años 1990-1997 como se observa en el cuadro 1:

Cuadro 1

Porcentaje de la población y número de adolescentes y mujeres adolescentes entre 10 y 19 años

País	Porcentaje de la población	No.	No. de mujeres de 15 a 19 años (000s)
Bolivia	22	1,730,200	404
Brasil	20	33,698,000	8,245
Colombia	21	7,551,800	1,832
República Dominicana	21	1,699,800	402
Ecuador	22	2,636,200	631
El Salvador	24	1,441,800	350
Guatemala	23	2,669,600	608
México	22	20,734,859*	5,119**
Paraguay	22	1,143,200	256
Perú	22	5,375,200	1,303
Trinidad y Tobago	21	281,400	66
Venezuela	21.3	5,138,735***	---

Fuente: The Alan Guttmacher Institute. *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. 1998.

* Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica. México, 1992.

** INEGI. Censo de población y vivienda. México, 1995.

*** OPS/OMS. Perfil de la fecundidad en la edad de la adolescencia en Venezuela. 1998 (proyecciones para el año 2000).

Es importante resaltar que según datos de 1995, gran parte de esta población vive en áreas urbanas, con tendencia a su crecimiento. En Bolivia un 61% de los adolescentes vive en las ciudades; en Brasil, un 78%; en Colombia, un 73%; en República Dominicana, un 65%; en Ecuador, un 58%; en El Salvador, un 45%; en Guatemala, un 42%; en México, 75%; en Paraguay, 53%; en Perú, 72%; y en Trinidad y Tobago, 72% (Alan Guttmacher Institute, 1998). Estos datos reflejan la transición demográfica de la población de América Latina y el Caribe, caracterizada hoy en día por tener una estructura de edad joven. Esta situación hace que exista una creciente demanda potencial de servicios de salud reproductiva y educación sexual de la población adolescente de ambos sexos con una oferta cualitativa y cuantitativa adecuada.

□ Nivel educativo

La mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe han mejorado el acceso a la educación básica para niñas; más del 60% de las niñas en Bolivia, Colombia, República Dominicana, México, Perú y Trinidad y Tobago tienen al menos siete años de educación básica, aún distante del 75% en el mundo desarrollado, que por lo general ya han completado diez o más años de escolaridad.

Lamentablemente, en América Latina la proporción de adolescentes con siete años o más de educación en áreas rurales es sólo la mitad o una tercera parte de los adolescentes de las áreas urbanas (Alan Guttmacher, 1990).

La proporción de mujeres adolescentes en México, Bolivia, Brasil y Colombia que reciben una educación básica es mayor a la proporción de mujeres de la generación de sus madres que recibieron educación básica. Las niñas en la Región tienen una mayor probabilidad de asistir a la escuela junto con los niños de su misma edad que en otros países en desarrollo. Inclusive en Brasil, Colombia, República Dominicana y El Salvador hay más niñas asistiendo a la secundaria que varones. Esto puede deberse a que los varones comienzan a trabajar a una edad más temprana.

□ Trabajo

Las leyes de algunos países de América Latina y el Caribe autorizan el trabajo adolescente a partir de los de 14 o 15 años, con la condición de que cuenten con autorización previa de sus padres. En Bolivia, el 30% de mujeres de 10 a 12 años de edad realizan alguna actividad laboral sin percibir remuneración y cuentan con el consentimiento de sus padres. La diferencia urbana-rural es importante; un 27% de la población económicamente activa es adolescente en el área urbana, mientras que un 78% de la población adolescente del área rural está ligada a actividades agropecuarias (USAID, 1998). En el caso de México, los adolescentes y jóvenes representan una parte significativa de la fuerza productiva; un 28.3% de la población económicamente activa estaba formada por adolescentes y jóvenes entre los 15 y 24 años de edad, correspondiendo un 69.5% a varones y un 35.1% a mujeres. La

tasa de participación económica masculina tiene relación directa con la edad y es mayor en zonas rurales (Consejo Nacional de Población, 1998).

La proporción de mujeres incorporadas a la fuerza de trabajo es muy variable y responde a diversas causas. En países como Bolivia y México la alta proporción de mujeres que trabajan desde los 15 años (39% y 46% respectivamente) se debe a, entre otras cosas, la subsistencia de formas de trabajo doméstico remunerado. En otros países, el matrimonio temprano es una causa de exclusión de las mujeres de la fuerza de trabajo (cuadro 2).

Cuadro 2

Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años incorporadas al trabajo laboral

País	Porcentaje mujeres
Bolivia	39
Brasil	33
Colombia	28
República Dominicana	24
Ecuador	14
El Salvador	U
Guatemala	19
México	46
Paraguay	31
Perú	30
Trinidad y Tobago	7

Fuente: The Alan Guttmacher Institute. *Into a New World*. 1998.

□ Estado civil

La probabilidad de que una mujer haya ingresado en algún tipo de unión antes de la edad de 20 años es significativa; el rango varía entre el 36% al 60%, y la probabilidad de tener un primer hijo antes de los 20 años varía entre el 30% al 50% (Wulf y Singh, 1991).

El matrimonio temprano es común en los países en desarrollo. Sin embargo, hoy en día es una práctica menos frecuente que hace sólo un par de generaciones atrás en América Latina y el Caribe. Vale la pena señalar que ésta práctica de matrimonio temprano es más frecuente en las mujeres que en los varones. Generalmente, las esposas adolescentes son tres años menores que los esposos. Esta diferencia de edad es también causa de la disparidad de poder entre ambos sexos.

La prevalencia del matrimonio temprano continua siendo alta en la Región. Es evidente el impacto que esto tiene en la situación y condición social de los y las adolescentes, especialmente para las mujeres. Una proporción significativa de mujeres de los países de la Región continúa contrayendo matrimonio o ingresan a uniones consensuales a edades muy tempranas. Se necesitan esfuerzos especiales en aquellas áreas donde la falta de acceso a la escuela y otros factores impiden que las jóvenes completen su educación. La falta de motivación y apoyo hacia las jóvenes para que continúen la escuela podría ser una de las causas.

Los factores socioculturales, así como las condiciones de pobreza en las cuales vive la mayoría de los jóvenes de la Región se torna en un elemento clave. Sin duda alguna, la situación de la Región, si la comparamos con otras regiones del mundo, es favorable, pero si estudiamos con detenimiento las diferencias entre países y la situación en cada país, ésta se torna más compleja. Se observan diferencias entre las mujeres con y sin educación. Para las sin educación la mediana de la edad a la primera unión es de 21 años, mientras que para las mujeres con cierto nivel educativo es de 26 años.

De acuerdo a los estudios realizados en profundidad de las encuestas demográficas y de salud de la última década, se ha encontrado que entre un quinto y un tercio de las mujeres de 20 a 24 años de edad ha contraído matrimonio a los 18 años de edad y entre un 30 y un 50%, a la edad de 20 años. Para la actual generación de adolescentes en México, Bolivia, Colombia y Brasil, es menos común casarse antes de los 18 años comparada con sus generaciones pasadas (Alan Guttmacher Institute, 1998).

La prevalencia del matrimonio temprano sigue siendo alta en la Región

Singh y cols. estudiaron tres cohortes de mujeres de 20 a 24, 30 a 34 y 40 a 44 años de edad, encontrándose que en los últimos 20 años, una mayoría de las mujeres han postergando la edad de contraer matrimonio, a excepción de países como El Salvador, Guatemala y Trinidad y Tobago (Singh y Samara, 1996). A pesar de que las mujeres están ingresando a uniones estables a edades más tardías, la magnitud de las diferencias de edad entre los países es significativa. En República Dominicana y Perú, la proporción de mujeres que tienen su primera unión a la edad de 20 años ha disminuido entre 14 y 16 puntos (ibid). También se evidencia en los otros países contemplados en el estudio como Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, México y Paraguay, en los que el rango de disminución de la edad a la primera unión varía entre 2 y 9 puntos.

□ Edad mediana al primer matrimonio o unión

Entre un 24% y 41% de las mujeres adolescentes en América Latina se casan antes de cumplir 18 años (cuadro 3). De acuerdo a la información que proviene de la Encuesta de Demografía y Salud (1995) en Guatemala la edad mediana de la primera unión de las mujeres en el área rural y las mujeres ladinas

(alrededor de 20 años) es dos años mayor que de las mujeres de áreas urbanas o indígenas (18 años) (Macro International, 1995b). En el caso de Haití, por ejemplo, la edad mediana de la primera unión es cerca 22.5 años de edad (existiendo diferenciales urbano-rural, 23 años en la ciudad y 22.1 años en el área rural). Entre los hombres y mujeres de 15-24 años de edad en Haití 41.5% de las mujeres y 44 % de los hombres ya han tenido relaciones sexuales. En las edades de 15 a 17 años la proporción de los sexualmente activos fue el doble para los hombres con relación a las mujeres (22% versus 12%; Morris, 1992).

En Paraguay, la edad mediana a la primera unión de mujeres entre 15 y 49 años fue de 21 años en 1995 (Centro Paraguayo de Estudios de Población/USAID/CDC, 1995-1996), y en Honduras fue de 18.9 años (CDC, 1996). En el caso de El Salvador la edad mediana de las mujeres entre 15- 49 años a la primera unión se reportó como de 19.5 años (FESAL, 1998). En México, la edad a la primera unión es de 20 años para las mujeres y de 23.2 años para los varones (INEGI, 1995)

Cuadro 3

Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que han contraído matrimonio o ingresaron en unión antes de los 18 años de edad

País	Porcentaje
Bolivia	25
Brasil	24
Colombia	26
República Dominicana	30
Ecuador	26
El Salvador	38
Guatemala	41
México	28
Paraguay	24
Perú	18
Trinidad y Tobago	34

Fuente: The Alan Guttmacher Institute. *Into a New World*. 1998.

La postergación del matrimonio supone una mayor espera para el inicio de la vida reproductiva, y por consiguiente una mayor oportunidad real para la realización de estudios, trabajos y otros usos del tiempo disponible para el pleno desarrollo de la capacidad productiva en condiciones de mayor igualdad y equidad.

En un estudio comparativo realizado por Macro International en 1994, (cuadro 4) de 10 países de la región, se observó que la edad mediana del primer matrimonio se ubicaba entre los 18.6 años para Guatemala y a los 21 años en Brasil y Perú. La República Dominicana muestra una tendencia consistente hacia un aumento de la edad mediana para el primer matrimonio, al igual que Perú. Es posible observar cierta evidencia de esta tendencia de postergación en las cohortes más recientes en México y Colombia. En el resto de los países el patrón se mantiene constante o aun errático, por ejemplo observamos que en Brasil fue de 21.1 para el grupo de mujeres de 25-49 años de edad, y de 20.7 años para la cohorte de 40 a 44 años (Macro International, 1994a).

Cuadro 4

Porcentaje de todas las mujeres que están casadas a la edad de 20 años

País	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Bolivia	40.7	50.4	49.4	44.6	42.7	46.8
Brasil	39.5	39.4	35.4	37.7	43.7	N/A
Colombia	37.4	39.3	42.2	37.6	41.5	49.6
República Dominicana	46.5	51.9	53.5	59.8	63.2	68.9
Ecuador	43.9	51.7	48.5	48.3	50.5	46.0
Guatemala	60.0	64.9	63.4	62.5	56.1	N/A
México	43.9	48.6	53.3	46.5	53.3	58.1
Paraguay	40.6	44.7	43.1	38.8	44.4	42.3
Perú	31.0	37.5	40.1	42.9	45.0	44.4
Trinidad y Tobago	53.4	52.9	52.7	54.0	52.2	62.4

Fuente: Comparative Studies 10. *Marriage and Entry into Parenthood*.

Macro International, 1994.

N/A : datos no disponibles

□ Inicio de la vida sexual

Los patrones de inicio de actividad sexual en los/las adolescentes varían considerablemente en la Región. Según datos del Instituto Alan Guttmacher (1998), entre el 46 y el 63% de las mujeres latinoamericanas y caribeñas ha tenido una relación sexual antes de los 20 años de edad, incluidas las que ocurren dentro del matrimonio.

Las familias encabezadas por madres solteras jóvenes han aumentado en la Región, particularmente en el Caribe. Los estudios en relación con el inicio de la vida sexual en los y las adolescentes, muestran que si bien la actividad sexual no es "mayoritaria", tampoco es un evento poco frecuente (Morris y cols., 1998 en Langer y Tolbert, 1996). Entre la quinta y tercera parte de las mujeres de América Latina y el

Caribe ha tenido una relación sexual premarital y luego ha contraído matrimonio antes de cumplir los 20 años. Es evidente que las relaciones sexuales prematrimoniales, así como las que ocurren dentro del matrimonio, en una edad temprana suceden con mayor frecuencia en las áreas rurales (Alan Guttmacher Institute, 1990). La tendencia es variable a través de la Región y está ligada a una serie de determinantes sociales y económicos, así como culturales. Existe un aumento en la edad media de la primera relación sexual en Colombia, República Dominicana y Perú, pero está disminuyendo en El Salvador y Guatemala (ibid).

Si examinamos las diferencias entre las mujeres adolescentes del área urbana y del área rural, se establece que el inicio de las relaciones sexuales, antes de los 20 años, continúa siendo más común en las áreas rurales. Sin embargo, este inicio precoz de las relaciones sexuales en el área rural durante la adolescencia coincide con el matrimonio (Alan Guttmacher Institute, 1990). El nivel de experiencia prematrimonial en el área rural entre las mujeres de 20 a 24 años varía entre el 26% en Trinidad y Tobago y México, y el 36% en Ecuador, mientras que los niveles en el área urbana oscilan entre el 18% en México y el 29% en Ecuador y Guatemala.

En el estudio de Alan Guttmacher (1990), se analiza con detalle el momento en el cual ocurren las relaciones sexuales en la adolescencia, y determinan si la primera relación sexual ocurre en el momento en que contraen matrimonio o cuando tienen menos de 20 años y son solteras, o si han tenido alguna vez relaciones sexuales cuando

La escolaridad es una variable a tener en cuenta en el inicio de la vida sexual de los y las adolescentes

eran adolescentes y continuaban sin casarse a los 20 años. Los hallazgos determinaron que la tendencia es variable en los países de la Región: entre la quinta y tercera parte de las adolescentes latinoamericanas y caribeñas tenían su primera relación sexual al momento de contraer matrimonio; entre la octava y cuarta parte tenían una relación sexual premarital, pero contraían matrimonio antes de cumplir los 20 años, y una proporción que variaba entre el 2% y 13% había tenido relaciones sexuales durante el período de la adolescencia pero no había contraído matrimonio antes de haber cumplido los 20 años (Alan Guttmacher Institute, 1990). Asimismo, otros estudios, por ejemplo en Ciudad de México en una encuesta aplicada en 1988, el 16% de las adolescentes mujeres entre los 12 y 19 años de edad afirmó haber tenido relaciones sexuales (Pick de Weiss y cols., 1988 en Langer y Tolbert, 1996).

Investigaciones han demostrado que una variable a tener en cuenta en el inicio de la vida sexual de los y las adolescentes es la *escolaridad*. Las adolescentes que no están matriculadas en la escuela, así como las que no tienen motivación para asistir a la escuela o proseguir con ella, tienen mayores probabilidades de iniciar las relaciones sexuales en forma temprana (Pick de Weiss y cols., 1991). Singh y Wulf mostraron que el impacto del nivel de instrucción en el inicio de la actividad sexual es importante. En Colombia, República Dominicana, Guatemala y México, se observó que las mujeres que recibieron diez años o más de escolaridad tenían cuatro veces menos probabilidades de iniciar su actividad sexual antes de cumplir los 20 años que aquellas que recibieron sólo cuatro años de escolaridad.

En Perú, las adolescentes que cumplen con diez años o más de escolaridad disminuyen considerablemente la incidencia de inicio en las relaciones sexuales. No obstante, este hecho no es uniforme para toda la región; en Trinidad y Tobago contar con un número importante de años de escolaridad no ha reducido las posibilidades de iniciar o tener relaciones sexuales durante la adolescencia (CDC, 1992). En las mujeres adolescentes en Santiago de Chile, la edad promedio de inicio de relaciones sexuales es de 16.2 años, mientras que en Ciudad de Guatemala es de 15.9 años de edad. Esta diferencia también se podría atribuir a factores relacionados con el nivel de educación (Alan Guttmacher Institute, 1998).

Las Encuestas de Adultos Jóvenes, realizadas en varios países de América Latina en el área urbana, proveen datos sobre el número y la edad de la primera relación sexual de los varones de 15 a 24 años de edad. Los datos muestran que ellos inician su actividad sexual a edades más tempranas que las mujeres. Uno de cada seis jóvenes ya ha tenido una experiencia sexual antes de cumplir los 15 años en Ciudad de México, tres de cada diez en ciudad de Guatemala y en Quito, Ecuador, y casi cuatro de cada diez de los que viven en San Pablo y Salvador en Brasil. Al cumplir los 20 años, por lo menos ocho de cada diez ya ha tenido relaciones sexuales en estas cinco ciudades.

Si comparamos este último dato con el de las mujeres menores de 20 años, la diferencia es significativa; tan sólo cuatro o cinco entre diez mujeres afirman haber tenido su primera experiencia sexual antes de los 20 años de edad (Alan Guttmacher Institute, 1990). Por otro lado, la mediana de la edad del primer coito para estas cinco ciudades es de 15.7 años comparado con 17 años en ciudad de México, 15.1 en varones en Quito y 17.4 años en mujeres, 14.8 en varones y de 17.2 en mujeres en Salvador (Brasil), 14.7 en varones y 16.8 en las mujeres en San Pablo (Brasil), y de 14.8 años en los varones en ciudad de Guatemala (ibid).

En la encuesta de salud de los y las adolescentes realizada en nueve países del Caribe, se ha reportado que un 42% de los adolescentes tuvieron su primera relación sexual antes de los diez años, un 20% entre los 11 y 12 años, 28% 13 a 15 años, y un 7.6% 16 años o más (OPS, 2000). Cabe hacer notar que es posible que las cifras anotadas no sean del todo confiables para ambos sexos, debido a que, en el caso de los varones, la presión de los “valores machistas” exagere las cifras. Pero lo claro y evidente es que el inicio sexual en varones es más temprana que en las mujeres (Alan Guttmacher Institute, 1990).

***La mitad de las
adolescentes
menores de 17 años
son sexualmente
activas en
América Latina***

En Santiago de Chile, la edad promedio de inicio de relaciones sexuales en varones adolescentes es de 15.2 años, un año más que en la ciudad de Guatemala. En este caso la diferencia podría deberse a que en Guatemala un 45% de los jóvenes entre los 15 y 17 años de edad ha tenido su primera experiencia sexual con una trabajadora sexual, mientras que en el caso de los jóvenes chilenos solamente un 3% de los jóvenes menores de 18 años tuvieron su primera experiencia sexual con una trabajadora sexual.

En Brasil, el porcentaje de hombres adolescentes que tienen relaciones sexuales antes de los 18 años es 77% y el de mujeres adolescentes que tienen relaciones sexuales antes de los 18 años es 43%. En Brasil, se estima que un 61% de los hombres adolescentes sexualmente activos tienen un promedio de 2.6 parejas sexuales en un año (Alan Guttmacher Institute, 1998).

El 50% de las adolescentes menores de 17 años son sexualmente activas en América Latina, de acuerdo a la *Encuesta Demográfica y de Salud* (Macro International, 1996a); en Perú, el porcentaje de mujeres sexualmente activas menores de 20 años ha aumentado de 45 al 53% de 1991 a 1996.

En Paraguay, este incremento fue de 61 a 71% en 1995-96 (OPS, 1998). En 1998, según datos obtenidos de la *Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil* (CEPEP/USAID/CDC, 1999), un 18.7% de las mujeres entre 15 y 17 años de edad reportaron haber tenido relaciones sexuales, las de 18 y 19 años un 56.7%, entre 20 y 22 un 72.3% y entre los 23 y 24 años de edad un 88.8% reportaron haber tenido su primera relación sexual (Ibid).

En Nicaragua, la *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud* de 1998, reveló que la edad mediana de la primera relación sexual de las mujeres aparentemente no había mostrado cambios en los últimos cinco años, manteniéndose en 18.2 años.

En Honduras, la edad mediana a la primera relación sexual en mujeres de 15 a 49 años fue de 18.3 años (CDC, 1996). Los últimos datos reportados para El Salvador muestran que la edad mediana a la primera relación sexual en mujeres de 15 a 49 años fue de 18.5 años en 1998 (FESAL, 1998).

La *Encuesta de Salud Reproductiva de Puerto Rico* (1995-1996) mostró que, del 50% de mujeres que reportaron tener actividad sexual, un 35.2% tuvieron su primera relación sexual antes del matrimonio y un 13.5% estaban ya casadas al momento de la primera relación sexual. Los patrones de actividad sexuales en este país son más acordes con lo que se observa en el resto de los países de América Latina que en Estados Unidos de América.

En el caso de Haití, el inicio de la vida sexual ha sido del 10% en mujeres de 12 a 14 años de edad, un 35% entre 15 y 24 años de edad, y un 38% entre los 18 y 19 años de edad. En Puerto Príncipe y en otras áreas urbanas, el inicio de relaciones sexuales a la edad de 12 a 14 años, ha sido entre el 13% y 17% mientras que en las áreas rurales ha sido del 7% (Althaus, 1992). En Jamaica, la edad promedio de inicio de relaciones sexuales es de 15.9 años para las mujeres y 13.9 años para los hombres de acuerdo con la *Encuesta Nacional de Prevalencia Anticonceptiva de 1993* (Morris y cols., 1995). En la *Encuesta de Salud Reproductiva de 1997*, la edad mediana de la primera relación sexual fue de 14.7 años para las mujeres de 15 a 17 años. En el caso de los varones entre 15 y 17 años, la misma encuesta reportó que la edad mediana para la

primera relación sexual fue de 12.4 años comparado con 13 en 1993, mientras que para los varones entre 18 y 19 años fue de 13.3 en 1997, comparado con 13.9 años para 1993. Se observa una clara tendencia de disminución de la edad mediana para ambos sexos.

Un estudio sobre sexualidad en adolescentes escolarizados en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, reveló interesantes hallazgos: un 55% de los adolescentes declaran haber mantenido juegos sexuales sin penetración alguna vez y casi más de una cuarta parte lo practica con frecuencia. El porcentaje de adolescentes que tenían actividad sexual era del 39% del total de los entrevistados, correspondiendo un 55% a los varones y un 25% a mujeres. Se ha observado que a medida que la edad aumenta, el porcentaje de actividad sexual asciende considerablemente (Méndez Ribas, s/f). La edad promedio de inicio de actividad sexual en este estudio fue de 15.2 años; en los varones de 14.9 años y en las mujeres 15.7 años (ibid).

En Venezuela, la encuesta *Enjuve* (Ministerio de la Familia, 1995) reporta que el 60% de los adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años de edad habían iniciado relaciones sexuales. En el caso de los varones, un 59.5% entre 15 y 19 años de edad ya habrían tenido relaciones sexuales y para el grupo de 20 y 24 años el número ascendía a 93.7%. En el caso de las mujeres, un 43.6% declaró haber tenido relaciones sexuales, correspondiendo un 25.6% al grupo de edad entre 15 y 19 años y 64.3% al grupo de 20 a 24 años (Merz y cols., 1998). Un 25.9% de los jóvenes reportó haber iniciado relaciones sexuales antes de los 15 años. Los varones inician su primera experiencia sexual a edades más tempranas que las mujeres; el 35% de los varones tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años, mientras que en el caso de las mujeres, sólo una de cada 10 tuvo su primera relación sexual antes de los quince años (ibid).

Cuadro 5

Porcentaje de mujeres adolescentes que son sexualmente activas a la edad de 20 años, antes del matrimonio, ya sea antes de la edad de 18, o entre la edad de 18 y 19 años, por países

País	Actividad sexual	Actividad sexual
	Antes de 18 años	Entre 18-19 años
Bolivia, 1994	17	11
Brasil, 1996	28	12
Colombia, 1995	22	13
República Dominicana, 1991	7	3
Ecuador, 1987	13	6
El Salvador, 1985	10	4
	10	4
Guatemala, 1987	12	4
México, 1987	7	4
Paraguay, 1990	21	13
Perú, 1991-1992	17	10
Trinidad y Tobago, 1987	8	6

Fuente: The Alan Guttmacher Institute. *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. 1998.

Cuadro 6

Porcentaje de mujeres adolescentes que inician actividad sexual antes de los 20 años, dentro del matrimonio

País	Antes 18	18-19
Bolivia, 1994	18	11
Brasil, 1996	15	7
Colombia, 1995	19	9
República Dominicana, 1991	26	14
Ecuador, 1987	20	13
El Salvador, 1985	23	11
Guatemala, 1987	34	14
México, 1987	21	14
Paraguay, 1990	18	10
Perú, 1991-1992	11	7
Trinidad y Tobago, 1987	27	17

Fuente: The Alan Guttmacher Institute. *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. 1998.

...educación sexual

Es importante mencionar que la información disponible con relación a la educación sexual no refleja los esfuerzos desarrollados por los países en esta área. En las Américas existe una serie de iniciativas vinculadas a la educación sexual, especialmente en el área formal. Muchos están trabajando en la inclusión de esta temática en la curricula escolar, y ha sido reconocido como un eje clave en el proceso de reforma educativa.

Esta área de trabajo es reciente y los programas desarrollados con base en la aplicación de investigaciones y metodología sistematizada son escasos. Es importante destacar el trabajo de instituciones mexicanas como Mexfam (Fundación Mexicana para la Planeación Familiar) y el IMIFAP (Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población), quienes desarrollaron un importante programa de educación sexual para adolescentes conocido como *Planeando tu vida* (Langer y Tolbert, 1996), producto de un diagnóstico y de la aplicación de una serie de metodologías vinculadas a la capacitación, evaluación y elaboración de técnicas didácticas, lo que permitió contar con un modelo educativo exitoso no sólo para México, sino que también para

otros países de la Región. Por otro lado, el trabajo desplegado por diversas instituciones es de conocimiento empírico, principalmente el desarrollado por organismos no gubernamentales en otros países de la Región, quienes trabajan en educación sexual en pequeños grupos, especialmente los considerados de riesgo en las áreas periurbanas y rurales.

Raramente estos programas de educación sexual abordan el papel de la familia, el de los maestros y el de las autoridades (ibid). Por otro lado, varios países han realizado campañas de comunicación por medios masivos de gran envergadura que ayudan a equilibrar las deficiencias de la educación formal en este campo.

En esta área, como en otras donde la participación de la familia es fundamental, es notoria la ausencia de programas que permitan la incorporación de los padres en la educación para la sexualidad de sus hijos. Desde 1994, Chile ha implementado planes novedosos en diversas regiones del país, los cuales incorporan a la familia en el proceso educativo (ibid), con participación directa de los educadores en la formulación y procesos de evaluación.

□ Adolescentes sexualmente activos y no activos

Existe una serie de razones por las cuales no se recomienda la unión temprana a los jóvenes. Entre las más importantes destaca la existencia de riesgos para la salud física y emocional y por otro lado, al prolongarse la vida reproductiva, aumenta la exposición al embarazo y a un mayor número de ellos. En el caso de adolescentes solteras y solteros que mantienen una vida sexual activa, además de aumentar la exposición al embarazo, generalmente no deseados, están más expuestos(as) a contraer infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. En once países de la Región la proporción de mujeres adolescentes entre los 15 y 19 años que no son sexualmente activas varía entre el 70% en el caso de El Salvador hasta el 83% en Perú (cuadro 7). El cuadro 8 muestra el porcentaje de mujeres de entre 20 y 24 años que eran sexualmente activas a los 20 años, antes del y durante el matrimonio.

Cuadro 7

Porcentaje de mujeres de 15-19 años
que no son sexualmente activas

País	Porcentaje
Bolivia	79
Brasil	70
Colombia	74
República Dominicana	76
Ecuador	80
El Salvador	70
Guatemala	72
México	80
Paraguay	74
Perú	83
Trinidad y Tobago	76

Fuente: Instituto Alan Guttmacher. *Into a New World*. 1998.

Cuadro 8

Porcentaje de mujeres de 20-24 años sexualmente activas a la edad de 20 años

País	Antes del matrimonio		Durante el matrimonio	
	Antes 18	18-19	Antes 18	18-19
Bolivia	17	11	18	11
Brasil	28	12	15	7
Colombia	22	13	19	9
República Dominicana	7	3	26	14
Ecuador	13	6	20	13
El Salvador	10	4	23	11
Guatemala	12	4	34	14
México	7	4	21	14
Paraguay	21	13	18	10
Perú	17	10	11	7
Trinidad y Tobago	8	6	27	17

Fuente: The Alan Guttmacher Institute. *Into a New World*. 1998.

□ Edad al primer embarazo

En promedio, cerca de un tercio de las mujeres entre 20 y 24 años en diez países de América Latina y el Caribe ha tenido un hijo antes de los 20 años de edad. En Bolivia y Paraguay, alcanza a 37% y en Guatemala es cerca del 50% (cuadro 9) (Macro International, 1994a).

En la mayoría de los países de la Región existe poca evidencia de cambio en la edad del matrimonio a través de las diferentes cohortes de mujeres por grupos de edad. Sin embargo, en Colombia, México, República Dominicana, Perú y Trinidad y Tobago, existe una tendencia consistente de tener hijos a edades más tardías.

Cuadro 9

Porcentaje de mujeres que tuvieron su primer hijo a la edad de 20 años

País	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49
Bolivia	37.0	44.5	41.5	37.6	34.3	38.1
Brasil	31.0	28.1	26.9	26.8	30.8	N/d
Colombia	30.9	30.7	33.2	29.4	36.5	37.0
República Dominicana	33.1	37.2	40.9	46.7	51.5	53.0
Ecuador	35.3	43.5	39.8	40.4	39.1	35.7
Guatemala	50.4	54.0	54.0	48.8	47.7	N/d
México	34.8	40.6	45.1	37.1	40.6	43.0
Paraguay	37.1	35.8	33.7	31.2	34.4	35.4
Perú	26.9	33.1	36.0	36.0	35.9	33.1
Trinidad y Tobago	29.8	31.1	34.8	35.6	40.0	45.5

Fuente: Demographic and Health Surveys: Comparative Studies 10: *Marriage and Entry into Parenthood*. Macro International, 1994. (N/d), datos no disponibles.

□ Fecundidad y embarazo adolescente

Contar con información actualizada al respecto sería de gran utilidad, principalmente porque permitiría conocer los niveles de actividad sexual y el uso o no de métodos anticonceptivos. Esta información permitiría a los planificadores y formuladores de políticas conocer las necesidades reales de servicios de planificación familiar y consejería.

La probabilidad de que una mujer haya tenido una relación sexual antes de los 20 años varía entre el 46% y el 63% en Brasil, Colombia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Perú y Trinidad y Tobago, según datos obtenidos de la encuesta demográfica y de salud.

Los patrones de matrimonio y comportamiento sexual y reproductivo varían de acuerdo a las regiones. Si comparamos 5 países desarrollados con América Latina y el Caribe las diferencias que se observan en el cuadro 10:

Cuadro 10

Cuadro comparativo entre América Latina y el Caribe y 5 países desarrollados

Categoría	América Latina y el Caribe	Países desarrollados
No son sexualmente activas	44%	23%
Ha tenido su primera relación sexual:	56%	77%
<i>Antes del matrimonio</i>	28%	67%
<i>En el matrimonio</i>	28%	10%
Ha tenido un hijo	34%	17%

Fuente: The Alan Guttmacher Institute. *Into a New World*. 1998.

La proporción de mujeres sexualmente activas es más elevada en los países desarrollados, esto vale también para las mujeres menores de 20 años. El matrimonio continúa siendo un parámetro importante para el inicio de la actividad sexual del 50% de las mujeres menores de 20 años en los países de América Latina y el Caribe, cosa que no es relevante en los países desarrollados, donde sólo diez de cada 100 mujeres menores de 20 años reconoce haber tenido su primera relación sexual en el matrimonio (Alan Guttmacher Institute, 1998).

En Chile, un 70% de los primeros nacimientos que ocurren en mujeres entre 15 y 24 años son concebidos premaritalmente; 37% ocurren fuera del matrimonio y un 33% ocurren siete meses después de él, siendo 40% de estos nacimientos no planeados. Estos altos índices de nacimientos no planeados son el resultado de una alta incidencia de actividad sexual antes del matrimonio y de un inadecuado uso de anticoncepción entre mujeres y hombres solteros entre 15 y 24 años (ibid). El porcentaje de embarazos

eran más altos en mujeres entre los 15 y 19 años que entre las mujeres entre 20 y 24 años, pero la diferencia no era estadísticamente significativa (78% versus 67%) (Althaus, 1992).

En el caso de Bolivia, la *Encuesta Nacional de Demografía y Salud* (1994) ha mostrado que de cada diez mujeres adolescentes, cuatro son madres o están embarazadas por primera vez, vale decir que el 40% de las mujeres adolescentes ya tenían un hijo o estaban por tenerlo.

La tasa de fecundidad específica de mujeres entre 15 y 19 años es sobre 140 nacimientos por 1,000 mujeres en El Salvador y Guatemala, y sobre 100 por 1,000 mujeres entre 15 y 19 años en Costa Rica, Honduras, México, Panamá y Venezuela. Solamente en Brasil, Chile y Colombia las tasas de fertilidad específicas están cerca de 60 por 1,000 mujeres entre 15 y 19 años. La mayoría de las mujeres de este grupo no estaban casadas a los 20 años. En cambio en países del Caribe y Centro América como Guatemala, Honduras y especialmente Barbados y Jamaica, la mitad de las mujeres se encontraban legalmente unidas, siendo la proporción de las mujeres casadas más alta en el área rural que en el área urbana (Morris, 1995).

Cuadro 11

Nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años

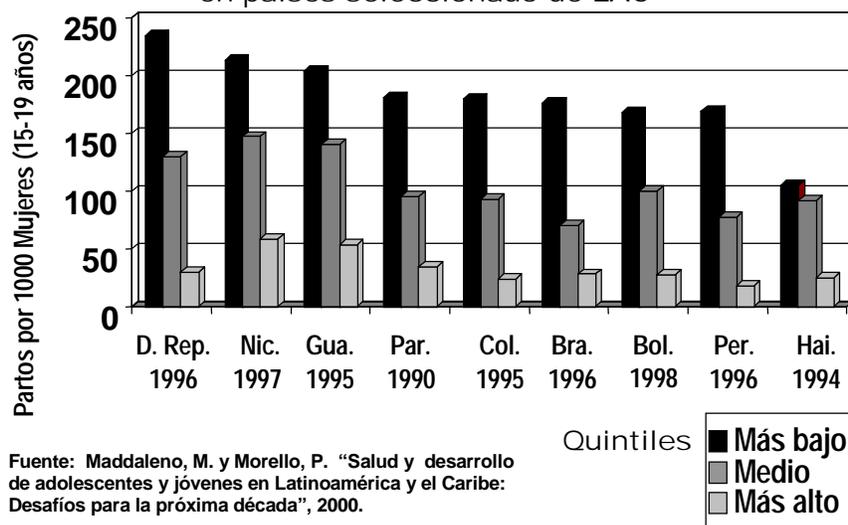
País	Porcentaje
Argentina*	64
Belice	94
Bolivia	79
Brasil	79
Chile	57
Colombia	67
Costa Rica	76
Cuba	68
Ecuador	65
El Salvador	99
Guatemala	109
Haití	74
Honduras	85
Jamaica	59
México	63
Nicaragua	169
Panamá	66
Paraguay	102
Perú	67
Puerto Rico	70
República Dominicana*	88
Trinidad y Tobago	42
Uruguay	49
Venezuela	69

Fuente: World Population Profile, 1998. U.S. Agency for International Development. Bureau for Global Programs, Field Support, and Research. Office of Population. U.S. Department of Commerce, Economics and Statistics Administration. Bureau of the Census.

En el gráfico 1 se observa una importante asociación entre niveles de pobreza y fecundidad, mostrando que es entre las más pobres donde el número de partos es mayor.

Gráfico 1

Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años por quintiles en países seleccionados de LAC



Embarazos no planificados

Los niveles de embarazos no planificados entre las adolescentes en América Latina y el Caribe varían desde un 23% de todos los nacimientos que ocurrían de madres adolescentes en Guatemala a un 50% en Perú (CDC, 1992). De acuerdo con la información obtenida de las Encuestas Demográficas y de Salud (cuadro 12), entre un 35% y 52% de los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años no eran planificados en Bolivia, Brasil, República Dominicana, El Salvador, Perú y Trinidad y Tobago. El porcentaje de embarazos no planeados en Guatemala y Ecuador es mucho más bajo, con un rango que varía entre el 23% y el 30% respectivamente. Esto se podría explicar por las bajas tasas de fertilidad en adolescentes en Ecuador y, en el caso de Guatemala, porque existe un porcentaje significativo de adolescentes que ya se encuentran en unión estable (ibid).

Cuadro 12

Nacimientos no planificados de madres adolescentes

País	% nacimientos
Bolivia	35
Brasil	49
Colombia	44
República Dominicana	40
Ecuador	30
El Salvador	48
Guatemala	23
México	33
Paraguay	25
Perú	52
Trinidad y Tobago	40

Fuente: The Alan Guttmacher Institute. *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. 1998.

❑ Salud materna

La salud materna es un indicador importante del estado de salud y bienestar de las mujeres y de las comunidades. Un elemento clave de la atención de salud materna es la atención prenatal, así como la asistencia del parto por personal o personas calificadas. Estos servicios deben ser otorgados con calidad y calidez.

La atención prenatal es una intervención sanitaria eficaz para la prevención de la morbi-mortalidad materna y neonatal, especialmente en aquellos lugares donde el estado de la salud de las mujeres es deficiente (Royston y cols., 1991). Es un predictor de la salud materna y perinatal, y por tanto, es un componente esencial del cuidado de las madres y de los niños junto con la planificación familiar, el parto limpio y seguro y las funciones obstétricas esenciales (OMS, 1994). Otra de sus funciones es promover la salud durante el embarazo, mediante consejería y actividades de índole educativa.

...atención prenatal

En el caso de América Latina y el Caribe, el porcentaje de mujeres menores de 20 años de edad que tuvieron hijos vivos y recibieron atención prenatal por personal capacitado varía entre el 48.8% en Guatemala y el 95.8% en República Dominicana, lo que significa que en algunos países menos de la mitad de las mujeres embarazadas tienen el privilegio de conocer la situación de salud de su futuro niño y de ella misma.

Si examinamos la atención prenatal en cinco países, como República Dominicana, Bolivia, Colombia, Perú y Guatemala, se observa una mejora substancial de la cobertura prenatal en mujeres menores de 20 años, comparando los datos de las dos últimas encuestas demográficas y de salud realizadas en la última década. En República Dominicana se observa un aumento de 1.1%, en Colombia un 3%, en Bolivia, 6% en Perú un 25.8% y en Guatemala un 26.7%.

Cuadro 13

Porcentaje de mujeres menores de 20 años de edad que tuvieron hijos vivos y recibieron control prenatal por personal capacitado

País	Porcentaje
Bolivia	50.9
Brasil	83.2
Colombia	79.2
República Dominicana	95.8
Guatemala	48.8
Haití	70.5
Paraguay	82.5
Perú	62.5

Fuente: Macro Internacional. *Encuestas de Demografía y Salud, Estudio Comparativo No. 25. 1990.*

La frecuencia con que las embarazadas acuden al control prenatal refleja la disponibilidad de servicios accesibles, la confianza que tienen en el personal de salud que la atiende y el resultado de orientación y educación que realizan los trabajadores de salud como estrategia de convencimiento del valor sanitario del control prenatal.

Los cuadros 13 y 14, si bien están referidos al mismo grupo de edad, y muestran que en la mayoría de países existe una brecha entra las coberturas de control prenatal y el número de consultas, esto porque hay embarazadas que acuden a los servicios después del quinto o sexto mes de embarazo y otras que no logran la confianza necesaria al cabo de la primera consulta o no llegan a comprender la necesidad de hacer un seguimiento de su embarazo por falta de una orientación y educación adecuadas.

Esta situación es todavía más importante en el caso de Bolivia, donde apenas un 35.8% de las mujeres embarazadas ha recibido tres o más atenciones prenatales, seguido de Haití donde la mitad de las mujeres embarazadas menores de 20 años no pueden cumplir con esta norma. República Dominicana es uno de los países que presenta las más altas coberturas en esta área, con un 88% (Macro International, 1997).

Sería importante, para efectos comparativos, contar con la información de otros países que en este trabajo no se mencionan, como por ejemplo, Argentina, Chile, Venezuela, México y Uruguay, entre otros.

Cuadro 14

Porcentaje de mujeres menores de 20 años con hijos vivos que realizaron tres o más controles prenatales

País	Porcentaje
Bolivia	35.8
Brasil	76.7
Colombia	71.5
República Dominicana	88
Guatemala	73.7
Haití	49.4
Paraguay	82
Perú	62

Fuente: Macro International. *Encuestas de Demografía y Salud, Estudio Comparativo No. 25; Salud Materna.* 1997.

En el caso de la cobertura de vacunación de toxoide tetánico, de los países estudiados, Bolivia y Perú son los países que presentan menores índices con un 40.0% y 38.9% respectivamente, mientras que República Dominicana presenta un 89.5% (cuadro 15).

Las bajas coberturas de vacunación ilustran la pérdida de oportunidades, no solamente por incumplimiento o desconocimiento de las normas, sino también porque en el establecimiento de salud no están disponibles los suministros o porque la cadena de frío no funciona. Sin embargo, múltiples esfuerzos han sido desplegados para atender esta necesidad en la Región. Existe un mejoramiento importante en los últimos 10 años en la vacunación con toxoide tetánico en mujeres menores de 20 años de edad.

Por ejemplo, en República Dominicana, donde las coberturas son altas, existe un incremento del 1.9%. En el caso de Brasil, el aumento es de 32.4%. Los incrementos más notables son el Bolivia, Perú y Guatemala con 78.6%, 116.9% y 157.4% respectivamente. En Colombia el incremento es del 53.9%.

Cuadro 15

Cobertura de vacunación con toxoide tetánico en mujeres menores de 20 años

País	Porcentaje
Bolivia	40.9
Brasil	69.2
Colombia	81.6
República Dominicana	89.5
Guatemala	56.3
Haití	67.8
Paraguay	81.5
Perú	38.9

Fuente: Macro International. *Encuestas de Demografía y Salud, Estudio Comparativo No. 25. 1990-1996.*

Los cuadros 16 y 17 contienen implícita una realidad: la del parto domiciliario, vinculado 4 a 6 veces más a la mortalidad materna que el parto hospitalario. Otra vez Bolivia, Guatemala y Haití muestran las condiciones inferiores, al carecer de una apropiada atención de las mujeres durante el parto y sobre todo de la posibilidad de atención en casos de emergencia, especialmente en el área rural. Sin embargo, es importante resaltar que la atención del parto por personal capacitado es una prioridad constante en las políticas de salud de los últimos años en la Región. Es destacable la experiencia del Seguro de Maternidad y Niñez de Bolivia, como parte del proceso de descentralización de los servicios, que ha significado además la liberación de los costos que implica esta atención para las mujeres y familias, habiendo incrementado el porcentaje de la atención, por personal capacitado, de 52.8% en 1994 a 65% en 1998 (Macro International, 1998a).

Cuadro 16

Porcentaje de recién nacidos de mujeres menores de 20 años que recibieron atención del parto por personal médico capacitado

País	Porcentaje
Bolivia	52.8
Brasil	88.1
Colombia	87.4
República Dominicana	94.3
Guatemala	35.3
Haití	49.1
Paraguay	66.4
Perú	78.9

Fuente: Macro International. *Encuestas de Demografía y Salud, Estudio Comparativo No. 25, Salud Materna (1990-1996)*. 1997.

Cuadro 17

Porcentaje de recién nacidos de mujeres menores de 20 años que han sido atendidos en un centro de salud

País	Porcentaje
Bolivia	47.2
Brasil	93.2
Colombia	77.2
República Dominicana	94.3
Guatemala	35.2
Haití	22.5
Paraguay	54.3
Perú	46.1

Fuente: Macro International. *Encuestas Demográficas y de Salud, Estudio Comparativo No. 25, Salud Materna, (1990-96)*. 1997.

La tendencia en la atención del parto es interesante para los cinco países donde se ha podido obtener información de varias encuestas. Esta muestra un incremento en las coberturas. Perú ha mejorado su cobertura de atención de parto en un 75.1%, Bolivia en un 14.5%, Colombia en un 11.9%, Guatemala en un 8.9% y la República Dominicana en un 3.1%.

De acuerdo al registro hospitalario de partos y sala de operaciones del Departamento de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, de fecha 10 de Julio de 1997, de un total de 69,587 partos en el año 1996, atendidos en servicios públicos de salud, 20,571; es decir, un 30% correspondían a mujeres entre 10 y 19 años de edad. En el caso de los abortos atendidos, de 7,591 casos, 1,576 correspondían a niñas y adolescentes entre 10 y 19 años es decir un 21%, y en el caso de las cesáreas, de 15,812 cesáreas, 2,571 correspondían a niñas y adolescentes entre 10 y 19 años de edad, es decir un 17% del total de casos (MSPAS, 1997).

Si lo comparamos con los porcentajes en mujeres mayores de 20 años, la tendencia es que las madres menores de 20 años tengan niños prematuros en mayor porcentaje que las mujeres mayores de 20 años. En el caso de Colombia el porcentaje de niños prematuros en mujeres menores de 20 años se da casi en la misma proporción que en mujeres mayores de 35 años.

En los cuadros 18 y 19 se muestra la preocupante realidad de los niños que nacen de madres adolescentes, en especial cuando éstas son muy jóvenes (menores de 18 años) y/o pertenecen a grupos sociales desfavorecidos. Habitualmente el porcentaje de partos prematuros es mayor que el de niños con bajo peso al nacer; cuando ocurre lo contrario, significa que la mayor parte de estos niños son desnutridos intrauterinamente.

Cuadro 18

Parto prematuro en mujeres menores de 20 años

País	Porcentaje
Brasil	3.7
Colombia	5.7
República Dominicana	4.8
Paraguay	3.4
Perú	3.5

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud.
Macro International, Inc.

Cuadro 19

Recién nacidos con bajo peso de nacimiento en mujeres menores de 20 años

País	Porcentaje
Bolivia	5.7
Brasil	9.7
Colombia	5.7
Guatemala	18.1
Haití	33.3
Paraguay	9.2
Perú	8.2
República Dominicana	14.3

Fuente: Macro International. *Encuestas de Demografía y Salud, Estudio Comparativo No. 25. 1997.*

□ Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA

Cerca de 300 millones de casos de infecciones de transmisión sexual se estiman cada año. En América Latina un 15% de los y las adolescentes entre 15 y 19 años adquieren cada año alguna ITS; tricomoniasis, clamidia, gonorrea y sífilis (Alan Guttmacher Institute, 1998), siendo éstas la causa principal de infecciones del tracto reproductivo (Germain, 1992). Las mujeres y especialmente las más jóvenes, son más vulnerables a contraer una ITS, debido a factores biológicos, relacionados con la inmadurez del cervix que aumenta la probabilidad de contagio (Eng y cols., 1997).

Los y las adolescentes de la calle están expuestos(as) a un riesgo mayor de ITS por la situación a la que están sometidos. Ellos utilizan estrategias de supervivencia que inciden en su comportamiento, especialmente en el de tipo sexual, asumiendo prácticas de alto riesgo que afectan su integridad física y psicológica. Múltiples parejas sexuales, la prostitución, así como el uso de drogas y alcohol, es más frecuente en éste grupo de jóvenes y por lo tanto aumenta considerablemente el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Un estudio de jóvenes de la calle en Brasil muestra que un 21% de los varones y un 15% de las mujeres adolescentes informan haber tenido una ITS en su vida (Alan Guttmacher Institute, 1998).

En los estudios realizados sobre conocimiento del SIDA, los y las adolescentes muestran un buen nivel de comprensión. La encuesta de adultos jóvenes efectuada en cinco ciudades de países latinoamericanos mostró que más del 90% conoce los tres principales modos o vías de transmisión del VIH/SIDA. Sin embargo, ellos identificaron incorrectamente como formas de diseminación las picaduras de mosquitos y el compartir utensilios, mostrando la coexistencia de desinformación con conocimiento más preciso (Remez, 1989).

En el caso de la República Dominicana, la Encuesta Nacional de Jóvenes realizada en 1992 evidenció disparidad en cuanto a la información y conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual. Si bien el porcentaje más bajo de conocimiento sobre el SIDA fue de un 96.5% (en varones entre 15 y 19 años de edad, que vivían fuera de la capital) el conocimiento acerca de otras infecciones de transmisión sexual fue muy bajo. Menos del 50% de la población de mujeres entre 15 y 19 años conoce el herpes y el condiloma y menos de la mitad de la población de varones en el mismo grupo de edad conocía el condiloma, la sífilis y el flujo vaginal. El conocimiento sobre las diferentes ITS tiene una relación directa con la edad y el lugar de residencia. En 1996 se realizó la *Encuesta Demográfica y de Salud*, la cual ratifica la información obtenida en 1992. En el caso de las mujeres que residían en Santo Domingo, una tercera parte nunca había oído hablar de gonorrea, y una proporción aún mayor no conocía las otras ITS, lo que sugiere que en esta área de la salud sexual y reproductiva se necesita establecer una política de comunicación social y de educación o fortalecerla en el caso de que ya existiese. Por otro lado, en el caso de los varones, aunque el grado de conocimiento sobre la Gonorrea es alto, una proporción significativa de los jóvenes entre 15 y 19 años respondieron en el momento de la encuesta que nunca habían oído hablar de herpes, condiloma, sífilis y flujo genital (Morris, 1992) (cuadro 20).

Según datos de las últimas encuestas demográficas y de salud de Bolivia (1998), República Dominicana (1996), Colombia (1995), Perú (1996), Guatemala (1995), Nicaragua (1998) y Honduras, y según la *Encuesta de Epidemiología y Salud Familiar* (1996), el análisis de los conocimientos de las mujeres entre 15 y 24 años sobre el SIDA, muestra una respuesta variable en los siete países mencionados. En Colombia, el 98.1% de mujeres entre 15 y 19 años de edad y entre 20 y 24 años de edad habían oído hablar del SIDA. La principal fuente de información fue la televisión, seguida por la radio, la prensa escrita, los amigos o parientes, la escuela y los trabajadores de salud. En Bolivia, la proporción de mujeres que han oído hablar del SIDA para el grupo de edad de 15 a 19 años es del 82.3% y en el grupo de edad entre 20 y 24 del 83.4%. La principal fuente de información fue la televisión, seguida por la radio, periódico o revista, afiche, la escuela y el trabajador de salud. En el caso de Nicaragua, la proporción de mujeres entre 15 y 19 años que conoce el SIDA es del 94.0% y en el grupo de edad entre 20 y 24 años es del 95.3%. La fuente de conocimiento es en primer lugar la radio, seguida por la televisión, por la escuela, por el periódico o revistas, cartillas o panfletos, trabajador de salud, amigos, parientes y el lugar de trabajo en mínimo porcentaje.

En Guatemala, de las mujeres entre 15 y 19 años entrevistadas, un 67.5% refirió tener conocimiento sobre el SIDA y en el grupo de entre 20 y 24 años un 71.6%. La fuente de conocimiento es la radio seguida por la televisión, la escuela, periódicos y

revistas, amigos, parientes y cartillas o panfletos. En Honduras, según datos de la *Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar* (1996), en mujeres de entre 15 y 19 años, un 96.6% había oído hablar del SIDA y en el grupo de edad entre 20 y 24 años, un 98.9%.

En varios países de la Región, las fuentes más comunes de información sobre el SIDA son la radio, la televisión y la escuela

En Perú, en mujeres de entre 15 y 19 años, el porcentaje de conocimiento del SIDA fue de 88.5% y de un 90.0% para las mujeres del grupo de edad entre 20 y 24 años. La fuente principal de conocimiento fue la televisión y la radio seguida por la escuela, con un 44.1% para el grupo de edad entre 15 y 19 años y un 16.7% para el grupo de edad entre 20 y 24 años. Esto refleja la intensificación de contenidos de salud en el ámbito de la educación formal para los adolescentes en los últimos años. En República Dominicana, de las mujeres entre 15 y 19 años, un 99.6% dijo conocer el SIDA y en el grupo de edad entre 20 y 24 años un 99.9% respondió afirmativamente. La mayor fuente de conocimiento sobre el SIDA de las mujeres en República Dominicana fue la televisión con un 78% y 81.1% respectivamente, seguida de la radio, periódicos y revistas, la escuela y panfletos.

Cuando en las encuestas citadas se consultó a las mujeres entre 15 y 24 años de edad si conocían las formas de cómo evitar el SIDA, se observó un rango variable de respuestas en los países, que guarda relación directa con el nivel educativo, área de residencia (urbano-rural) y aspectos socioculturales (cuadro 22).

En Perú (Macro International, 1996a), al igual que en República Dominicana, se evidencia que el conocimiento de las mujeres jóvenes sobre las infecciones de transmisión sexual es menor que el conocimiento que tienen sobre el VIH/SIDA. En el grupo de edad entre 15 y 19 años, un 15.3% conoce acerca de la sífilis, un 18.1% de la gonorrea, 0.7% de la verruga genital, un 4.8% del condiloma/chancro, 0.5% los hongos/candidiasis y un 20.6% no conoce ninguna, *versus* un 77.3% que conoce el SIDA. Para el grupo de edad entre 20 y 24 años el conocimiento sobre ITS es mayor; un 17.8% reporta conocer la sífilis, un 20.4% la gonorrea, un 2.1% la verruga genital, un 5.3% el chancro o condiloma, un 1.1% hongos/candidiasis y un 18.4% no conoce ninguna, *versus* un 78.3% que conoce el SIDA.

Por otro lado es importante destacar que un porcentaje importante de los entrevistados que conocen el SIDA no han cambiado su conducta sexual para prevenir el contagio; el grupo de mujeres entre 15 y 19 años respondió en un 60.5% que no cambió su conducta sexual y en el grupo de edad de 20 y 24 años, fue un 66.2%, y estos porcentajes son menores en los varones.

Cuadro 20

República Dominicana, conocimiento de mujeres entre 15-24 años sobre infecciones de transmisión sexual e infecciones vaginales

Edad	Sífilis	Gonorrea	Úlceras Genitales	Infección Vaginal	Enfermedad Pélvica Inflamatoria	Clamidia	Herpes Genital	Chancroide	Condiloma	SIDA
15-19	48.5	67.0	44.3	77.3	40.3	27.3	23.4	21.8	26.3	99.6
20-24	68.3	85.1	55.4	91.2	58.2	34.6	27.8	35.8	37.1	99.9

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud. Macro International, República Dominicana. 1996.

Cuadro 21

Porcentaje de entrevistadas con infección vaginal y enfermedades de transmisión sexual durante los 12 meses anteriores a la encuesta en República Dominicana (por ITS específica y grupo de edad)

Edad	Sífilis	Gonorrea	Úlceras Genitales	Infección Vaginal	Enfermedad Pélvica Inflamatoria	Clamidia	Herpes Genital	Chancroide	Condiloma
15-19	0.0	0.0	0.2	15.2	2.3	3.5	0.9	0.0	0.1
20-24	0.2	0.1	1.4	25.2	6.7	5.0	0.4	0.1	0.2

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud. Macro International, República Dominicana. 1996.

Cuadro 22

Porcentaje de mujeres adolescentes (15-19 años) y jóvenes (20-24 años) con conocimiento de formas de evitar el SIDA en seis países seleccionados

País	No hay forma de evitar	Cuando no hay penetración	Abstenerse de sexo	Usar condones
Colombia, 1995				
15-19 años	3.5	0.5	6.2	74.1
20-24 años	3.6	0.3	4.1	73.7
Bolivia, 1998				
15-19 años	6.6	---	17.8	42.9
20-24 años	5.6	---	13.8	52.5
Rep. Dominicana, 1996				
15-19 años	5.5	38.8	72.3	79.3
20-24 años	4.4	37.5	76.6	82.2
Perú, 1996				
15-19 años	7.5	---	11.5	36.5
20-24 años	6.5	---	8.3	43.1
Guatemala, 1995				
15-19 años	10.2	---	14.3	28.3
20-24 años	10.3	---	14.0	31.7
Nicaragua, 1998				
15-19 años	7.2	----	9.0	51.9
20-24 años	5.4	----	7.9	59.2

Cuadro 22

Porcentaje de mujeres adolescentes (15-19 años) y jóvenes (20-24 años) con conocimiento de formas de evitar el SIDA en seis países seleccionados

País	Sólo un compañero	Evitar sexo con prostitutas	Evitar sexo homosexual	Evitar transfusiones
Colombia, 1995				
15-19 años	42.0	4.2	2.9	11.8
20-24 años	50.7	5.6	3.7	12.8
Bolivia, 1998				
15-19 años	49.3	10.6	4.4	16.6
20-24 años	57.2	10.1	3.5	16.7
Rep. Dominicana, 1996				
15-19 años	86.3	---	---	85.8
20-24 años	89.3	---	---	90.4
Perú, 1996				
15-19 años	27.7	6.6	4.1	5.6
20-24 años	37.1	6.5	3.5	6.3
Guatemala, 1995				
15-19 años	20.8	18.3	2.6	7.5
20-24 años	21.9	16.5	3.0	5.7
Nicaragua, 1998				
15-19 años	20.4	7.7	1.7	6.7
20-24 años	24.9	7.9	1.3	6.7

Cuadro 22

Porcentaje de mujeres adolescentes (15-19 años) y jóvenes (20-24 años) con conocimiento de formas de evitar el SIDA en seis países seleccionados

País	Evitar inyecciones	Evitar personas infectadas	Otras formas	No sabe qué hacer
Colombia, 1995				
15-19 años	7.9	12.5	6.6	10.5
20-24 años	8.1	12.4	6.4	10.2
Bolivia, 1998				
15-19 años	15.3	---	7.1	19.1
20-24 años	14.4	---	7.1	17.2
Rep. Dominicana, 1996				
15-19 años	---	---	---	---
20-24 años	---	---	---	---
Perú, 1996				
15-19 años	2.8	---	32.9	23.3
20-24 años	3.2	---	31.7	19.6
Guatemala, 1995				
15-19 años	8.3	---	4.9	36.8
20-24 años	8.9	---	3.3	38.7
Nicaragua, 1998				
15-19 años	7.3	---	5.4	22.0
20-24 años	7.8	---	5.5	16.4

Cuadro 22

Porcentaje de mujeres adolescentes (15-19 años) y jóvenes (20-24 años) con conocimiento de formas de evitar el SIDA en seis países seleccionados

País	Evitar picadura de mosquito	Evitar besos	Visitar curandero
Colombia, 1995			
15-19 años	---	---	---
20-24 años	---	---	---
Bolivia, 1998			
15-19 años	0.4	0.9	0.1
20-24 años	0.0	1.2	0.0
Rep. Dominicana, 1996			
15-19 años	53.6	5.5	---
20-24 años	55.3	2.8	---
Perú, 1996			
15-19 años	0.1	0.9	0.1
20-24 años	0.0	0.4	0.1
Guatemala, 1995			
15-19 años	0.2	1.6	0.1
20-24 años	0.1	0.8	0.3
Nicaragua, 1998			
15-19 años	0.2	0.7	0.1
20-24 años	0.1	0.6	0.0

Fuente: Encuestas de Demografía y Salud. Macro Internacional (1995-1998).

Con relación al conocimiento sobre el SIDA que tienen los varones entre 15 y 19 años y entre 20 y 24 años, se ha evidenciado que, por ejemplo en Bolivia, tienen un conocimiento mayor que las generaciones pasadas. En el grupo de varones entre 15 y 19 años el 88.6% conocen sobre el SIDA y en el grupo de 20 a 24 años el conocimiento sobre el SIDA es mayor, alcanzando el 93.2% (Macro International, 1998a). En Nicaragua, en el grupo de varones entre 15 y 19 años de edad, un 96.6% respondió conocer sobre el SIDA y un 99.5% de los jóvenes entre 20 y 24 años de edad (Macro International, 1998b). En ambos países la principal fuente de conocimiento fue la televisión.

Con relación al número de casos de SIDA, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha reportado que hoy en día la proporción es cada vez mayor entre la gente joven; la mediana de edad para el SIDA en el cono sur disminuyó de 32 años a 27 años entre 1983-1992 (OPS, 1998). En Bolivia, el Servicio Nacional de ETS/SIDA, perteneciente a la Dirección Nacional de Epidemiología, reportó que de 290 casos de VIH positivos 7 pertenecen al grupo de edad entre 15 y 19 años y 131 entre los 20 y 24 años de edad, y de 149 casos acumulados de SIDA en el periodo 1985-abril 1998, 56 casos corresponden al grupo de edad entre 15 y 29 años. En México, los casos acumulados de SIDA reportados en 1996 fueron 66 en el grupo de edad entre 15 y 19 años, en 1997 fueron 66 y en 1998 fueron 58. Para el grupo de edad entre 20 y 24 años, los casos acumulados de SIDA en 1996 fueron 343, en 1997 fueron 331 y en 1998 fueron 437 casos, predominando los casos en el sexo masculino (Secretaría de Salud de México, 1998).

En El Salvador, de acuerdo al informe de la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), correspondiente al periodo 1991-1996, del total de 1789 casos acumulados de SIDA, 56 correspondían a adolescentes de ambos sexos entre 12 y 19 años de edad, entre los cuales 55.4% eran de sexo masculino (31 casos) y 44.6% eran de sexo femenino (25 casos). De éstos, 76.8% pertenecían al área urbana (43 casos) y 23.2% al área rural (13 casos) (MSPAS, 1997).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), al menos la mitad de las personas infectadas por el VIH tienen menos de 25 años (Maddaleno y cols., 1995), lo que significa que la prevención del VIH/SIDA en jóvenes se torna en una prioridad para la Región. Es prioritario insistir en la incorporación de las medidas de prevención y educación en todos los programas destinados a los jóvenes, ya sea de salud, educación u otros. En la actualidad se reporta que 7.000 jóvenes entre 15 y 24 años son infectados con el virus de VIH cada día (Alan Guttmacher Institute, 1998).

□ Anticoncepción

Entre el 13% y 30% de las adolescentes en América Latina y el Caribe ya han experimentado una unión consensual o matrimonial antes de cumplir 20 años y entre el 46% y 63% de todas las mujeres jóvenes ha tenido relaciones sexuales (Wulf y Singh, 1991). El uso de métodos modernos de planificación familiar en las y los adolescentes casados y no casados es más común que en el pasado.

En los últimos veinte años varios países de la Región han adoptado políticas claras y abiertas de salud reproductiva y planificación familiar. Las políticas de salud reproductiva se han tornado prioritarias, lo cual ha derivado, sin duda alguna, en el mejoramiento de la calidad de los programas, así como en el acceso a los servicios de planificación familiar.

La idea de que las mujeres adolescentes no deberían tener acceso a servicios de planificación familiar sigue vigente, en mayor o menor grado, en algunos países de la Región, especialmente para aquellas mujeres que no se encuentran en unión legal. Un factor clave que dificulta el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva sigue siendo la pobreza, la falta de recursos materiales, así como de transporte, afectando sobre todo a las mujeres que viven en el área rural. No se tiene información suficiente sobre la disponibilidad de servicios para los y las adolescente ni si se pueden obtener dichos servicios legalmente en algunos de los países.

En Haití, la prevalencia anticonceptiva ha aumentado, siendo el uso de los métodos modernos de planificación familiar el de mayor significación, según el informe de la *Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva de Haití* de 1989. Sin embargo, cabe señalar que solamente un 10% de las mujeres de 15 a 19 años en unión utilizan métodos anticonceptivos, y más de la mitad de los embarazos en los últimos cinco años son producto de embarazos no deseados o no planeados (Althaus, 1992).

...uso de anticonceptivos en la primera relación sexual

Son muy pocas las parejas solteras que utilizan métodos anticonceptivos en el momento de la primera relación sexual. En mujeres entre 15 y 24 años de edad encuestadas en América Latina y el Caribe, el nivel de uso de métodos anticonceptivos varía entre un 4% en Quito hasta un 43% en Jamaica. En el caso de los varones entre 15 y 24 años, el porcentaje de uso de algún método anticonceptivo con la pareja en la primera relación sexual varía del 14% en Quito y Guayaquil al 31% en ciudad de México. (Morris, 1995).

Un 41% de las mujeres de Jamaica reportaron que ellas o sus parejas habían usado algún método anticonceptivo durante la primera relación sexual (ibid). En los países de América Latina este número es mucho más bajo; en El Salvador, un 23% de las mujeres menores de 18 años usan algún método anticonceptivo en la primera relación sexual, un 22% en ciudad de México, un 15% en Costa Rica y Brasil, y entre el

10% y 12% en las ciudades de Guatemala, Panamá y Paraguay. En El Salvador, el uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual en mujeres entre 15 y 19 años es de 11.3%, observándose una variación en el mismo grupo; por ejemplo, en el grupo de mujeres de 15 años es de 1.6%, en el grupo de mujeres entre 15 y 17 años el uso es del 3.3%, y entre 18 y 19 años el uso se incrementa a 6.8% (Asociación Demográfica Salvadoreña, 1994).

En todos estos países, el uso de anticoncepción en la primera relación sexual aumenta con el incremento de la edad. Las variaciones son significativas; la diferencia en el uso de anticonceptivos en Jamaica fue de 31% antes de los 15 años de edad comparado con un 59% entre aquellas que iniciaron sus relaciones sexuales después de los 20 años (Morris, 1988). En otros países, sin embargo, a pesar de que existió un aumento en el uso de anticonceptivos conforme aumentaba la edad, menos de un tercio en las mujeres entre 20 y 24 años usó anticonceptivos (ibid).

Es interesante observar las variaciones por sexo; en las ciudades de México y Guatemala, el uso de la anticoncepción en la primera relación sexual fue mayor en los varones que en las mujeres; en Jamaica y Salvador (Brasil), fue lo opuesto, más uso de métodos de varones entrevistados (ibid).

Es interesante observar las variaciones por sexo; en las ciudades de México y Guatemala, el uso de la anticoncepción en la primera relación sexual fue mayor en los varones que en las mujeres; en Jamaica y Salvador (Brasil), fue lo opuesto, más uso de métodos de varones entrevistados (ibid).

El uso de anticonceptivos aumenta con la edad

observar las variaciones por de México y Guatemala, el uso la primera relación sexual fue que en las mujeres; en (Brasil), fue lo opuesto, más uso de métodos varones entrevistados (ibid).

En Jamaica la diferencia de uso entre los sexos es importante en sí misma; un 41% de las mujeres y solo un 11% de los varones reportaron el uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual (ibid).

En los varones, el uso de métodos anticonceptivos también aumentó conforme el incremento de la edad. En ciudad de México este aumento es considerable. En varones menores de 15 años, solamente un 16% reportó su uso, comparado con un 51% en varones mayores de 18 años (ibid).

Ahora bien, es importante destacar la preferencia en el tipo de anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual. En Salvador (Brasil), Costa Rica y Panamá, las mujeres utilizaron preferentemente los anticonceptivos orales en una proporción que fluctuaba entre el 37% y el 57%. El condón masculino fue el método preferido en Costa Rica, ciudad de México y Panamá, mientras que curiosamente en Brasil las mujeres manifestaron mayor confianza en el retiro que en el condón. En Jamaica el condón fue el método más utilizado de acuerdo a los reportes, tanto de mujeres como de varones (ibid).

En el caso de Jamaica, el uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual se ha duplicado en los menores de 14 años, de acuerdo a los datos obtenidos de las últimas dos encuestas de salud reproductiva correspondientes a 1993 y a 1997, respectivamente. Es interesante observar que en los menores de 14 años, la tendencia es similar para ambos sexos: en el caso de las mujeres, el uso incrementó de 22.7% en 1993 a 40.6 % en 1997, y en el caso de los varones, el incremento fue de 8.1% en 1993 a 17% en 1997. Para las mujeres de entre 15 y 17 años el incremento fue

de 38.6% en 1993 a 48.7% en 1997, y para los varones de 25.6 % en 1993 a 38.3 % en 1997. En las mujeres de 18 y 19 años, el incremento fue de 59.7 % en 1993 a 68.3 % en 1997. Sin embargo, en el grupo de 20 a 24 años el uso disminuyó de manera dramática, de 61.1% en 1993 a 47.3 % en 1997. En el caso de los varones de 18 y 19 años, el uso se incrementó de 35.4% en 1993 a 55.1 % en 1997 (National Family Planning Board, 1999).

Los hallazgos de la *Encuesta de Jóvenes Adultos en Salud Reproductiva*, realizada en Santiago (Chile) en 1988, mostró que el 20.3% de las mujeres y el 18,7% de los varones habían usado algún método anticonceptivo en el momento de la primera relación sexual, con una diferencia importante según la edad. Un 13.5% de las mujeres menores de 18 años reportó haber usado algún método de planificación familiar en la primera relación sexual, mientras que el 26.1% de las mujeres entre 18 y 24 años informaron haber usado algún método anticonceptivo en la primera relación sexual. En el caso de los varones menores de 18 años, 15.2% reportaron el uso de algún método anticonceptivo, comparado con un 30.1% entre los que tenían 18 a 24 años. Los métodos más referidos fueron el ritmo, la píldora, el condón, óvulos o pastillas vaginales, retiro, dispositivo intrauterino e inyectables (Herold y cols., 1992). El más usado, tanto por mujeres como por hombres, fue el ritmo con un 6.3% y 5.2% respectivamente, seguido, también en ambos sexos, de la píldora con un 4.3% en mujeres. En el caso del condón masculino su uso alcanzó un porcentaje del 1.9%. Las mujeres reportaron haber utilizado este método en mayor medida que los varones (ibid).

El motivo de no utilizar algún método anticonceptivo en la primera relación sexual—un 48.1% de mujeres y un 58.6% de varones—fue que la relación sexual ocurrió en forma inesperada. La falta de conocimiento sobre anticonceptivos fue la segunda explicación, especialmente cuando la primera relación sexual ocurrió antes de los 18 años de edad. Es interesante señalar que un 10% de las mujeres entrevistadas reconocieron que desearon quedar embarazadas desde la primera relación sexual, en el marco de sus aspiraciones matrimoniales (ibid).

...prevalencia anticonceptiva

Basándonos en los datos obtenidos de las encuestas demográficas y de salud de cinco países de América Latina (Macro International, 1996a), podríamos decir sin lugar a dudas que la prevalencia anticonceptiva en mujeres entre 15 y 19 años es baja (cuadro 23).

En El Salvador, las mujeres unidas o casadas entre 15 y 19 años de edad usan métodos de planificación familiar en un 22.5%, siendo los anticonceptivos orales un 9.7%, inyectables 5.9%, retiro 2.5%, DIU 2.1% y otros 2.1% (Asociación Demográfica Salvadoreña, 1994).

En el cuadro 23 se observa que la píldora es el método más usado por las mujeres entre los métodos modernos de planificación familiar. Colombia y Perú son los países que tienen mayor prevalencia de uso anticonceptivo, en mujeres entre 15 y 19 años, en contraste con Bolivia y Guatemala que presentan las prevalencias más bajas.

La información obtenida en mujeres actualmente unidas (cuadro 24), muestra que el uso actual de métodos anticonceptivos modernos es bajo. Sólo un 26.3% de las mujeres entre 15 y 19 años en Paraguay utiliza algún método moderno de planificación familiar, mientras que en Bolivia y Guatemala los porcentajes no superan el 16.6% y 10.2% respectivamente.

En el caso de los dos países donde se pudo obtener información acerca de mujeres entre 15 y 19 años, que son sexualmente activas pero no unidas (Colombia y Perú), el uso de métodos anticonceptivos modernos es moderado (cuadro 25). En Colombia es del 42.6% y en Perú es de 32.7%, siendo el condón masculino el método anticonceptivo usado con mayor frecuencia. Llama la atención el bajo uso del condón masculino en las categorías de todas las mujeres y las actualmente unidas (Macro International, 1996b y 1995a).

El perfil de fecundidad en la edad de la adolescencia realizado en Venezuela en 1998 (Merz y cols., 1998), reportó que del 60% de los jóvenes y adolescentes que tienen vida sexual activa, un 39.3% utiliza algún método anticonceptivo con el objetivo de prevenir el embarazo, así como prevenir infecciones de transmisión sexual. Según la encuesta, el método anticonceptivo más usado entre las mujeres unidas entre 15 y 19 años de edad corresponden a los anticonceptivos orales con un 80.9%, seguido por el dispositivo intrauterino con un 15.5%, preservativos o condón con un 0.4% y el ritmo con un 0.3%. Para mujeres unidas de entre 20 y 24 años de edad, el anticonceptivo más usado es la píldora anticonceptiva con un 71.3%, el dispositivo intrauterino con un 22.3%, el preservativo con un 1.5% y el ritmo con un 0.8% (ibid).

Cuadro 23

Uso actual de métodos anticonceptivos modernos en todas las mujeres entre 15 y 19 años, por método moderno específico

País	Total modernos	Píldora	DIU	Injectable	Implante	Vaginales	Condón	Esterilización femenina	Esterilización masculina
Bolivia, 1998	1.6	0.5	0.4	0.3	N/A	0.0	0.5	0.0	N/A
Colombia, 1995	7.6	3.5	1.1	0.9	0.1	0.5	1.5	0.0	0.0
Guatemala	2.3	0.9	0.2	1.0	N/A	0.0	0.3	0.0	0.0
Paraguay	4.5	2.7	0.2	1.4	N/A	0.1	0.2	0.0	0.0
Perú, 1996	4.7	0.9	0.8	1.9	N/A	0.1	0.2	0.0	0.0
Rep. Dominicana, 1996	8.2	5.8	0.7	---	0.4	---	0.6	0.4	---

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud. Macro International (1990-1999).

Cuadro 24

Uso actual de métodos anticonceptivos modernos en mujeres actualmente unidas, de 15 a 19 años de edad, que usan actualmente un método moderno

País	Total modernos	Píldora	DIU	Injectable	Implante	Vaginales	Condón	Esterilización femenina	Esterilización masculina
Bolivia, 1998	9.8	3.2	3.7	1.4	N/A	0.0	1	0.0	N/A
Colombia, 1995	36.7	18.7	6.6	4.7	0.6	1.7	4.2	0.3	0.0
Guatemala, 1998-99	10.2	3.5	0.8	4.7	N/A	0.0	1.2	0.0	0.0
Paraguay, 1990	26.3	17.8	1.4	5.7	N/A	0.5	0.8	0.0	0.0
Perú, 1996	31.0	6.4	5.6	14.6	N/A	0.3	4.0	0.0	0.0
Rep. Dominicana, 1996	28.8	22.3	1.2	---	1.2	---	0.9	1.3	---

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud. Macro Internacional (1990-1999)

Cuadro 25

Uso actual de métodos anticonceptivos modernos en todas las mujeres no unidas, sexualmente activas entre 15 y 19 años por método moderno específico

País	Total modernos	Píldora	DIU	Injectable	Implante	Vaginales	Condón	Esterilización femenina	Esterilización masculina
Bolivia, 1998	22.6	6.3	0.0	1.2	0.0	0.0	15.0	0.0	N/A
Colombia, 1995	42.6	15.0	2.6	4.3	0.8	2.8	17.2	0.0	N/A
Perú, 1996	32.7	4.2	2.3	5.7	N/A	0.9	19.7	0.0	0.0

Nota: Sólo se encontraron datos para estos tres países.

Fuentes: Encuesta Demográfica y de Salud. Macro Internacional, Perú. 1996.
Encuesta de Demografía y Salud, Bolivia. 1998.
Encuesta de Demografía y Salud, Colombia, 1995.

...demanda de servicios de planificación familiar (necesidad satisfecha, necesidad insatisfecha y demanda total)

Hasta hace poco tiempo, existía una gran preocupación de los gerentes de programas de planificación familiar por el porcentaje de mujeres que deseaba limitar el número de hijos. Sin embargo, hoy en día, existe reconocimiento de la importancia de prestar la debida atención a las mujeres que desean espaciar el número de hijos, especialmente si tomamos en cuenta que los nacimientos con intervalos intergenésicos breves, inciden significativamente no solamente en el bienestar y en la salud de los hijos sino también en el de las madres. Es de vital importancia tener claridad acerca de los conceptos relacionados con la demanda de los servicios de planificación familiar, no solamente para comprender mejor los datos, sino también con el objetivo de mejorar la planificación de los servicios de salud sexual y reproductiva (Macro International, 1994b).

La *demanda satisfecha* (Macro International, 1995a) está vinculada directamente con el uso actual de métodos anticonceptivos, por un lado para espaciar el número de hijos (mujeres que usan métodos de planificación familiar y que desean tener más hijos pero prefieren esperar dos o más años o están indecisas al respecto) o para limitar el número de hijos (mujeres que están usando algún método y que no desean tener más hijos) (ibid). Se consideran con *necesidad insatisfecha* para limitar el número de hijos las mujeres que están embarazadas o amenorreicas y cuyo último embarazo no fue deseado y las mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorreicas y que manifiestan el deseo de no tener más hijos, pero que no utilizan ningún método anticonceptivo. Con relación al espaciamiento de los hijos, las mujeres que pertenecen a la categoría de la necesidad insatisfecha, son las mujeres actualmente embarazadas o amenorreicas cuyo último embarazo fue deseado pero lo deseaban más tarde, y las que no están embarazadas ni amenorreicas, no utilizan métodos anticonceptivos, y que manifiestan que sí desean más hijos, pero que prefieren esperar por lo menos dos años (ibid). Las mujeres que desean espaciar los nacimientos y/o limitar la familia son un indicador válido de demanda de servicios de planificación familiar.

La *demanda total* de servicios de planificación familiar es definida como la suma de la prevalencia anticonceptiva y la necesidad no satisfecha de planificación familiar (ibid). En general, tanto la necesidad insatisfecha, como el uso de métodos anticonceptivos se orientan principalmente hacia la limitación del número de hijos.

En Colombia, de acuerdo a los datos de la encuesta nacional de demografía y salud (1995) entre las mujeres de 15 a 19 años, un 36% utiliza métodos anticonceptivos para espaciar los nacimientos mientras que un 14.8% los usa para limitar el número de hijos. En Paraguay (Macro International, 1990), la demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar para espaciar es de un 14.5% y un 3% desea limitar los mismos. La demanda satisfecha de usuarias para espaciar el número de hijos es de 31.8% y para limitar es del 3.7%, siendo la demanda total de servicios de planificación familiar de un 53% para 1990. En Perú, la necesidad insatisfecha para espaciar los nacimientos es de un 14.5% y de un 7.3% para limitar. La necesidad satisfecha para espaciar es del 31.1% y para limitar es del 14.9%. La demanda total es del 78.7% en este grupo etáreo (Macro International, 1996b).

En Guatemala (Macro International, 1995b), la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar es de 24.7% para espaciar y de un 4.1% para limitar. La necesidad satisfecha para espaciar es de 9.9% y para limitar es de 2.2% en mujeres de 15 a 19 años (Paxman y cols., 1993). Siendo la demanda total de servicios de planificación familiar de un 41.3% para 1995 (ibid).

En Bolivia, la necesidad satisfecha correspondiente al uso actual de métodos anticonceptivos para espaciar los nacimientos en mujeres entre 15 y 19 años es del 20.2% mientras que para limitar es del 10.0% (Macro International, 1994b). La necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar para espaciar el número de hijos es de 15.7% y un 14.6% para limitar (ibid).

Si analizamos los cuadros 27 y 28, el uso de métodos anticonceptivos para espaciar el número de hijos disminuye con la edad, pero la necesidad insatisfecha para limitar el número de hijos aumenta con la misma.

Por otro lado, la necesidad no satisfecha en planificación familiar en mujeres entre los 15 y 19 años (cuadro 26), varía considerablemente de un país a otro. Asimismo, se constatan importantes diferencias entre el sector urbano y rural. Además, entre las mujeres actualmente casadas pertenecientes a los grupos de edad de 15 a 19 años y de 20 a 24 años respectivamente, se puede observar que la necesidad no satisfecha de planificación familiar es más baja para Brasil y más alta para Perú y El Salvador.

Cuadro 26

Porcentaje de la necesidad insatisfecha total de planificación familiar entre mujeres actualmente unidas

País	15 a 19 años	20 a 24 años
Bolivia	40.0	41.9
Brasil	20.4	16.5
Colombia	21.4	16.2
República Dominicana	30.1	30.8
El Salvador	41.7	30.8
Ecuador	32.6	37.6
Guatemala	29.0	29.1
Perú	42.2	30.9
Trinidad y Tobago	33.1	20.7

Fuente: Comparative Studies 5: *Unmet Need and the Demand for Family Planning*. Institute for Resource Development Inc. 1991.

Cuadro 27

Necesidad no satisfecha total para espaciar nacimientos
entre mujeres actualmente unidas

País	15 a 19 años	20 a 24 años
Bolivia	20.1	21.4
Brasil	13.7	10.6
Colombia	18.3	11.5
República Dominicana	25.0	21.6
El Salvador	28.4	19.4
Ecuador	22.7	23.9
Guatemala	23.7	22.8
Perú	25.8	18.0
Trinidad y Tobago	26.6	13.8

Fuente: Comparative Studies 5: *Unmet Need and the Demand for Family Planning*. 1991.

Cuadro 28

Necesidad no satisfecha total para limitar nacimientos
entre mujeres actualmente unidas

País	15 a 19 años	20 a 24 años
Bolivia	19.9	20.6
Brasil	6.7	5.9
Colombia	3.1	4.7
República Dominicana	5.1	9.2
El Salvador	13.3	3.7
Ecuador	9.9	11.3
Guatemala	5.4	6.4
Perú	16.4	12.9
Trinidad y Tobago	6.5	6.9

Fuente: Comparative Studies 5: *Unmet Need and the Demand for Family Planning*. 1991.

Cuadro 29

Demanda total de servicios de planificación familiar en mujeres actualmente unidas

País	15 a 19 años	20 a 24 años
Bolivia	60.4	71.7
Brasil	73.2	76.2
Colombia	55.5	83.1
República Dominicana	59.5	73.0
El Salvador	65.7	74.0
Ecuador	51.3	68.6
Guatemala	34.8	46.2
Perú	70.6	82.5
Trinidad y Tobago	81.8	83.7

Fuente: Comparative Studies 5: *Unmet Need and the Demand for Family Planning*. 1991.

La demanda total de servicios de planificación familiar en mujeres unidas es mayor en Trinidad y Tobago (81.8%) y menor en Guatemala (34.8%) para el grupo de 15 a 19 años. En el caso de las mujeres entre 20 y 24 años la demanda total es más alta en Colombia (83.1%) y en Trinidad y Tobago (83.7%), y más baja en Guatemala (46.2%) (cuadro 29).

Cuadro 30

Porcentaje de mujeres adolescentes casadas entre 15 y 19 años que no desean un hijo inmediatamente

País	Porcentaje de mujeres
Bolivia	91
Brasil	88
Colombia	83
República Dominicana	66
El Salvador	80
Ecuador	82
Guatemala	79
México	63
Paraguay	74
Perú	90
Trinidad y Tobago	87

Fuente: The Alan Guttmacher Institute. *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. Nueva York, 1998.

Cuadro 31

Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tienen relaciones sexuales, no desean embarazarse de inmediato y no emplean ningún método anticonceptivo

Países	Porcentaje de mujeres
Brasil	11
Guatemala	11
República Dominicana	11
Paraguay	10
El Salvador	9
Bolivia	8
Colombia	8
Ecuador	8
Trinidad y Tobago	8
Perú	7
México	4

Fuente: The Alan Guttmacher Institute. *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. Nueva York, 1998.

Cuadro 32

Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años casadas o unidas que actualmente usan algún método anticonceptivo

País	Todos los métodos	Métodos Modernos
Bolivia	16.0	2.5
Brasil	47.8	44.1
Colombia	28.9	21.2
Rep. Dominicana	24.6	20.0
Ecuador	15.5	11.6
Guatemala	5.4	2.5
México	29.7	24.4
Perú	22.7	10.2
Trinidad y Tobago	42.4	30.2

Fuente: Comparative Studies 6: 1986-1989, Macro International. 1991.

...conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

En general, el conocimiento de algún método de planificación familiar en las mujeres unidas entre 15 y 24 años de edad es muy elevado, con excepción de Bolivia y Guatemala, donde existe entre un cuarto y un tercio de mujeres que no conocen ningún método de anticoncepción. Ello está asociado a la ausencia de mecanismos de comunicación dirigidos a la población indígena y rural de ambos países (cuadro 33).

Confirmando la apreciación de que son precisamente las mujeres de países con poblaciones rurales significativas las más proclives a carecer de servicios de salud y de planificación familiar, se observa que las mujeres que menos utilizan métodos de anticoncepción son de Bolivia, Ecuador, Perú y Guatemala en contraposición a Brasil, Colombia y Trinidad y Tobago (cuadro 34).

Cuadro 33

Porcentaje de mujeres casadas o unidas de 15 a 24 años que conoce algún método de anticoncepción

País	Porcentaje de mujeres
Bolivia	76.5
Brasil	99.9
Colombia	99.6
República	99.4
Ecuador	90.2
Guatemala	66.1
México	91.4
Perú	88.3
Trinidad y Tobago	98.6

Fuente: Comparative Studies 6: 1986-1989, Macro International. 1991.

Cuadro 34

Porcentaje de mujeres casadas o en unión de 15 a 24 años de edad que alguna vez han usado un método anticonceptivo

País	Porcentaje de mujeres
Bolivia	39.1
Brasil	81.5
Colombia	73.5
Ecuador	49.3
Guatemala	21.6
México	60.2
Perú	58.9
República Dominicana	64.0
Trinidad y Tobago	78.9

Fuente: Comparative Studies 6: 1986-1989, Macro International. 1991.

Se observa una relación directa entre el conocimiento sobre métodos modernos de planificación familiar y el acceso a los servicios de anticoncepción, especialmente en Bolivia y Guatemala, donde las mujeres que tienen poco conocimiento sobre los métodos anticonceptivos también presentan una baja prevalencia de uso de métodos modernos: 65% y 50% respectivamente (cuadro 35). Por otro lado, en todos los países estudiados en el cuadro 36, el uso del condón es extremadamente bajo en este grupo etáreo, incluyendo aquellos países que presentan altas prevalencias de ETS y SIDA.

Cuadro 35

Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que tienen conocimiento acerca de las píldoras, inyectables, DIU y condón

País	Porcentaje de mujeres
Bolivia, 1994	65
Brasil, 1996	99
Colombia, 1995	97
Ecuador, 1987	77
El Salvador, 1985	73
Guatemala, 1987	50
México, 1987	87
Paraguay, 1990	83
Perú, 1991-1992	87
República Dominicana, 1991	97
Trinidad y Tobago, 1987	88

Fuente: Instituto Alan Guttmacher. *Into a New World*. 1998

Cuadro 36

Porcentaje de mujeres entre 15-19 años en unión que usan algún método anticonceptivo

País	Píldora, inyectables, DIU o implante	Condón	Otros métodos
Bolivia, 1994	8	2	21
Brasil, 1996	40	6	7
Colombia, 1995	30	4	17
Ecuador, 1987	11	0	4
El Salvador, 1985	18	2	2
Guatemala, 1987	2	1	3
México, 1987	23	1	6
Paraguay, 1990	25	1	10
Perú, 1991-1992	10	1	19
República Dominicana, 1991	13	0	5
Trinidad y Tobago, 1987	19	8	15

Fuente: Instituto Alan Guttmacher. *Into a New World*. 1998.

La brecha existente entre el conocimiento y el uso de anticonceptivos es muy significativa, y debe ser tomada en cuenta en el momento de diseñar y organizar servicios de salud reproductiva para los adolescentes. Aunque las mujeres y varones conozcan y deseen utilizar algún método anticonceptivo, se verán imposibilitados, ya sea por la falta de existencia de insumos y suministros o de los servicios integrales de planificación familiar que incluyen consejería adecuada. Por ejemplo, en Bolivia un 65% de las mujeres entre 15 y 19 años conoce los métodos anticonceptivos como la píldora y el DIU (dispositivo intrauterino), y tan sólo un 8% los usa.

Cuadro 37

Porcentaje de uso de anticonceptivos en mujeres unidas entre 15 y 19 años y de 20 a 24 años

Países	15 a 19 años	20 a 24 años
Antigua y Barbuda, 1981	12.2	38.1
Las Bahamas, 1988	40.7	63.4
Barbados, 1980-81	27.7	45.3
Belice, 1991	26.2	36.9
Bolivia		
1983	11.5	22.4
1989	16.0	22.6
1994	30.3	39.2
1998	30.7	42.8
Brasil		
1986	47.6	54.1
1996	54.1	66.0
Colombia		
1978	21.4	41.9
1980	24.7	44.2
1986	29.4	56.8
1990	36.9	54.6
1995	50.7	60.8
Costa Rica		
1976	N/a	63.6
1981	45.6	58.2
1986	51.0	60.0
1993	53.0	66.0
Dominica, 1981	32.6	42.1

Países	15 a 19 años	20 a 24 años
República Dominicana		
1986	25.2	37.8
1991	17.4	42.5
1996	34.9	47.6
Ecuador		
1979	14.0	37.0
1982	20.1	42.2
1987	15.3	34.3
1989	25.0	39.1
1994	27.1	49.3
El Salvador		
1975	10.9	15.0
1978	8.3	33.3
1985	21.7	35.3
1988	17.1	36.6
1993	22.5	40.0
2000	33.4	48.4
Grenada, 1985	17.2	34.9
Guatemala		
1978	4.8	12.7
1983	9.3	15.8
1987	5.4	15.5
1995	12.1	22.6
Guyana, 1975	17.5	24.5
Haití		
1977	15.3	15.3
1987	1.6	5.0
1989	5.1	5.1
1994	10.7	15.5
Honduras		
1981	8.4	22.7
1984	13.1	30.3

Países	15 a 19 años	20 a 24 años
Jamaica		
1975-76	30.6	39.2
1989	47.9	52.5
1993	58.8	61.1
México		
1976	14.0	27.0
1978	5.2	27.7
1979	19.0	37.0
1982	24.2	50.0
1987	30.2	46.9
Montserrat, 1984	49.8	47.0
Nicaragua, 1992-1993	23.2	41.6
Panamá, 1984	22.6	42.8
Paraguay		
1979	26.9	49.9
1987	31.1	45.6
1987	35.4	41.5
Perú		
1977-78	23.7	38.4
1981	34.0	51.0
1986	22.9	39.4
1991-92	29.1	49.1
1996	46.0	59.4
Saint Kitts y Nevis, 1984	30.4	41.0
Santa Lucía, 1981	26.5	37.1
San Vicente y las Granadinas		
1981	21.4	36.1
Trinidad y Tobago		
1977	42.9	52.1
1987	42.4	55.3
Venezuela		
1977	54.4	54

Fuente: *World Population Profile. Tabla A-12.* U.S. Agency for International Development, 1998, y las últimas encuestas de demografía y salud y de salud reproductiva: Colombia (1995), Perú (1996), Guatemala (1995), Jamaica (1997), El Salvador (2000), Honduras (1996), Paraguay (1998), Nicaragua (1998).

□ Conocimiento de la obtención de anticonceptivos

Son evidentes las diferencias existentes entre los distintos países de la región, en el nivel del conocimiento sobre los métodos anticonceptivos modernos. Se sabe que el conocimiento acerca de estos métodos permite, en cierta manera, valorar el nivel de acceso que tiene la población a servicios de planificación familiar. La información que tienen las mujeres entre 15 y 19 años en cuanto a dónde obtener un método moderno de planificación familiar varía en la Región (cuadro 38).

Cuadro 38

Porcentaje de mujeres de 15-19 años que tienen conocimiento acerca de dónde obtener un método anticonceptivo

País	Total	Urbano	Rural
Bolivia, 1994	32	42	14
Colombia, 1995	81	85	69
República Dominicana, 1991	91	93	87
Ecuador, 1987	73	81	61
El Salvador, 1985	67	74	57
Guatemala, 1987	50	71	37
Paraguay, 1990	73	80	65
Perú, 1991-1992	79	86	51
Trinidad y Tobago, 1987	90	90	90

Fuente: The Alan Guttmacher Institute. *Into a New World*. 1998.

Existen algunos países donde las adolescentes no saben dónde informarse sobre la obtención de servicios de planificación familiar, sobre todo en las poblaciones rurales, donde la tasa de fecundidad es más elevada. Estas variaciones tan significativas en cuanto al conocimiento revelan las inseguridades y las diferencias cualitativas en las políticas públicas y las prioridades acerca de esta temática en la Región.

□ Conocimiento sobre el periodo fértil

Incrementar el conocimiento sobre el periodo fértil en el ciclo menstrual es una necesidad imperiosa en Latinoamérica, dado el uso significativo de los métodos del ritmo y el retiro. Para evaluar el nivel de este conocimiento, las encuestas demográficas y de salud preguntaron a las mujeres que estaban usando el ritmo en qué momento del ciclo menstrual ellas creían tener mayor riesgo de quedar embarazadas. Los resultados nos indican que una gran parte de las usuarias del método del ritmo, lo estaba haciendo de forma incorrecta, ya que desconocen el periodo fértil en el ciclo ovulatorio. Al respecto vale enfatizar que a pesar del importante grado de conocimiento que tienen las mujeres jóvenes sobre métodos anticonceptivos, el conocimiento sobre el periodo fértil es menos que satisfactorio (cuadro 39). Este desconocimiento es mucho más significativo para países como Guatemala, República Dominicana, Ecuador y Bolivia, en los que el uso de métodos modernos es también bajo.

El desconocimiento del ciclo menstrual en los países de alta prevalencia de uso de métodos modernos es comprensible por la poca utilidad práctica que se le puede dar a ese conocimiento. Sin embargo, esto revela dramáticamente una creciente pérdida de interés en la temática de la sexualidad, que puede ser peligroso en otros sentidos.

Cuadro 39

Porcentaje de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad que conocen sus días fértiles en el ciclo menstrual

País	Porcentaje
Bolivia	24*
Brasil	21*
Colombia	38
República Dominicana	14
Ecuador	18
Guatemala	7
Paraguay	21
Perú	29
Trinidad y Tobago	13

Fuente: The Alan Guttmacher Institute. *Into a New World: Young Women's Reproductive Lives*. 1998.

*Estos datos provienen de la primera o segunda encuesta demográfica y de salud; no existe información disponible de la más reciente.

□ Acceso a los medios de comunicación

El conocimiento sobre el acceso de los y las adolescentes a los medios de comunicación es de vital importancia, especialmente para los diseñadores de políticas públicas, así como para los planificadores de servicios de salud, debido a que gran parte de las acciones destinadas a mejorar la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes tiene que ver con cambios en el conocimiento y actitudes de ellos mismos sobre su cuerpo y su sexualidad, así como sobre su capacidad reproductiva y los cuidados necesarios. Los medios de comunicación constituyen el vehículo más importante para la transmisión de mensajes educativos y de promoción de los servicios. Es reconocido el éxito de programas educativos en series de televisión y radionovelas.

Según las encuestas demográficas y de salud realizadas en América Latina y el Caribe, el acceso que tienen los y las adolescentes a los medios de comunicación, como la radio y la televisión, es el siguiente:

- La proporción de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años que tienen acceso a la radio es variable. El rango se encuentra entre el 93% en el Perú y Ecuador; el 85% en Paraguay; el 83% en El Salvador; el 81% en Brasil; el 79% en Bolivia; el 76% en Trinidad y Tobago; el 64% en Guatemala; y el 62% en República Dominicana y Colombia, 62% (Alan Guttmacher Institute, 1998).
- El acceso a la televisión también es variable. En Guatemala, un 31% de las adolescentes entre 15 y 19 años ve la televisión por lo menos una vez por semana, y hasta 91% en el caso de Brasil. En Bolivia, es el 66%; Colombia, 83%; Ecuador, 73%; El Salvador, 48%; Guatemala, 31%; Paraguay, 81%; Perú, 80%; Trinidad y Tobago, 76%; y República Dominicana, 59% (ibid).
- Es importante destacar la existencia de una gran variedad de otros medios masivos de comunicación interpersonal y grupal que son susceptibles de ser empleados con mucha eficacia para incrementar el nivel de conocimientos y mejorar las actitudes de los jóvenes, sobre todo en aquellos aspectos vinculados al entretenimiento, como el teatro, la música, el baile etc. Estos medios alternativos son los que más fácilmente pueden adecuarse a las características multiétnicas y plurilingües de la mayor parte de nuestros países, llevando la noción de la necesidad de encuentros culturales a favor de mejores condiciones de vida. En Bolivia se viene experimentando con éxito el recorrido de la “Carpa Lila” por municipios rurales con un equipo multimedia de juegos, títeres, vídeos, teatro, música y danza, así como de murales y debates sobre los temas principales de la salud sexual y reproductiva (Johns Hopkins University, 1998).

□ Mortalidad materna

El riesgo de las jóvenes de enfermar o morir por causas o intervenciones relacionadas con las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, aumenta en casi 4 veces comparado con el de mujeres mayores de 20 años. Este aumento está asociado a que su organismo aún no está preparado para cumplir con las "exigencias del parto." (Royston y cols., 1991) Es de conocimiento general que las jóvenes menores de 18 años están más expuestas a experimentar partos prematuros, abortos espontáneos y/o mortinatos que las mujeres adultas. También es importante recalcar que los niños nacidos de madres adolescentes enfrentan riesgos importantes en su salud, como es el bajo peso al nacer, y una mayor mortalidad infantil.

En América Latina, la principal causa de muerte para el grupo de edad entre los 15 y 19 años continúa siendo la obstétrica directa, así como las complicaciones derivadas del embarazo, parto y puerperio, y las complicaciones del aborto, especialmente el aborto inducido y en condiciones inseguras. El Instituto Alan Guttmacher (1998) afirma que un tercio de las jóvenes que buscan atención médica debida a complicaciones del aborto tienen menos de 20 años. Durante el embarazo, este grupo de edad tiene mayor posibilidad de morir por causas de hemorragia, hipertensión e infecciones. En Bolivia, ocurren 34 muertes por 100.000 nacidos vivos en el grupo de 15 a 19 años (Macro International, 1994b).

En El Salvador, la mortalidad materna en los diez años previos a la *Encuesta FESAL* de 1993, reportó que la razón de mortalidad materna (por 100.000 nacimientos) es de 216 en el grupo de edad entre 15 y 19 años y de 83 en el grupo de entre 20 y 24 años, siendo el porcentaje de muertes maternas del 25.0% para el primer grupo y de 23.1% para el segundo (Asociación Demográfica Salvadoreña, 1994). De acuerdo al Censo de Defunciones, DIGESTYC, de 1993, la mortalidad materna en el grupo de edad entre 10 y 19 años ocupa el noveno lugar, habiéndose registrado 7 muertes por causa obstétrica. Esta cifra corresponde al 1% del total de defunciones en adolescentes de ambos sexos (DIGESTYC, 1993).

En Ecuador, la encuesta demográfica y de salud materna e infantil (CDC/CEPAL/FNUAP/USAID, 1994) estudió la mortalidad materna para el período 1981-1994, utilizando el método de supervivencia de las hermanas, siendo la razón de mortalidad materna para las mujeres por 100.000 nacimientos y entre 15 y 24 años de 220 para el grupo de edad por 100.000 nacimientos. Es importante destacar que de todas las muertes maternas reportadas, 53% de salud, 36% en domicilio, 7% en otro lugar y 4% en el trayecto en busca de atención médica de emergencia. Esta información sugiere la persistencia de serios obstáculos en los sistemas de referencia y de atención obstétrica de urgencia.

Las adolescentes son las que menos buscan atención médica en casos de complicaciones de aborto

En el caso de Venezuela, según la información del Ministerio de Salud y Asistencia Social, dos tercios de las muertes maternas ocurren en el grupo de 25 a 44 años, correspondiendo un tercio de ellas al grupo de edad entre 15 y 24 años. Según el informe, las menores de 20 años contribuyen con el 10% al total de las muertes maternas. Vale la pena destacar que la mortalidad materna es la tercera causa de mortalidad en adolescentes, luego de los accidentes y suicidios en este país. Las complicaciones del aborto son causa de aproximadamente 12% a 29% de las muertes maternas. Debe tomarse en cuenta que el aborto es una condición ilegal en Venezuela, por lo tanto la verdadera magnitud del problema no es conocida (Merz y cols., 1998).

Las adolescentes son las que menos buscan atención médica frente a las complicaciones del aborto, debido a que se multiplican sobre ellas las sanciones morales de la sociedad. Por otro lado, un importante número de servicios de salud no cuenta actualmente con modelos de atención diferenciados para atender sus necesidades.

❑ Aborto en adolescentes

El aborto inducido y en condiciones inseguras en América Latina ocupa el cuarto lugar entre las formas de regular la fecundidad (Paxman y cols., 1993), siendo reconocido como un serio problema social y de salud pública por el elevado costo humano y social que representa.

Esta Región es una de las más afectadas por este problema, básicamente por el hecho de que el aborto es ilegal en la mayoría de sus países, lo que hace que las mujeres se sometan a esta práctica en condiciones insalubres, poniendo en riesgo sus vidas. En algunos de los países puede realizarse el procedimiento en condiciones legales, pero restringido a ciertas condiciones como por ejemplo el preservar la vida de la madre o en casos de estupro, incesto o malformaciones fetales; en otros, no puede realizarse bajo ninguna circunstancia (ibid).

***Hay
aproximadamente
un millón de
abortos anuales
entre mujeres
menores de 20 años
en la Región***

Debido a una serie de restricciones legales y religiosas en América Latina y el Caribe, es difícil medir la prevalencia del aborto inducido, especialmente en la población de mujeres adolescentes. Se ha estimado, a través de estudios en clínicas y hospitales, que miles de mujeres abortan anualmente de forma ilegal. Estudios han reportado que se practican en la Región entre 2.7 a 7.4 millones de abortos; es decir, el aborto inducido representa entre el 10% al 27% del total de abortos (ibid). Se estima que ocurren aproximadamente un millón de abortos anuales entre las mujeres menores de 20 años en la Región (ibid).

En Brasil, Perú y Colombia, diversas investigaciones mostraron que 10% de las admisiones hospitalarias por aborto son menores de 20 años (Alan Guttmacher Institute, 1990) y entre el total de mujeres que experimentan infecciones severas, un tercio corresponde a adolescentes. En el caso de México, se estima una tasa de aborto de mujeres entre 15 y 19 años de 13 por 1.000 mujeres y en República Dominicana de 36 por 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad (Singh y cols., 1998) (cuadro 40). La Encuesta de Demografía y Salud Reproductiva de Paraguay reveló que un 6.9% de los embarazos en mujeres menores de 20 años termina en aborto (Centro Paraguayo de Estudios de Población/USAID/CDC, 1995-1996).

La información publicada indica que las complicaciones derivadas del aborto inducido han sido consideradas la principal causa de muerte en mujeres de entre 15 y 39 años de edad (Paxman y cols., 1993). En Chile y Argentina, más de un tercio de las muertes maternas de adolescentes son el resultado directo del aborto inseguro (CDC, 1992).

Cuadro 40

Estimaciones indirectas del número de abortos, tasa de embarazo y aborto y razón de aborto, entre mujeres de 15 a 19 años de edad, en cinco países de América Latina, 1995

País	Porcentaje de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años de edad	Porcentaje de hospitalizaciones por aborto en Mujeres entre 15 y 19 años de edad	Número de abortos	Tasa de aborto	Tasa de embarazo	Razón de aborto
Brasil	16.3	16.8	255,069	32	106	30
Colombia	20.5	14.6	46,754	26	115	23
República Dominicana	18.2	21.0	14,075	36	124	29
México	18.1	10.9	61,522	13	99	13
Perú	12.9	10.4	30,047	23	84	28

Fuente: Singh, S. *Childbearing in Developing Countries: Studies in Family Planning*. 1998.

La experiencia en otras regiones del mundo evidencia que con una atención oportuna de las complicaciones del aborto y la provisión de servicios y anticoncepción de calidad, incluyendo la consejería y anticoncepción post-aborto, la mortalidad y morbilidad por las complicaciones del aborto inducido pueden disminuir significativamente.

...violencia sexual

La realidad en América Latina y el Caribe en relación con la violencia sexual es dramática. Tanto las adolescentes como las niñas están y han estado expuestas a diversas formas de violencia sexual. UNICEF informa que en la Región se denuncia solamente un caso de cada tres de abuso sexual, y que un 80% de los casos denunciados corresponden a niñas.

En Santiago de Chile, casi un 3% de las adolescentes que tienen relaciones sexuales antes de la edad de 18 años indican que su primera experiencia sexual fue una violación (Revista *Salud y Mujer*, 1998). Un estudio de jóvenes de la calle en Guatemala indicó que la mayoría de ellos habían sido abusados sexualmente y que ésta fue una de las razones que provocaron el abandono de sus hogares. En Perú una investigación determina que el 90% de las madres entre 12 y 16 años que habían dado a luz en un hospital, había sido víctima de violación, a menudo por un familiar. En Costa Rica se realizó un estudio en un hospital urbano, mostrando que la mayoría de las embarazadas adolescentes entre 15 y 19 años había sido víctima de incesto (ibid).

En la encuesta de salud de los adolescentes realizada en Jamaica en 1998, un 26% de las mujeres adolescentes reportaron haber sufrido algún tipo de violencia sexual en su primera relación sexual (Ministerio de Salud de Jamaica, 1998).

□ Bibliografía

Alan Guttmacher Institute (1998). Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives, Nueva York.

Alan Guttmacher Institute (1996a). Risks and Realities of Early Childbearing Worldwide: Issues in Brief, Nueva York.

Alan Guttmacher Institute (1996b). The Role of Contraception in Reducing Abortion, Nueva York.

Alan Guttmacher Institute (1990). Adolescents Today, Tomorrow's Parents: A Portrait of the Americas, Nueva York.

Althaus, F. (1992). "Contraceptive Prevalence in Haiti Remains Low; Use of Modern Methods Rises." *International Family Planning Perspectives*, 18(1): 34-6.

Anonymous. (1995). "Peruvian Students' Knowledge of Attitudes toward Contraception Improved by Sex Education Programs." *International Family Planning Perspectives*, 21(2): 84-5, junio.

Asociación Demográfica Salvadoreña (1994). Encuesta Nacional de Salud Familiar. FESAL-93, abril.

Cáceres, C.F.; Rosasco, A.M.; Mandel, J.S.; y Hearst, N. (1994). "Evaluating a School-Based Intervention for STD/AIDS Prevention in Peru." *Journal of Adolescent Health*, 15(7): 582-91, noviembre.

CDC (1996). Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud de la Familia, Honduras.

CDC, Division of Reproductive Health (1992). Adolescent Sexual Activity and Childbearing in Latin America and the Caribbean: Risks and Consequences.

CDC/CEPAL/FNUAP/USAID (1994). Encuesta Demográfica y de Salud Materno-Infantil, Ecuador.

CDC, Universidad de Puerto Rico (1997). "Reproductive Health Survey 1995-1996-Preliminary Report", abril.

Centro Paraguayo de Estudios de Población/USAID/CDC (1995-1996). Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva, 1995-1996.

CEPEP/USAID/CDC (1999). Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil, República del Paraguay, 1998. Informe final, noviembre.

Consejo Nacional de Población (1998). La situación demográfica de México.

DYGESTYC (1993). *Cuadro total de defunciones de jóvenes entre 10 y 19 años por sexo y causa.* Censo de Defunciones, El Salvador.

Edwards, S. (1992). "High Levels of Premarital Sex and Low Method Use Increase Unintended Pregnancy among Chile's Young". *International Family Planning Perspectives*, 18(4):153-4.

Eng, T. y Butler, W., eds. (1997). The Hidden Epidemic: Confronting Sexually Transmitted Diseases. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington D.C.

Family Care International (1995). Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Marco de acción.

FESAL (1998). Encuesta Nacional de Salud Familiar, República de El Salvador. Informe final, abril.

Germain, A. y cols., eds. (1992) Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health. Plenum Press, Nueva York.

Herold, J.M.; Valenzuela, M.S.; Morris, L. (1992). "Premarital Sexual Activity and Contraceptive Use in Santiago, Chile." *Studies in Family Planning*, 23(2): 128-135.

Hirsch, J. (1990). *Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases (STDs) among Adolescents in Latin America.* *International Clearinghouse on Adolescent Fertility*, Center for Population Options, Washington, D.C.

INEGI (1995). Censo de Población y Vivienda, México.

Johns Hopkins University (1998). Proyecto "Carpa Lila", Bolivia, 1997-1998.

Langer, A.; y Tolbert, K., eds. (1996). Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México. The Population Council.

Macro International e Instituto Nacional de Estadística (1998a). Encuesta Nacional de Demografía y Salud: Bolivia, 1998.

Macro International e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (1998b). Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 1998.

Macro International e Instituto Nacional de Estadística (1998-1999). Encuestas Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999, Bolivia

Macro International (1997). DHS Comparative Studies 25: Maternal Health Care.

Macro International (1996a). Demographic and Health Surveys 1990-1996, Calverton, MD.

Macro International e Instituto Nacional de Estadística e Informática (1996b). Encuestas Demográficas y de Salud: Perú, 1996

Macro International (1996c). Encuestas Demográficas y de Salud: República Dominicana, 1996

Macro International y Profamilia (1995a). Encuestas de Demografía y Salud: Colombia, 1995

Macro International e Instituto Nacional de Estadística (1995b). Encuestas de Demografía y Salud: Guatemala 1995

Macro International (1994a). DHS Comparative Studies 10: Marriage and Entry into Parenthood.

Macro International e Instituto Nacional de Estadística (1994b). Encuestas de Demografía y Salud: Bolivia, 1994.

Macro International (1991a). DHS Comparative Studies 5: Unmet Need and the Demand for Family Planning. Institute for Resource Development.

Macro International (1991b). DHS Comparative Studies 6: Knowledge and Use of Contraception.

Macro International y Centro Paraguayo de Estudios de Población (1990). Encuestas de Demografía y Salud: Paraguay, 1990.

Maddaleno, M. y cols. (1995). La salud del adolescente y del joven. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.

Maddaleno, M. y Morello, P. (2000). "Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: Desafíos para la próxima década". En la revista *Salud Pública de México*. En imprenta.

Maddaleno M. y Silber, T. (1993). "An Epidemiological View of Adolescent Health in Latin America." *Journal of Adolescent Health*, 14:594-604.

McDevitt, T.M. (1996). Trends in Adolescent Fertility and Contraceptive Use in the Developing World. Department of Commerce Economics and Statistics Administration. Bureau of Census. U.S. Government Printing Office, Washington, D.C.

Méndez Ribas, J.M. y cols. (s/f). Organización Mundial de la Salud, Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Merz, G. y cols. (1998). Perfil de fecundidad en la edad de la adolescencia en Venezuela. Organización Panamericana de la Salud, Caracas.

Ministerio de la Familia (1995). Encuesta Nacional de Juventud (ENJUVE). Dirección General Sectorial de Participación Social y Juventud. Caracas, Venezuela.

Ministerio de Salud de Jamaica (1998). Caribbean Adolescent Health Survey. Mimeo.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1997). *Informe de 26 maternidades públicas*. Unidad de Registros Hospitalarios de Partos y Salas de Operaciones. Departamento de Salud Pública, El Salvador.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1996). Unidad de Epidemiología (mimeo).

Morris, L. (1995). *Sexual Experience and Contraceptive Use among Young Adults in Central America*. Presentado en el Simposio sobre la Población en Centroamérica, San José, Costa Rica.

Morris, L. (1992). *Encuesta Nacional de Jóvenes en Salud Reproductiva*.

Morris, L. (1988). "Young Adults in Latin America and the Caribbean: Their Sexual Experience and Contraceptive Use." *International Family Planning Perspectives*, 14(4): 153-58.

National Family Planning Board (1999). Reproductive Health Survey, Jamaica, 1997. Informe final, febrero.

National Family Planning Board (1994). Contraceptive Prevalence Survey, Jamaica, 1993.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994). Paquete Madre/Bebé: Implementando la maternidad segura en los países.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000). A Portrait of Adolescent Health in the Caribbean. OPS/OMS, Universidad de Minnesota.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998). Health Conditions of Adolescents and Youth in the Americas. Division of Health Promotion and Protection, Family Health and Population Program, Adolescent Health Unit.

Palma, I. y Quilodrán, C. (1995). "Adolescent Pregnancy in Chile Today: From Marriage to Abortion". *Reproductive Health Matters*, no. 5, mayo.

Paxman, J.M.; Rizo, A.; Brown, L.; y Benson, J. (1993). "The Clandestine Epidemic: The Practice of Unsafe Abortion in Latin America". *Studies in Family Planning*, 24(4): 205-218.

Pick de Weiss, S.; Atkin, L.C.; Gribble, J.N.; y Andrade-Palos, P. (1991). "Sex, Contraception, and Pregnancy among Adolescents in Mexico City". *Studies in Family Planning*, 22(2): 74-81.

Remez, L. (1989). "Adolescent Fertility in Latin America and the Caribbean: Examining the Problem and the Solutions". *International Family Planning Perspectives*, 15(4): 144-8.

Revista *Salud y Mujer* (1998). Chile. No. de febrero.

Royston, E.; y Armstrong, S., eds. (1991). *Prevención de la mortalidad materna*. Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra.

Secretaría de Salud de México (1998). *Reporte de vigilancia epidemiológica del SIDA*.

Singh, S. y cols. (1998). "Adolescent Childbearing in Developing Countries: A Global Review". *Studies in Family Planning*, vol. 29, no. 2: 117-136.

Singh, S. y Samara, R. (1996). "Early Marriage Among Women in Developing Countries". *International Family Planning Perspectives* 22(4) 148-57.

Solorzano, E. y cols. (1992). "Sexually Transmitted Diseases in Guatemala City Street Children." *Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala*, 2 suppl: 48-51, octubre-diciembre.

Stewart, L.; Sebastiani, A.; Delgado, G.; y Lopez, G. (1996). "Consequences of Sexual Abuse of Adolescents." *Reproductive Health Matters*, (7): 129-34, mayo.

UNICEF (1997). Adolescent Childbearing in Latin America and the Caribbean, Nueva York.

UNICEF (1998). El Progreso de las Naciones, Nueva York.

Universidad Peruana Cayetano Heredia/Centro de Salud Pública. (1997). Adolescencia e iniciación sexual. Junio.

Uribe-Zuniga, P. (1992). "¿Existen realmente casos de SIDA en adolescentes?" *Boletín Medico Hospital Infantil Mexicano*, vol. 49, No. 9, septiembre.

USAID (1998). *Estrategia Nacional de Salud Reproductiva*. Vice Ministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia. Dirección de Asuntos Generacionales y Familia. Universidad de Johns Hopkins, Focus, Pathfinder, Ser Adolescente.

U.S. Agency for International Development (USAID) (1998). World Population Profile: 1998. With a Special Chapter Focusing on HIV/AIDS in the Developing World.

Warren, C.W.; Powell, D.; Morris, L.; Jackson, J.; y Hamilton, P. (1988). "Fertility and Family Planning among Young Adults in Jamaica." *International Family Planning Perspectives*, 14 (4): 137-41, diciembre.

Wulf, D. (1986). "Teenage Pregnancy and Childbearing in Latin America and the Caribbean: A Landmark Conference." *International Family Planning Perspectives*, 12(1): 17-22.

Wulf, D. y Singh, S. (1991). "Sexual Activity, Union and Childbearing among Adolescent Women in the Americas." *International Family Planning Perspectives*, 17:137-144.

WHO/UNFPA/UNICEF (1989). The Reproductive Health of Adolescents. A Strategy for Action.

Zelaya, E.; Marin, F.M.; García, J.; y cols. (1997). "Gender and Social Differences in Adolescent Sexuality and Reproduction in Nicaragua." *Journal of Adolescent Health*, 21(1): 39-46.