Banco Interamericano de Desarrollo

Embarazo a edad temprana y en adolescentes

¿Por qué y cómo debemos prevenirlo en América Latina y el Caribe?

Xiomara Alemán
Sebastián Insfrán
Adriana Castillo

División de Protección Social y Salud

NOTA TÉCNICA Nº
IDB-TN-1441

Mayo 2018

Embarazo a edad temprana y en adolescentes

¿Por qué y cómo debemos prevenirlo en América Latina y el Caribe?

Xiomara Alemán
Sebastián Insfrán
Adriana Castillo

Mayo 2018

BID
Banco Interamericano de Desarrollo

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo
Alemán, Xiomara.
Embarazo a edad temprana y en adolescentes: ¿por qué y cómo debemos prevenirlo en América Latina y el Caribe? / Xiomara Alemán, Sebastián Insfrán, Adriana Castillo.
p. cm. — (Nota técnica del BID ; 1441)
Incluye referencias bibliográficas.
1. Teenage pregnancy-Latin America-Prevention. 2. Teenage pregnancy-Caribbean Area-Prevention. 3. Sexual health-Government policy-Latin America. 4. Sexual health-Government policy-Caribbean Area. 5. Reproductive health-Government policy-Latin America. 6. Reproductive health-Government policy-Caribbean Area. I. Insfrán, Sebastián. II. Castillo, Adriana. III. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. IV. Título. V. Serie.
IDB-TN-1441

http://www.iadb.org

Copyright © 2018 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.

scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/es/ProteccionSocial

Embarazo a edad temprana y en adolescentes: ¿Por qué y cómo debemos prevenirlo en América Latina y el Caribe?

Xiomara Alemán, Sebastián Insfrán, Adriana Castillo[a]

Resumen: Este documento tiene como objetivo investigar las dinámicas del embarazo a edad temprana y en adolescentes en América Latina y el Caribe, poniendo énfasis en su prevención. Consiste en un compendio que define y caracteriza dicha problemática, y que además afirma el por qué en la actualidad pensar en intervenciones apropiadas para su prevención representa una estrategia de política social fundamental para la región. Para ello, se propone un análisis sobre las líneas estratégicas adoptadas en la implementación de intervenciones de prevención, así como un repaso dela evidencia rigurosa (evaluaciones de impacto) en términos de resultados en América Latina y el Caribe. El análisis confirma la necesidad de que, dada la compleja realidad que representa el embarazo a edad temprana y en adolescentes, la prevención sea abordada con una mirada integral: es decir que para prevenirlo debemos ofrecer soluciones caracterizadas como multicomponentes, multisectoriales y multiniveles. El documento propone recomendaciones generales para que las intervenciones de prevención puedan ser instrumentadas por los diferentes hacedores de políticas que tienen a cargo solucionar esta problemática dentro de la región.

Clasificación JEL: I12, I18, I21, I28, J13, J16, J24, K38

Palabras claves: embarazo en adolescentes, embarazo a edad temprana, prevención, América Latina y el Caribe, salud sexual y reproductiva, derechos humanos, enfoque ecológico

---

[a] División de Protección Social y Salud, Banco Interamericano de Desarrollo. Correos electrónicos de los autores: xiomaraa@iadb.org; sebastiani@iadb.org; adrianacas@iadb.org. Queremos agradecer a Ferdinando Regalia, jefe de la División de Protección Social y Salud, quien ha apoyado desde un inicio la realización de este documento y ha brindado provechosos comentarios para su edición final. Asimismo, agradecemos a Patricia Jara, una de las expertas sobre la temática del embarazo en adolescente en nuestra división por su constante guía y sus apropiadas sugerencias que permitieron fortalecer el contenido analítico de este documento. Por último, agradecemos a la Dra. Brumelia Martinez por sus orientaciones técnicas en materia de prevención del embarazo a edad temprana y en adolescentes. Las opiniones expresadas en esta publicación son exclusivas de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa. Del mismo modo, cualquier error potencial que pueda observarse en el documento es responsabilidad exclusiva de los autores.

I.- Introducción: Definiciones importantes para la comprensión de este compendio

El embarazo en adolescentes constituye una problemática social asociada a la etapa de transición de niño a adulto conocida como la adolescencia, término que deriva del verbo latino *adolescere (*'crecer*')* y que se identifica con cambios importantes en las esferas biológicas, psicológicas y sociales del ser humano. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la adolescencia es la etapa que transcurre durante el segundo decenio de la vida de los seres humanos, entre los 10 y los 19 años.[b]
En términos bilógicos, la adolescencia se inicia con la pubertad, la cual se caracteriza por la aparición de una serie de cambios psicofísicos. [c] Estos cambios son asimilados de manera diferente por las y los adolescentes, ya que conllevan procesos emocionales, psicológicos y comportamentales como parte del inicio de la vida sexual activa que, sumados a una interacción con el entorno sociocultural, pueden exponerlos a diferentes **factores de riesgos**. Una de las posibles consecuencias de los riesgos relacionados con las decisiones sobre sexualidad es que las adolescentes queden embarazadas a estas edades. Los embarazos a esta temprana edad tienen mayor riesgo de presentar problemas sanitarios (tanto para la madre como para el recién nacido), así como dificultades socioeconómicas que limitan el desarrollo integral y autónomo del adolescente.

En un informe preparado para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU), Loaiza y Liang (2013) definen a todo embarazo que ocurre en niñas que no alcanzan los 18 años como "embarazo adolescente-infantil", pero **aquellos embarazos que ocurren entre los 10 y 19 años son referenciados de manera general como "embarazos en la adolescencia**". Del mismo modo, se adopta esta última delimitación en el actual documento para definir embarazo adolescente. Asimismo, como en otros estudios relacionados con este tema, se distingue entre aquellos embarazos que ocurren en la parte inferior de dicho rango de edad y los que ocurren dentro de la parte superior, dado que por lo general existen diferencias sustanciales en el desarrollo reproductivo y sexual entre las niñas embarazadas de edades más cercanas al límite inferior del rango (10 años) y aquellas niñas embarazadas de edades cercanas al límite superior (19 años). **Se denomina "embarazo a edad temprana" a aquellos que ocurren en niñas de 10 a**

---

[b] Es importante aclarar que la OMS también explica que una definición por edad no cuenta toda la historia, dado que las transiciones sociales que se experimentan en esta etapa pueden variar de acuerdo con el contexto sociocultural. Por lo tanto, este organismo sugiere que la definición de adolescencia se explique principalmente a partir de los cambios físico-biológicos, el desarrollo neuronal-hormonal y los cambios psicosociales que caracterizan esta etapa (OMS, 2014b).

[c] La pubertad constituye esa etapa del ciclo de vida donde se produce una serie de cambios que de manera general se experimentan hasta los 15 años. Representa el período donde se inician las transformaciones orgánicas y psíquicas que marcarán el paso de la niñez a la adolescencia. Estos cambios conducen a la madurez sexual y a la fertilidad. Se relaciona con un notable incremento de las hormonas; se produce la aparición de vello púbico pigmentado y corporal; agrandamiento de los testículos y del pene en los adolescentes y de los senos en las adolescentes; rápido crecimiento físico (estatura, peso, composición corporal, fuerza y rendimiento motor); primera menstruación (menarquia); producción de óvulos para las adolescentes y primera eyaculación, producción de espermatozoides para los adolescentes; cambio en el tono de la voz, entre otros.

14 años.[d] Este tipo de embarazos requiere especial atención debido a su mayor riesgo y, por lo tanto, requieren de políticas diferenciales.[e]

Para contrarrestar esta problemática social las políticas públicas han definido, por lo general, dos líneas estratégicas: la prevención y la atención. **Por prevención se entiende todas aquellas intervenciones diseñadas con miras a evitar que se produzcan embarazos a estas edades, actuando sobre los factores de riesgo que los propician.** Por el contrario, atención refiere a toda la gama de intervenciones (en su mayoría, clínico-médicas) que buscan mejorar el bienestar de aquellas adolescentes que ya se encuentran embarazadas, así como de aquellos adolescentes que han embarazado a sus parejas sexuales, tanto durante el embarazo y el parto, como en las etapas posteriores (ya sea por maternidad/paternidad o por pérdida del niño). La distinción entre prevención y atención puede ser difusa y, de hecho, por lo general las intervenciones que las caracterizan se superponen.

El análisis presentado en este documento tiene como objetivo investigar las dinámicas del embarazo a edad temprana y en adolescente en América Latina y el Caribe haciendo hincapié en las **intervenciones de prevención**, reconociendo que la complejidad del fenómeno puede dificultar una clasificación absoluta por tipo de intervención, ya que estas pueden producirse en diferentes ámbitos de actuación política que incluyen intervenciones de protección social,[f] salud, educación, entre otras. Asimismo, a lo largo del documento se utiliza el término **intervención** para referir a **toda acción destinada a la prevención del embarazo en la adolescencia**, ya sean estas políticas, programas o

---

[d] Las diferencias de los embarazos a edad temprana con aquellos que ocurren en niñas de mayor edad no solo se limitan a una dimensión estrictamente biológica. En una gran mayoría de países se considera como un delito penal el acto sexual con niñas menores de 15 años, por lo que el embarazo en menores de esta edad conlleva una diferente connotación también desde un punto de vista legal.

[e] Por lo general, los esfuerzos y recursos para prevenir el embarazo en adolescente se suelen enfocar en niñas de 15 a 19 años, en parte porque los gobiernos nacionales usualmente tienen problemas en la calidad de los datos que refieren a los registros de embarazos en niñas de 14 años o menos. Más aún, este grupo de niñas más jóvenes suele quedar fuera del alcance de las instituciones nacionales de salud, educación y desarrollo porque, en ocasiones, se encuentran en matrimonios o uniones forzadas y no pueden asistir a la escuela ni acceder a servicios de salud sexual y reproductiva (Williamson, 2013). Esto implica la necesidad de enfocar mayores esfuerzos por parte de los hacedores de políticas para no dejar de lado a esta población.

[f] El marco de actuación de políticas relacionadas con la protección social resulta fundamental para informar sobre potenciales intervenciones efectivas para la prevención del embarazo a edad temprana y en adolescente. El Documento Marco Sectorial de Protección Social y Pobreza del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) define a la protección social como “el conjunto de políticas y programas que promueven la inclusión social y políticas y programas redistributivos que apoyan niveles mínimos de consumo” (BID, 2017). El mencionado marco sectorial afirma que las intervenciones que promueven la inclusión social se encuentran dirigidas a la reducción de los factores de riesgos que conllevan a condiciones de pobreza y vulnerabilidad. Como se observará más adelante en el presente documento, la “perpetuación de vulnerabilidad” es un concepto que se encuentra estrechamente ligado al fenómeno de embarazo en adolescente. Prevenir el embarazo en adolescentes puede dar como resultado un mecanismo clave para mejorar el trayecto de bienestar socioeconómico en esta población; así como mejorar las condiciones de inclusión social de los adolescentes puede proporcionar un factor protector que prevenga el embarazo en estas edades y que, consecuentemente, dicha población caiga en situaciones de vulnerabilidad.

proyectos adoptados a diferentes niveles: global, regional, nacional, municipal o comunitario.

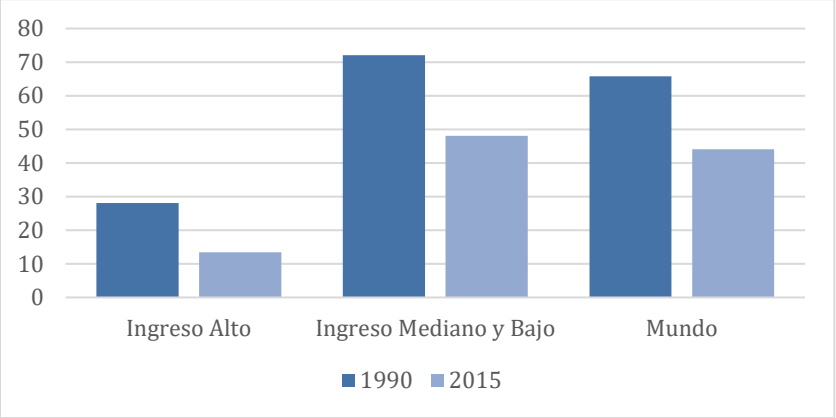
El resto del documento se divide de la siguiente manera: la sección II presenta una descripción estadística de la situación actual del fenómeno de embarazo en adolescentes y establece una justificación del porqué su prevención debe ser una estrategia prioritaria en la agenda política de los países de la región de América Latina y el Caribe. La sección III propone un análisis sobre intervenciones de prevención basado en las diferentes líneas estratégicas que se han empleado para abordar la problemática dentro de la región, intentando realizar una tipología de intervenciones que facilite el análisis. La sección IV presenta lo que nos ha revelado la evidencia empírica en cuanto a la efectividad de las intervenciones que se han implementado en la región durante los últimos años. En el punto V, el documento presenta líneas de acción sugeridas para que potenciales hacedores de políticas puedan instrumentar un modelo de prevención de embarazo adolescente. Como corolario, se exponen unas conclusiones generales.

II.- ¿Por qué es importante propiciar políticas para prevenir el embarazo en adolescentes en América Latina y el Caribe?

De acuerdo con la base de datos en línea Indicadores del Desarrollo Mundial (Banco Mundial, 2017), la "tasa de fertilidad adolescente"[g] a nivel mundial se redujo de 66 nacimientos por cada 1.000 niñas de entre 15 y 19 años en 1990 a 44 nacimientos en 2015 (véase Figura 1). Sin embargo, en 2015 la gran mayoría de estos nacimientos seguían ocurriendo en países de ingresos medianos y bajos donde el promedio cifraba en 48 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años, comparado con 13 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años en países con ingresos altos. **Esto significa que el promedio de los embarazos reportados en adolescentes en países con menores ingresos seguía siendo en el 2015 aproximadamente cuatro veces mayor que el observado en países con ingresos altos.**

[g] La tasa de fertilidad o natalidad adolescente, que describe el número de nacimientos vivos en madres de entre 15 y 19 años por cada 1.000 niñas de la misma edad, es probablemente el indicador más utilizado para dimensionar el fenómeno del embarazo adolescente. Este indicador tiene la principal limitación de representar una subvaloración del verdadero número de embarazos en este rango de edad, ya que no incluye aquellos embarazos que terminan en abortos voluntarios o involuntarios, así como tampoco incluye a aquellas niñas de entre 15 y 19 años que se encuentran embarazadas al momento de la recolección de datos. De todos modos, tiene la ventaja que las cifras que lo componen se encuentran más disponibles y en ocasiones pueden resultar incluso más confiables, ya que dependen de datos oficiales obtenidos de registros cívicos nacionales que se recolectan de manera sistemática y de los cuales se obtienen series históricas.

Figura 1: Tasa de fertilidad adolescente (nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años) en 1990 y 2015: Promedios agregados anuales por país clasificados según ingreso per cápita



Fuente: Elaborado por los autores con datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial, Banco Mundial (2017)

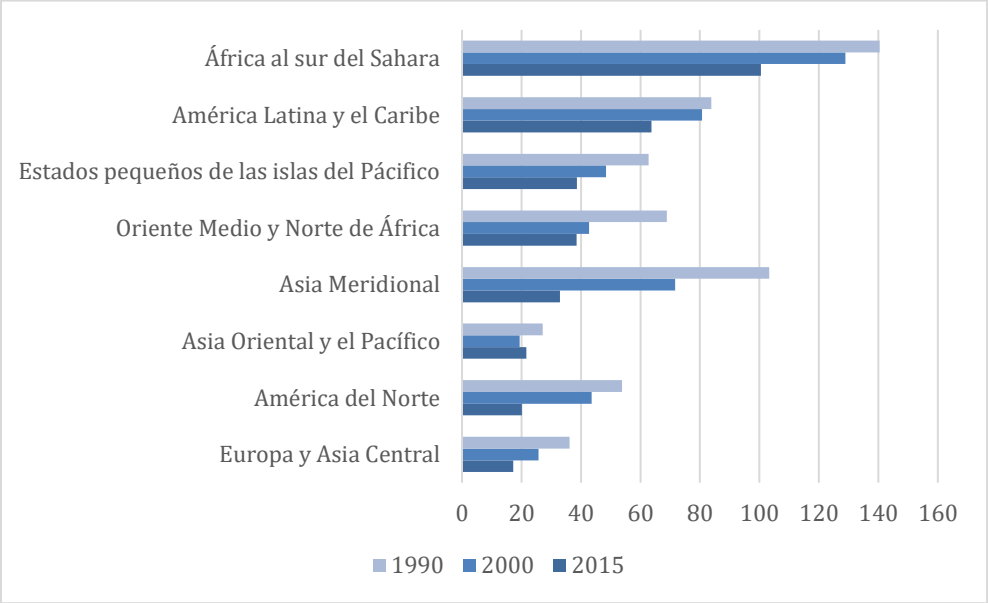
La desigualdad en términos de reducción de la fertilidad adolescente durante el periodo 1990-2015 queda **incluso más evidente cuando se analiza por región** (véase Figura 2). Por ejemplo, Europa y Asia Central y Asia Oriental y el Pacifico, que históricamente han tenido excelentes indicadores a nivel salud, se mantienen en el límite inferior de la clasificación. Otra región con países de mayores ingresos como lo es América del Norte ha conseguido reducir el promedio de fertilidad adolescente en más del 60% desde 1990 hasta el 2015. Asia Meridional, que a principios de la década de los 90 era la segunda región con mayor fertilidad adolescente a nivel mundial, ha mostrado un avance sorprendente en la reducción del fenómeno, bajando la tasa de fertilidad promedio por país de 103 embarazos por cada 1.000 adolescentes (15-19 años) a 72 embarazos por cada 1.000 adolescentes al inicio del nuevo milenio y a 33 embarazos por cada 1.000 adolescentes en 2015[h]. **Por su parte, África Subsahariana sigue manteniendo una altísima incidencia de nacimientos vivos en mujeres de entre 15 y 19 años con 101 nacimientos por cada 1.000 mujeres en este rango de edad**, a pesar de haber disminuido esta cifra en 40 nacimientos por cada 1.000 mujeres desde 1990.

La región de América Latina y el Caribe (ALC) es la que menos progresos ha mostrado en términos de reducción. La tasa de fertilidad adolescente se ha mantenido prácticamente en los mismos niveles a lo largo de la década de los 90. A partir del 2000 hasta el 2015, la cifra se ha reducido en 17 nacimientos vivos por cada 1.000 niñas de entre 15 y 19 años, pero dicha baja no ha seguido el mismo ritmo que otras regiones, lo que conlleva a que en el presente se sitúe con la segunda mayor tasa

[h] De acuerdo con el informe de 2014 sobre las Metas de Desarrollo del Milenio (ONU, 2014), esta fuerte reducción de la fertilidad adolescente en Asia Meridional se ha dado principalmente por un aumento en la participación escolar y la demanda de métodos anticonceptivos, así como por un descenso del porcentaje de matrimonios de adolescentes.

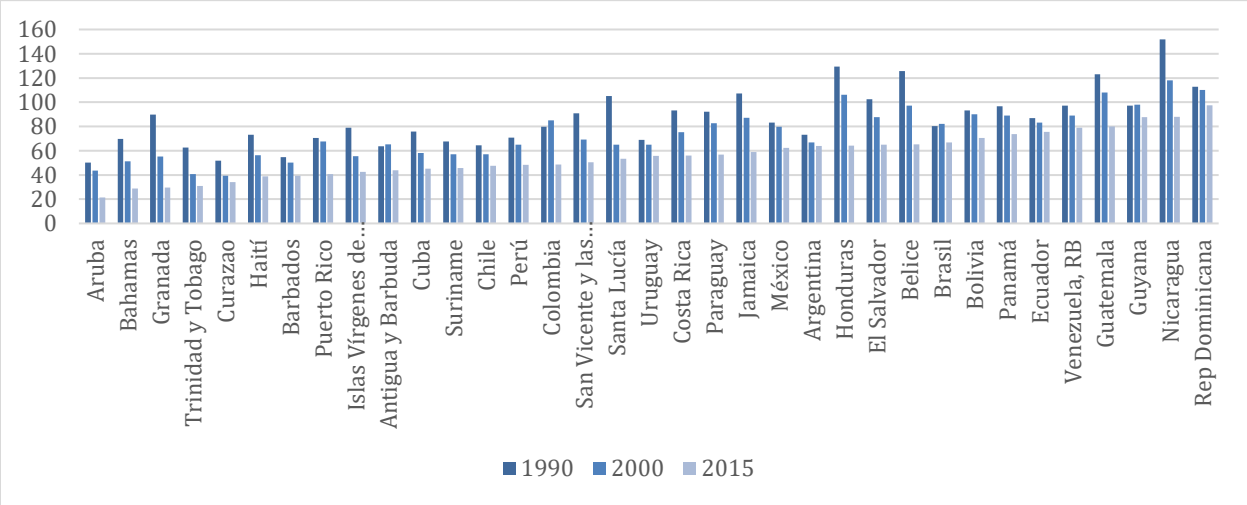
promedio por país a nivel mundial. Preocupan especialmente los casos de República Dominicana, Nicaragua y Guyana que durante el 2015 mostraron tasas de fertilidad adolescente por encima de los 85 nacimientos por cada 1.000 niñas de entre 15 y 19 años (véase Figura 3).

Figura 2: Tasa de fertilidad adolescente (nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años) en 1990, 2000 y 2015: Promedios agregados anuales de países por región



Fuente: Elaborado por los autores con datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial, Banco Mundial (2017)

Figura 3: Tasa de fertilidad adolescente (nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años) en 1990, 2000 y 2015: Países de América Latina y el Caribe



Fuente: Elaborado por los autores con datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial, Banco Mundial (2016)

Diferentes organismos multilaterales y autores remarcan la preocupación por esta región en relación con la baja reducción de fertilidad adolescente en sus respectivos informes: si bien esta tasa ha presentado una disminución del 6% en el 2015 respecto al 2010 (Banco Mundial, 2017), aún esta reducción continúa siendo baja comparada con otras regiones del mundo, lo que sitúa a América Latina como la segunda región, después de África subsahariana, con mayores índices de fertilidad adolescente (Caffe *et al.*, 2017). UNICEF y Plan Internacional (2014), en un informe que intenta aproximar los factores socioculturales y emocionales que se relacionan con el embarazo en adolescentes en ALC, afirman que en la región una de cada tres jóvenes es madre antes de cumplir los 20 años. Adicionalmente, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU), que en su informe anual del 2013 realizó una descripción exhaustiva sobre la problemática de la maternidad adolescente a nivel global, explica que la región de ALC es la única donde los partos de niñas menores de 15 años aumentaron, lo que se puede notar según la comparación llevada a cabo entre los datos de las encuestas *Demographic and Health Surveys* levantadas entre 1990 y 2008 y los datos de las encuestas *Multiple Indicator Cluster Survey* realizadas entre 1997 y 2011 (Williamson, 2013).

¿Pero por qué es importante aunar esfuerzos en la región para detener esta tendencia? **En primer lugar, porque el embarazo a dicha edad representa un alto riesgo para la salud tanto de la madre como del recién nacido**. La OMS (2014) ha identificado que las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las niñas de 15 a 19 años en todo el mundo. De acuerdo con estimaciones de la FPNU, aproximadamente 70.000 niñas menores de 18 años mueren todos los años por complicaciones durante el embarazo y el parto (Williamson, 2013). **De hecho, el riesgo de muerte materna en madres menores de 15 años que viven en países de ingresos bajos y medios es dos veces mayor al de mujeres mayores**, además de que el grupo más joven también presenta tasas considerablemente más altas de fístulas obstétricas que las mujeres de mayor edad. Estudios recientes incluso parecen indicar que **el embarazo en mujeres más jóvenes aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) hasta seis semanas después del parto**, respecto a aquellas mujeres en el mismo grupo etario no embarazadas (Miller *et al.*, 2016).[i]

Adicionalmente, **en países de ingresos bajos y medios, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo 50% superior de mortalidad prenatal o de muerte en las primeras semanas de vida, comparado con el mismo riesgo en bebés de mujeres de entre 20 y 29 años** (OMS, 2014a). Asimismo, estos niños tienen una mayor probabilidad de registrar bajo peso al nacer, con el consiguiente riesgo de

[i] Miller *et al*. (2016) analizaron los casos de 19.146 mujeres de 12 a 55 años que fueron hospitalizadas durante el periodo 2003-2012 en el estado de Nueva York (EE.UU.) como consecuencia de un ACV. De este grupo, 797 mujeres se encontraban embarazadas o en periodo de postparto (seis semanas después del parto). Los autores encontraron que la incidencia de ACV era de 14 por cada 100.000 mujeres embarazadas o en el periodo de postparto de entre 12 y 24 años, una diferencia significativa de más del doble en comparación con la incidencia en mujeres no embarazadas en el mismo rango de edad (6,4 por cada 100.000mujeres no embarazadas). Los autores también encontraron que el riesgo de ACV aumentaba en un 60% cuando se comparaba la incidencia en embarazadas o mujeres en periodo de postparto de25 a 34 años con mujeres no embarazados en el mismo rango de edad. Los autores no encontraron diferencias significativas para el grupo de mujeres mayor de 35 años.

efectos a largo plazo. Para Latinoamérica, Conde-Agudelo *et al.* (2005) encuentran que los riesgos de mortalidad materna, muerte prenatal y anemia son mucho más elevados para las mujeres embarazadas menores de 16 años que para aquellas mujeres embarazadas de entre 20 y 24 años. Comparadas con las mujeres embarazadas de entre 20 y 24 años, el riesgo de mortalidad prenatal se incrementa en un 50% para las mujeres embarazadas menores de 16 años.

El informe de Plan Internacional y UNICEF (2014), que se basa en datos recolectados en seis países de la región (Brasil, Colombia, Guatemala, Honduras, Paraguay y República Dominicana) a partir de metodología cualitativa, afirma que **entre los factores asociados a la maternidad precoz se encuentran las características asociadas con el hogar de la adolescente**. Entre estas, el informe, al igual que estudios similares, menciona como principales determinantes a la situación económica precaria; baja escolaridad y nivel educativo en los hogares de los progenitores; ruralidad; inequidad y desigualdad de género; normativas y valores patriarcales, entre otros. Más aún, el informe afirma que el embarazo a estas edades en estos países suele estar asociado con violencia de género, entendida en el sentido amplio del concepto: violencia sexual, física, simbólica, psicológica y económica**. Esto reafirma que el fenómeno de embarazo adolescente se encuentra estrechamente relacionado con situaciones de vulnerabilidad.**

Otros estudios han mostrado que **existe una correlación positiva entre pobreza y embarazo adolescente** en los países de Latinoamérica (p. ej.: Azevedo *et al.*, 2012). Galindo (2012) muestra que en Colombia la proporción de adolescentes que han tenido hijos o han estado embarazadas es del 29,9% en el nivel socioeconómico más bajo comparado con un 9,1% en el nivel socioeconómico más alto. En Argentina, el 49% de las adolescentes embarazadas viven en hogares inadecuados y solo el 27% tienen seguro de salud (Reina y Castelo-Branco, 2014). Más aún, **vivir en áreas geográficas con altos niveles de desigualdad económica parece exacerbar dicha correlación**. Kearney y Levine (2011) demuestran que las mujeres de bajos niveles socioeconómicos tienen mayores probabilidades de dar a luz a edades más jóvenes si viven en zonas más desiguales respecto al ingreso. Esto es principalmente importante para ALC por ser una de las regiones más desiguales del planeta.

Más importante aún, desde un punto de vista de política pública, es el hecho de que se reproduce la pobreza a la que ya se encontraban expuestas estas niñas creando una **trampa de pobreza intergeneracional** (Azevedo *et al*., 2012). La perpetuación de vulnerabilidad se acentúa porque muchas de las niñas que quedan embarazadas deciden abandonar el colegio[j] por razones varias como el estigma social o por presiones socioculturales de contraer matrimonio (y, una vez casadas, se encuentran más

[j] Kruger y Berthelon utilizaron nueve rondas de encuestas de hogares en un estudio del 2012 en Chile desde 1990 hasta 2009 y compararon hermanas embarazadas y no embarazadas (para controlar por sesgos de selección y características no observables a nivel del hogar y municipal) a modo de explicar que el embarazo adolescente es la principal razón de abandono escolar. Este estudio encontró que aquellas hermanas que experimentan embarazo tienen un 18% menos de probabilidades de graduarse de la escuela secundaria y un 32% menos de probabilidades de matricularse en educación postsecundaria comparada con una hermana que no queda embarazada (citado en Azevedo *et al.*, 2012).

presionadas para tener más hijos), **lo que implica una menor acumulación de capital humano para competir en el mercado laboral por parte de estas adolescentes**. Esto significa un costo económico para los países, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida en caso de no haber quedado embarazada. Un estudio realizado por Chaaban y Cunningham en 2011indica que el costo de oportunidad de toda la vida relacionado con el embarazo en adolescentes, que se mide calculando la pérdida de ingresos anuales en toda la vida de la madre, varía entre el 1% del PIB anual en China y el 30% del PIB anual en Uganda (citado en Williamson, 2013).

No solo en términos de costos de oportunidad el embarazo en adolescentes resulta oneroso para los países, sino también en términos de **costos financieros directos en asistencia social y gastos en salud pública**. Según Azevedo (2012), en México las mujeres que tuvieron hijos en su adolescencia son más propensas a participar en programas de ingreso y asistencia social. Más aún, de acuerdo con la campaña nacional en Estados Unidos "Power to Decide" (2018), el estado pudo haber ahorrado 1.900 millones de dólares estadounidenses en dinero público destinado a salud pública y asistencia social solo en 2015, si se hubiese prevenido el nacimiento de 232.000 nuevos niños de madres adolescentes durante ese año[k].

Finalmente, la estigmatización social hacia la madre adolescente puede llevar a consecuencias aún peores, tales como el suicidio y asesinato. Utilizando datos del Sistema de Morbimortalidad del Ministerio de Salud de El Salvador, Azevedo *et al.* (2012) explican que una de cada dos muertes en embarazadas de entre 10 y 19 años se debe a suicidios. Dichos autores también encontraron que el riesgo de suicidios es relativamente mayor entre adolescentes mujeres en comparación con adolescentes varones, en aquellos países de la región de ALC con una mayor incidencia de fertilidad adolescente. Asimismo, un informe de la Organización Panamericana de la Salud que analizó los datos del Ministerio de Salud de Nicaragua para el 2004 encontró que el 69% de la mortalidad materna sucedió en madres adolescentes, en un país donde el homicidio y el suicidio explicaban el 11% y el 69% de todas las muertes maternas en ese año, respectivamente (citado en Azevedo *et al.*, 2012).

III.- Análisis de las intervenciones de prevención del embarazo en adolescentes en América Latina y el Caribe

El apartado anterior dejó en claro un par de cuestiones con relación al embarazo en adolescente en ALC. En primer lugar, la incidencia del fenómeno en la región no ha encontrado el avance en reducción como en otras regiones. De hecho, como se

[k] Estas estimaciones incluyen los costos directos que corresponden a medicina pública (*Medicaid*) en atención de preparto, parto y posparto para la madre adolescente, así como un año de atención médica para su bebé; y también incluyen los costos de asistencia social de los programas: a) Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), asociado con asistencia básica para madres adolescentes y sus bebés por un año; b) Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC), que beneficia a madres adolescentes durante el embarazo y la lactancia y a sus bebés hasta que cumplen el primer año, y c) Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), que realiza pagos a madres adolescentes y sus bebés por un año (Power to Decide, 2018).

mencionó anteriormente, en la actualidad, ALC se encuentra con la segunda mayor tasa de fertilidad adolescente promedio por país a nivel de regiones. En segundo lugar, queda claro que existen incentivos sanitarios, socioeconómicos y morales para que los agentes regionales aúnen esfuerzos en el diseño e implementación de políticas que puedan desviar esta tendencia y reducir en un mayor grado la incidencia del fenómeno.

Con el objetivo de facilitar información a los hacedores de políticas sobre cuál es la manera más efectiva de instrumentar un potencial modelo de prevención de embarazo en adolescente para la región, este apartado busca construir un marco que favorezca el análisis de los diferentes tipos de intervenciones que se han implementado durante los últimos años. Por lo tanto, se propone agrupar de manera sintética al gran número de diferentes intervenciones diseñadas e implementadas para la prevención del embarazo en adolescente.

Esta no es tarea sencilla debido a la propia naturaleza compleja del problema en cuestión que ha hecho que las diferentes soluciones propuestas como intervención sean bastante heterogéneas y justificadamente adaptadas al contexto donde se aplican. Como muchos expertos explican, no existe una receta única para la prevención de embarazo en adolescentes (Goesling *et al.*, 2014; Saric *et al*., 2012). Por lo tanto, cualquier intento de clasificación por tipo de intervención podría resultar difuso (una misma intervención podría corresponder a diferentes categorías) y hasta arbitrario (diferentes autores han propuesto diferentes tipologías y no existe un consenso al respecto en la literatura). De todas maneras, la realización de este ejercicio es necesaria en el objetivo de poder enmarcar el análisis.

Un punto de inicio dentro de este ejercicio es comprender cuáles son los determinantes que propician el embarazo en adolescentes y en los cuales los hacedores de políticas se han basado para diseñar mecanismos que promuevan su prevención. [I] De manera general, las intervenciones (proyectos, programas y políticas) que se han propuesto para la prevención de embarazo en adolescentes se han centrado en **actuar sobre ciertos factores de riesgos asociados con este fenómeno (p. ej.: baja autoestima, pobreza, inequidad de género, bajos niveles educativos, aspectos culturales y religiosos, etc.), a través del establecimiento de factores de protección que reduzcan estos riesgos, con el objetivo final de influenciar en los comportamientos de los adolescentes**.

[I] El ejercicio de establecer una verdadera relación causal entre ciertos factores asociados con el embarazo adolescente puede llegar a ser una tarea bastante compleja (Azevedo *et al.*, 2012; Wellings *et al.*, 1999). Por ejemplo, es muy difícil determinar si la pobreza es en realidad una causa o una consecuencia del embarazo adolescente (lo que se conoce en la literatura económica como “problemas de causalidad inversa”). Por ello, los expertos, más que hablar de determinantes, se basan en asociaciones o correlaciones para determinar ciertos factores de riesgos a los cuales atacar cuando se diseña una intervención de prevención. Como afirman Briggs *et al.* (2007), en términos de política pública, la determinación de las verdaderas relaciones de causalidad no resulta imperativo a la hora de adoptar intervenciones de prevención de embarazo adolescente, ya que las estrategias múltiples que apuntan a varios frentes podrían aumentar a la larga el bienestar de las adolescentes. Habiendo hecho esa aclaración, en este documento se utilizan indistintamente los términos “determinantes” o “factores asociados”.

Al revisar la literatura sobre intervenciones adoptadas para la prevención del embarazo en adolescentes, se observa que estas se basan en tres grandes líneas estratégicas propuestas como factores de protección. En primer lugar, se encuentran las intervenciones que apuntan de manera directa al proceso individual de toma de decisiones por parte del adolescente, buscando influenciarlo a través de un aumento del conocimiento y manejo de herramientas que le permitan identificar los riesgos de manera temprana y adoptar comportamientos seguros en su sexualidad. Por lo tanto, estas intervenciones siguen la línea estratégica de **proveer información de calidad para que los adolescentes tomen decisiones informadas respecto a su salud sexual y reproductiva.** Por lo general, estas intervenciones de prevención se enmarcan dentro de lo que se considera como **educación sobre salud sexual y reproductiva (SSR)**, en sus diferentes variantes como se verá a continuación.

Una segunda línea estratégica se ha centrado en intervenciones que consideran **la influencia que la coyuntura o ambiente que rodea a los adolescentes ejerce de manera indirecta en sus decisiones de fertilidad**. Por lo tanto, los factores de protección que devienen de estas intervenciones buscan **generar ambientes propicios donde se respeten sus derechos, se promueva su desarrollo y se aumente el rango de opciones y oportunidades del que disponen**. El enfoque que informa a este tipo de intervenciones se conoce como "**enfoque de derechos humanos**" **(o simplemente "enfoque de derechos")**.

Finalmente, existe una tercera línea estratégica, cada vez más aceptada y comúnmente implementada, es aquella que refiere a **intervenciones que atacan múltiples factores de riesgos de manera simultánea**. Esta línea estratégica reconoce el embarazo adolescente como un fenómeno complejo, por lo que integra la lógica propuesta por las dos primeras líneas estratégicas descritas. Es decir, sus intervenciones responden a la necesidad de proveer información de calidad, pero esta debe verse necesariamente complementada con una mejora coyuntural que incremente las oportunidades de desarrollo de los adolescentes. Por lo tanto, las intervenciones que se enmarcan dentro de esta línea estratégica se caracterizan por ofrecer múltiples factores de protección complementarios que involucran a diversos sectores y actores en diferentes niveles. Como se verá a continuación, estas **intervenciones con abordaje integral** se encuentran estrechamente ligadas con la línea de pensamiento que ofrece el **enfoque ecológico**.

A continuación, se describe con mayor detalle estas tres líneas estratégicas que caracterizan las intervenciones de prevención del embarazo adolescente. Como se podrá observar a lo largo del documento, el análisis se apoya en este marco conceptual de modo de poder ordenar las diferentes intervenciones, clasificándolas de acuerdo con estos grupos.

Provisión de información para mejorar el proceso individual de toma de decisiones relacionadas con salud sexual y reproductiva

Las intervenciones más frecuentes son aquellas que operan principalmente a partir de **la formación de los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva (SSR),** implementadas en su mayoría en el ámbito escolar, aunque también en centros

comunitarios y sanitarios. La lógica detrás de estas intervenciones se fundamenta en la idea de que el acceso a la información sobre SSR influencia positivamente la toma de decisiones, originando decisiones más reflexivas que le permitan al adolescente ejercer su sexualidad de forma segura, sana y responsable.

En la actualidad se observa una tendencia a innovar en la provisión de información sobre SSR haciéndolas más amplias, amigables y confidenciales para los jóvenes, asegurando así un compromiso más activo que finalmente conlleve decisiones y comportamientos menos riesgosos. Este cambio de paradigma sobre cómo proveer educación sobre SSR se ha dado como consecuencia de entender que aquellas intervenciones basadas casi exclusivamente en promover un mensaje a favor de la práctica de la abstinencia sexual no producían los resultados esperados (Duflo *et al.*, 2014; Dupas, 2011).

Aunque los currículos sobre SSR aún mantienen acertadamente un mensaje sobre la importancia de comportamientos sexuales saludables, como la abstinencia sexual o la reducción del número de parejas sexuales, se complementan con una provisión de información que se adapta de mejor manera a la compleja realidad que viven los adolescentes en la actualidad. De hecho, en los últimos años **se ha prestado especial atención a las características psicosociales de los adolescentes** y la mayoría de los programas de educación han incorporado sesiones asociadas con el modelo de educación en habilidades para la vida[m] u otros modelos curriculares que resaltan la importancia de **promover "habilidades blandas"** de modo de complementar la información básica sobre SSR. Estos currículos imparten, entre otros, herramientas de negociación y planeación de vida que intentan influenciar de manera positiva las capacidades de los adolescentes, tales como la autoestima, la empatía y el autocontrol, que pueden resultar de importancia a la hora de tomar decisiones respecto a su sexualidad y reproducción. Como se observará más adelante, la evidencia recogida en la literatura reciente justifica la educación destinada a mejorar las capacidades psicosociales o "habilidades blandas" como medio para prevenir comportamientos de riesgos en adolescentes y jóvenes.

Adicionalmente, **los currículos actuales intentan incluir servicios complementarios de consejería y atención especializada fuera del aula/ambiente escolar (generalmente en centros sanitarios),** basados en la interacción uno a uno entre el adolescente y el especialista, que propicia la confidencialidad y la profundización de ciertas temáticas a un nivel que no se puede lograr en un salón/aula con múltiples estudiantes. Esto resulta especialmente útil para la focalización de aquellos casos identificados como de mayor riesgo.

---

[m] La educación en "Habilidades para la Vida" es un modelo educativo propuesto originalmente por la Organización Mundial de la Salud en 1993, focalizado en niños y adolescentes, que consiste en el desarrollo de destrezas para un comportamiento adaptativo y positivo que permita a los individuos hacer frente eficazmente a las demandas y desafíos de la vida cotidiana. Este modelo considera que existen diez habilidades centrales para la promoción de la salud y el bienestar de niños y adolescentes que corresponden a las siguientes la toma de decisiones, la resolución de problemas, el pensamiento creativo, el pensamiento crítico, la comunicación efectiva, las habilidades de relación interpersonal, la conciencia de sí mismo, la empatía, el manejo de las emociones y el manejo del estrés (OMS, 1997).

Más aún, también se intenta complementar la educación con la provisión de métodos anticonceptivos, atendiendo que la información por sí sola muchas veces no soluciona el problema de accesibilidad a estos métodos que sufren los adolescentes de escasos recursos. **El acceso y uso de métodos anticonceptivos** cobra especial importancia en la región de ALC, donde se observa una tendencia a que los adolescentes reconozcan dichos métodos, pero no sepan utilizarlos correctamente (Alemann, 2015). Por lo tanto, la introducción de métodos anticonceptivos como mecanismo de prevención tiene dos principales limitaciones para su efectividad en la región: a) las dificultades para tener acceso a estos métodos y b) el uso efectivo y consistente de estos a fin de obtener los resultados deseados. En lo primero, todavía hay una brecha en la concesión de contraceptivos, dado que la demanda es mayor a lo que se logra suplir con la distribución de métodos o el acceso directo a ellos. En lo segundo, el uso consistente tiene que ver con la información sobre la necesidad de utilizarlos de manera regular y adecuada, así como con fomentar la capacidad de negociación para que el uso sea correcto y concertado.

Asimismo, los programas de educación sobre SSR intentan ser más exhaustivos y amplios en torno a las actividades que deben desempeñar los beneficiarios. Por ejemplo, **los currículos actuales buscan ofrecer actividades extracurriculares recreacionales (deportes, teatro, etc.), así como laborales (capacitaciones y pasantías)** de modo que se desarrollen capacidades de interrelación y se presenten oportunidades adicionales donde los adolescentes puedan apuntar sus intereses. Se trata de una visión innovadora que busca abordar distintos aspectos y reforzar el potencial preventivo a través de diferentes acciones. Como se verá más adelante en este apartado, la idea de complementar la educación sobre SSR con los componentes adicionales para expandir las oportunidades de los adolescentes se relaciona con la línea estratégica que adopta un abordaje integral.

No solo se intenta adaptar el contenido sobre información provista a los tiempos actuales, sino que también han evolucionado los canales que se utilizan para transmitir estos mensajes. **En este sentido, los implementadores de las intervenciones han entendido el poder que proveen las plataformas digitales y las redes sociales para transmitir este tipo de mensajes**, además de utilizar los medios usuales de comunicación masiva como lo son la radio y televisión. Estas permiten superar las restricciones que ofrece el ámbito escolar para alcanzar un público más amplio dentro de la comunidad, pero a su vez permiten un espacio de comunicación que **resulta más cómodo para que los mismos adolescentes puedan desenvolverse con mayor libertad** sobre temas sensibles como los que respectan a sus comportamientos relacionados con la sexualidad. En la misma dirección, entendiendo que este tipo de mensajes pueden ser abordados por canales más informales de manera de captar la atención del joven, los **métodos de educación a través de pares** han cobrado especial importancia**.** Además de permitir el intercambio de información de un modo más confiable para el adolescente, representan una vía que posibilita una especial focalización de la intervención, ya que son los mismos pares capacitados los que van en busca de estos jóvenes en escenarios que pueden propiciar comportamientos de riesgos (p. ej.: discotecas, barrios marginales, etc.).

La mejora del contexto de los adolescentes para aumentar sus oportunidades

La perspectiva de derechos humanos en torno al embarazo a edad temprana y en adolescentes, promocionada principalmente por organismos como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU), está basada en los principios expuestos en la Convención sobre los Derechos del Niño aprobada por la Organización de las Naciones Unidas en 1989. Sus defensores (Loaiza y Liang, 2013; Rodriguez y Hopenhayn, 2007; Williamson, 2013; entre otros) explican que los verdaderos desafíos en relación con el embarazo adolescente son la pobreza, la desigualdad de género, la discriminación, la falta de acceso a los servicios y las opiniones negativas sobre las niñas y las mujeres. Por lo tanto, la **búsqueda de justicia social, el desarrollo equitativo y la ampliación de los medios de acción de las niñas** son el verdadero camino para reducir esta problemática (Williamson, 2013).

Loaiza y Liang (2013) afirman que en aquellos países y sociedades en las que los derechos del niño son honrados y respetados, las niñas y los niños crecen y desarrollan su potencial, convirtiéndose en adultos empoderados que pueden funcionar adecuadamente. En consecuencia, la lógica detrás de las intervenciones que se fundamentan en este enfoque es **propiciar un marco institucional y sociocultural donde se respeten los derechos fundamentales de las niñas y adolescentes**, ya que solo de este modo podrán tener oportunidades y opciones válidas para desarrollarse favorablemente, tomando decisiones más saludables en relación con su sexualidad y reproducción.

Los defensores del enfoque de derechos humanos explican que las intervenciones que intentan mejorar la coyuntura en la cual las adolescentes se encuentran inmersas ofrecen mayores oportunidades para que estas no lleguen a la conclusión forzada de que su única opción para realizarse como mujeres es la maternidad (Azevedo *et al.*, 2012; Näslund-Hadley y Binstock, 2011; Rodriguez y Hopenhayn, 2007). Por lo tanto, una coyuntura donde se respeten y promocionen los derechos de las niñas y adolescentes les permitiría una transición exitosa a la adultez, en la que sea posible visualizar un proyecto de vida más amplio.

Como ejemplo de estas intervenciones se encuentran **aquellas que evitan el matrimonio o las uniones a edad temprana y la violencia y la coacción sexual: fortalecimiento del marco legal a favor de los derechos de las niñas, disminución de los prejuicios culturales/tradicionales**, etc.; además de aquellas que garantizan una **mayor participación escolar** en el corto/mediano plazo y **oportunidades laborales** en el largo plazo: **reformas que amplíen el horario escolar, transferencias monetarias que exijan como condición la asistencia escolar,** [n] **convenios estudiantiles/laborales**, entre otros.

[n] Los objetivos de los programas de transferencias condicionadas implementados en la región, por lo general, exceden la simple búsqueda de reducir la inasistencia escolar y actúan en varias áreas. Es por ello por lo que también podría considerarse a este tipo de intervenciones como aquellas que componen la categoría de intervenciones integrales de prevención de embarazo adolescente, presentadas más adelante en el apartado.

La mejora de la coyuntura y el respeto por los derechos de las niñas que pueden resultar embarazadas a estas edades también conllevan una **mayor concientización de la comunidad** que las rodea y de los tipos de interrelaciones que se pueden presentar como consecuencia. Como sugieren Rodriguez y Hopenhayn (2007), en ALC aún se observa una persistente negación de autonomía en materia sexual para los adolescentes que trae como consecuencia un ocultamiento de sus relaciones sexuales y limita el acceso a información y servicios relevantes para la prevención de embarazos. Esto representa un obstáculo cultural y familiar que dificulta el ejercicio de una sexualidad segura desde la primera relación, por lo que resultan fundamentales aquellas **intervenciones de sensibilización y comunicación que promuevan una familia presente, activa, dialogante, empática con la situación de los adolescentes de hoy y capaz de especificar límites y enfrentar constructivamente sus conflictos.**

En la misma línea, resultaría incorrecto centralizar las intervenciones de prevención exclusivamente en la población femenina. La atención a las relaciones interpersonales entre niñas y otros hombres, ya sean estas potenciales parejas sexuales u otros actores que definen el entramado de identidad de género dentro de una determinada sociedad (como familiares, vecinos, compañeros de escuela, etc.), es necesaria para esgrimir una posible solución. Esto implica una creciente tendencia a prestar mayor atención a la sensibilización, comunicación y consecuente participación del género masculino como actor fundamental dentro del sistema con el que se relaciona el fenómeno de embarazo adolescente[o].

Del mismo modo, cuando hablamos de una mejora de la coyuntura, un gran número de intervenciones requieren **proveer soluciones a un nivel macro**. Esto es así porque existe un consenso general de que el fenómeno del embarazo en adolescente está asociado con situaciones de vulnerabilidad (Briggs *et al.*, 2007; Jara y Sório, 2013; OMS, 2011; Penman-Aguilar *et al.*, 2013; Rodríguez, 2011; Wellings *et al.*, 1999; Williamson, 2013). Por lo tanto, estas situaciones difícilmente puedan ser solucionadas por el adolescente mismo o las comunidades. En ALC, la vulnerabilidad se encuentra altamente relacionada con factores estructurales, lo que implica que parte de las soluciones que se requieren para reducir la incidencia de embarazo en adolescente debe operar a un alto nivel que posibilite cambios en sistemas e instituciones de orden legal, político y económico (Azevedo *et al.*, 2012). Entre estos se pueden mencionar algunos **factores socioeconómicos,** como la **pobreza**, la **desigualdad** y el **desempleo** (incluyendo la participación femenina); **factores políticos,** como el **bajo presupuesto y gastos** en salud pública, educación y políticas para jóvenes y mujeres, y **factores legales/institucionales,** como por ejemplo la **falta de leyes** que prohíban el matrimonio o la unión a determinadas edades y de **reglamentaciones** que requieran de autorización parental para brindar servicios de atención sobre SSR, tales como permitir el acceso a métodos anticonceptivos a adolescentes, ente otros. Esto cobra especial importancia, ya

[o] Siguiendo la misma tónica, por lo general nos referirnos a “los adolescentes” sin determinar género, apoyando la idea de que las intervenciones analizadas en este documento se encuentran dirigidas tanto a varones como mujeres indistintamente (salvo en aquellas que explícitamente requieren una atención especializada/focalizada por género).

que los expertos coinciden en que las intervenciones que atacan este tipo de factores, particularmente aquellos que solucionan problemas socioeconómicos, son los más efectivos para reducir la fertilidad en adolescentes (Azevedo *et al.*, 2012; Romero, 2014).[p]

Por último, la importancia de la coyuntura en relación con el embarazo en la adolescencia implica que el fenómeno se trata de una problemática heterogénea. Entender cuáles son los obstáculos que dificultan el propicio desarrollo de los adolescentes y que ponen en riesgo el respeto por sus derechos en un determinado contexto no es tarea sencilla, pero resulta fundamental a la hora de proponer intervenciones que intenten prevenir este fenómeno. Esta necesidad se acentúa aún más al entender que **la realidad que rodea a estas adolescentes varía según el tiempo y el lugar**. Las intervenciones necesarias, por ejemplo, no pueden ser las mismas en zonas rurales y urbanas, o en países con diferentes identidades culturales; a su vez, deben tener la capacidad de adaptarse a los cambios sociales y económicos que se observen. Esto se debe justamente a la complejidad de las causas que se presentan. Por lo tanto, las propuestas de intervención que intenten disminuir la incidencia de este fenómeno deberían incluir **la implementación de estudios diagnósticos iniciales** que puedan identificar cuáles son las causas coyunturales particulares y en qué sectores y poblaciones se deben focalizar los esfuerzos. Estos estudios diagnósticos deberían, además, basarse en una metodología mixta, complementando técnicas cuantitativas con técnicas cualitativas.

El abordaje integral: Intervenciones multicomponentes, multisectoriales y multiniveles

Actualmente, parece existir un consenso general por parte de los expertos de que aquellas intervenciones que incluyen componentes singulares (p. ej.: una intervención que solo promueva medidas contraceptivas) son menos efectivas (Oringanje *et al.*, 2009; Rodríguez y Hopenhayn, 2007; Saric *et al.*, 2012; Trivedi *et al.*, 2007). Por lo tanto, se tiende a **recomendar intervenciones que puedan integrar ambas líneas estratégicas**: las que proveen información sobre SSR en el afán de intentar influenciar la capacidad individual de tomar decisiones por parte de los adolescentes y que, potencialmente, conlleve a comportamientos menos riesgosos; con las que permiten una coyuntura más amigable, donde se respeten los derechos de los adolescentes teniendo en cuenta sus deseos, sus planes e inquietudes y ofreciendo mayores oportunidades que promuevan su desarrollo. Denominaremos a este tipo de intervenciones que combinan ambas estrategias como “integrales”.

---

[p] Azevedo *et al.* (2012) estiman regresiones simples para predecir linealmente la relación entre la fecundidad adolescente y variables como pobreza, desigualdad, características del mercado laboral y participación, educación, indicadores demográficos y gastos en salud de las mujeres. Estos demuestran que en ALC el mayor determinante de la fecundidad adolescente (y lo que la diferencia con otras regiones comparables) es la desigualdad. Romero (2014), habiendo adaptado un modelo denominado Pirámide de Impactos en Salud (desarrollado por Frieden, 2010) con el fin de analizar el fenómeno del embarazo adolescente, identificó cinco niveles de estrategias jerarquizadas en el siguiente orden de acuerdo con los impactos esperados: 1) afrontar los factores socioeconómicos; 2) mejorar el contexto para alentar decisiones saludables; 3) promover intervenciones de prevención de larga duración; 4) fortalecer las intervenciones clínicas eficaces, y 5) garantizar la educación para la salud sexual.

Las intervenciones integrales para la prevención del embarazo en adolescencia se fundamentan en el enfoque ecológico que analiza este fenómeno con una visión sistémica. Desarrollado por el psicólogo de desarrollo Urie Bronfrenbrenner, el enfoque o modelo ecológico considera al desarrollo humano como una acomodación progresiva entre un ser humano activo y sus entornos inmediatos cambiantes (Linares *et al.*, 2002). La visión de este enfoque supone entornos inmediatos (familia, amigos, hospital/consulta, escuela, etc.) que influyen sobre el individuo y a su vez se encuentran influenciados por este, así como por otros entornos/contextos más amplios como la ideología, la cultura, las políticas sanitarias, entre otros. Esta visión sistémica permite identificar los diferentes factores de riesgos que influyen en el proceso de toma de decisiones de fecundidad por parte de los adolescentes, de modo tal de proponer políticas de prevención (Azevedo *et al.*, 2012).

Las **intervenciones integrales** que devienen del modelo ecológico **encajan con la noción de que el embarazo en adolescente en ALC es un fenómeno complejo debido a la multiplicidad de factores que lo influencian. En consecuencia, estos factores deben ser atendidos de manera simultánea para que efectivamente se alcancen los impactos deseados**.[q] Esto implica que las intervenciones deban ser: a) **multicomponentes**, ya que a fin de atender a los diferentes factores de riesgo las intervenciones deben presentar múltiples líneas de acción simultáneas y complementarias; b) **multisectoriales**, ya que la implementación debe incorporar criterios transversales que involucren a los diferentes sectores gubernamentales, de la sociedad civil y del mundo empresarial en diferentes ámbitos (educación, salud, protección social, juventud, etc.), haciendo a su vez partícipes a diferentes actores (adolescentes, familias, educadores, servidores comunitarios, agentes sanitarios, etc.), y c) **multiniveles**, ya que se requieren diferentes decisiones a nivel de la comunidad o localidad, de los departamentos, estados o provincias, y de la nación en su conjunto.

A pesar del beneficio aparente de las intervenciones integrales, la dificultad de implementar este tipo de intervenciones es igual de compleja que la realidad del fenómeno que se quiere solucionar. Por ejemplo, **la multisectorialidad implica un arreglo institucional donde la participación de una gran variedad de sectores y actores requiere grandes esfuerzos de coordinación a niveles superiores**. A nivel de política pública, significa un trabajo interministerial donde la participación de agencias gubernamentales de alta envergadura como las de educación, salud, protección social, juventud, cultura, debe ser activa y solidaria para lograr los objetivos. En un plano inferior, se requiere además la participación activa de varios sectores a nivel comunitario (joven, familia, escuela, centros comunitarios, etc.) donde la estandarización y replicación se dificulta dada la coyuntura específica del lugar.

---

[q] Como lo afirma un compendio sobre adolescencia elaborado por la UNICEF (2002), siguiendo esta misma línea: “no existen las soluciones sencillas, ni los múltiples problemas que afrontan los adolescentes de hoy pueden resolverse mediante intervenciones unilaterales. Los adolescentes necesitan tener acceso a la información, los conocimientos y los servicios. También necesitan sentirse seguros, apoyados y ligados a los adultos con los que se relacionan. La sociedad tiene la obligación de conducir a estos jóvenes a través de sus años adolescentes y de tratarlos con respecto y comprensión. Cuando la sociedad asume sus responsabilidades, los beneficios se multiplican de formas inimaginables”.

La dificultad de dicha coordinación se acrecienta cuando se expone que estas intervenciones deben disponer de los recursos económicos y temporales necesarios para solucionar problemas que, en varias ocasiones, son de estructura, como es el caso de las intervenciones relacionadas con situaciones de vulnerabilidad. La Estrategia de Prevención de Embarazo Adolescente del Reino Unido (UK Teenage Pevention Strategy), una intervención integral[r] que ha cobrado un reciente reconocimiento por sus buenos resultados en términos de reducción de las tasas de embarazo adolescente en Inglaterra, sirve de ejemplo en este sentido.[s] Se estima que el gobierno británico asignó a este programa entre 250 y 340 millones de libras esterlinas (alrededor de unos 390 y 530 millones de dólares estadounidenses, respectivamente[t]) por un periodo de aproximadamente diez años desde 1999/2000 hasta 2010 (Lemos, 2009). Según el estudio de Wellings *et al.* (2016), que presenta una evaluación de impacto del programa, los resultados en términos de reducción de la tasa de concepción durante los primeros cuatro años fueron sumamente modestos y solo positivos en las zonas más pobres; se observó recién un avance sustancial a nivel general durante los últimos tres años del programa. **Desde un punto de vista político, intervenciones como estas requieren compromisos que puedan ir más allá de un periodo gubernamental, considerando que las sumas de dinero en términos de recursos presupuestarios podrían ser difíciles de fundamentar cuando los resultados favorables solo pueden observarse luego de varios años de haber comenzado la implementación.**

Algunos expertos también expresan la dificultad de monitorear y evaluar las intervenciones integrales debido a su complicada implementación (Saric *et al.*, 2012). Los estudios de evaluación de impacto en este campo generalmente presentan

---

[r] Skinner y Marino (2016) explican que el programa se implementó durante el periodo 2000-2010 en 150 gobiernos locales de Inglaterra y estaba dirigido a niños y niñas de hasta 18 años. Su diseño se basó en la información que proporcionaba la evidencia internacional sobre intervenciones que habían resultado exitosas para la reducción del embarazo a edad temprana y en adolescentes (principalmente en Estados Unidos). El programa contaba con tres componentes estratégicos (Hadley *et al.*, 2016; Skinner y Marino, 2016): 1) una línea de acción coordinada hacia todos los niveles, encabezada por un grupo de trabajo interministerial, supervisada por un grupo de asesoría independiente a nivel nacional, e implementada por coordinadores de servicios a nivel regional y comunitario y por comités de asociación local financiados por el programa; 2) esfuerzos para la prevención que incluían educación de alta calidad sobre sexualidad y relaciones en las escuelas, un mejor acceso a métodos anticonceptivos eficaces y adecuados, esfuerzos focalizados hacia los grupos de mayor riesgo y los jóvenes varones, y una campaña de difusión con mensajes diferenciados para jóvenes y padres, y 3) el apoyo y atención a las madres embarazadas y los padres adolescentes con el objetivo de asegurar la terminación de la educación y el acceso a una vivienda con apoyo en el hogar para las madres y sus hijos

[s] Wellings *et al.* (2016) estimaron que por cada GBP 100 per cápita invertidos en el programa se produjo una baja de entre 11,4 concepciones y 8,2 concepciones (cuando los datos eran ajustados por variables socioeconómicas y por región) por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 17 años. Skinner y Marino (2016) afirman que, de acuerdo con los resultados obtenidos en Wellings *et al.* (2016), la inversión del programa significaría aproximadamente GBP 8.700 (USD 13.572) y GBP 12.200 (USD 19.032) de costo para prevenir cada concepción.

[t] Cifras estimadas por los autores utilizando el tipo de cambio al 31 de diciembre de 2010 de 1,56 USD por GBP.

resultados solo sobre el impacto total del programa o el impacto de alguno de sus componentes. Esto muchas veces dificulta la posibilidad de comprender la verdadera atribución y los mecanismos de impacto de cada una de las dimensiones del programa (p. ej.: educación sobre SSR, distribución de anticonceptivos, cambios de normas institucionales, mejoras en la atención sanitaria, etc.). Por otro lado, dado que se recomienda que las intervenciones integrales sean diseñadas según la coyuntura específica del lugar donde serán implementadas, la validez externa de sus resultados resulta difícilmente replicable en otros contextos. Asimismo, el diseño de los estudios de evaluaciones de impacto para este tipo de intervenciones puede resultar sumamente complejo y, por ende, su implementación puede resultar costosa (mucho más aún si se incluye la necesidad de un sistema de monitoreo que realice el seguimiento adecuado de la intervención). Es posible que estas sean algunas de las razones que expliquen la escasa evidencia empírica rigurosa concerniente a la efectividad de este tipo de intervenciones, principalmente en nuestra región.

IV.- Evidencia sobre la efectividad de intervenciones en ALC: Repaso de algunas evaluaciones de impacto relacionadas con la prevención de embarazo adolescente

En esta sección presentamos evidencia empírica en la región sobre la efectividad de las intervenciones relacionadas con la prevención de embarazo en adolescencia, a fin de conocer cuáles han funcionado y cuáles no, y poder con base en ellas y en la revisión de la literatura, definir líneas de acción en esta materia.

El análisis de estas intervenciones se basa en el análisis de las intervenciones presentado en el apartado anterior. Es decir, conforme a la descripción de las intervenciones seleccionadas, se busca rescatar el espíritu de la línea estratégica sobre el que se fundamenta para clasificarla de acuerdo con las tres categorías propuestas: a) intervenciones que proveen información para mejorar el proceso de toma de decisiones de los adolescentes, b) intervenciones que buscan mejorar el contexto para aumentar las oportunidades de los adolescentes y c) intervenciones integrales. Como ya se ha remarcado, es necesario aclarar que la clasificación propuesta por intervenciones de ningún modo puede resultar absoluta, dada la naturaleza compleja y heterogénea del fenómeno de embarazo adolescente, y por lo tanto, debe ser tomada con cautela.
A nivel metodológico, es importante resaltar que la selección de las intervenciones se basó en los siguientes parámetros:

a) Provienen de publicaciones localizadas en repositorios o índices públicos en línea que recopilan evaluaciones de impacto. Estos repositorios corresponden a las dos organizaciones internacionales más reconocidas por su promoción en la búsqueda de evidencia causal de intervenciones destinadas al desarrollo: la *International Initiative for Impact Evaluation (3ie) y la Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab (J-PAL).* [u]

[u] Los repositorios de 3ie y J-PAL pueden ser localizados en las siguientes direcciones: http://www.3ieimpact.org/en/evidence/impact-evaluations/impact-evaluation-repository y https://www.povertyactionlab.org/evaluations, respectivamente. Como los repositorios de ambas organizaciones poseen motores de búsqueda, se filtraron los estudios relevantes utilizando la palabra clave "*pregnancy*" ("embarazo", en inglés). Cabe resaltar que a pesar de que la mayoría de las publicaciones

b) Provienen de estudios de evaluaciones de impacto rigurosos; es decir, la evidencia reportada en estos documentos se basa en estrategias de identificación experimental o cuasiexperimental que intentan demostrar causalidad entre las intervenciones y los impactos referenciados (es decir, los estudios identifican un contrafactual o grupo de comparación válido para comparar las diferencias en impacto frente al grupo que recibe la intervención).
c) Provienen de estudios publicados durante el periodo 2005-2015.
d) Presentan evidencia sobre prevención de embarazo en adolescentes y no sobre la atención a la mujer embarazada durante la etapa de gestación o el parto, o al recién nacido (neonatal).
e) Hacen referencia a variables intermedias (p. ej.: aumento del uso de métodos anticonceptivos, comportamiento sexual más responsable, etc.) o finales de impacto (p. ej.: reducción de la fertilidad adolescente). Esto implica que se reportan todos aquellos estudios que presentan mediciones de impacto a partir de cualquier indicador que se relacione con el objetivo final de reducir la incidencia del embarazo adolescente.
f) Representan intervenciones relacionadas de manera directa o indirecta con la prevención de embarazo en adolescencia. Es decir, puede tratarse de intervenciones que desde su diseño inicial tenían el objetivo de afectar al embarazo en adolescentes o que pudieron no ser diseñadas originalmente para prevenir embarazo en estas edades, pero que, debido a la naturaleza de sus componentes, lo afectaban de manera indirecta.
g) No se presentan únicamente aquellos estudios que han demostrado efectividad respecto a la prevención del embarazo adolescente, ya que se considera igual de importante reportar los resultados de estudios que no hayan observado impacto alguno de manera tal de obtener un equilibrio en la evidencia.
h) Provienen de intervenciones que fueron implementadas dentro de ALC. Aunque se reconoce que se puede aprender lecciones valiosas a partir de intervenciones implementadas en otras regiones, este informe se focaliza en la evidencia empírica sobre intervenciones llevadas a cabo en nuestra región por su mayor relevancia a la hora de proponer recomendaciones y porque otras revisiones literarias ya se han encargado de recopilar extensa evidencia en otros países, especialmente en aquellos de ingresos más altos.[v]

Adicionalmente, es importante mencionar que la revisión bibliográfica presentada no pretende ser una revisión exhaustiva, sino más bien una referencia de intervenciones relacionadas con la prevención de embarazo adolescente implementadas recientemente en ALC y que son reconocidas en el ámbito de la evaluación de impacto.

---

encontradas provienen de dichos repositorios, también se realizó una búsqueda complementaria siguiendo el mismo procedimiento en el repositorio de publicaciones del BID (http://publications.iadb.org); adicionalmente, se revisaron publicaciones recomendadas por colegas u otras referenciadas dentro de la literatura revisada para realizar este documento.

[v] Al respecto, recomendamos la lectura de las siguientes revisiones sistemáticas llevadas a cabo por Moore *et al.* (2000), Swann *et al.* (2003), Trivedi *et al.* (2007), Oringanje *et al.* (2009), Goesling *et al.* (2014), Maness y Buhi (2013) y Whitaker *et al.* (2014).

A continuación, para cada una de estas intervenciones, se describe brevemente la estrategia de identificación utilizada para definir los impactos (lo que se conoce como la "metodología de evaluación") y se resumen los resultados más relevantes en relación con la prevención de embarazo. También se realiza un esfuerzo en describir los principales componentes de las intervenciones analizadas en dichas publicaciones, así como los costos en caso de que estos datos se encuentren disponibles.

Intervenciones que proveen información para mejorar el proceso de toma de decisiones de los adolescentes

TeenStar (Chile)

Cabezón *et al.* (2005) evaluaron este programa chileno implementado semanalmente como un curso con catorce módulos/unidades (de 45 minutos cada sesión) en colegios públicos de Santiago de Chile, dirigido a estudiantes de sexo femenino en el primer año de educación secundaria (noveno año de educación escolar). El programa se basaba en brindar educación amplia sobre SSR, pero **intentaba centrar el mensaje en la abstinencia sexual y el conocimiento sobre fertilidad**. Los módulos del programa fueron diseñados para ser interactivos; comprendían actividades tales como discusiones de grupo, sesiones de lluvia de ideas, instrucción sobre concienciación de fertilidad, tareas para llevar a la casa, observación de vídeos y actividades de desarrollo de habilidades socioemocionales (apoyadas en ejercicios de juegos de rol, dramatizaciones y discusiones de grupo). Adicionalmente, el programa contaba con un componente de consejería/tutoría, encargado de realizar entrevistas voluntarias, confidenciales y personales a lo largo de la duración del curso. Los profesores debían pasar una capacitación de 40-45 horas, distribuida en cinco jornadas de talleres/seminarios. La duración total del curso era equivalente a un año académico.

La evaluación del programa contó con la participación de 1.529 niñas que tenían entre 15 y 16 años al inicio del programa, y que fueron repartidas en tres cohortes dependiendo del año en que comenzaron la educación secundaria (1996, 1997 o 1998). En la cohorte de 1996, se observaron a 425 niñas estudiantes que no recibieron ningún tipo de intervención. En la cohorte de 1997, un total de 210 niñas recibieron la intervención y 213 no lo hicieron. Por último, en la cohorte de 1998, 328 niñas recibieron la intervención y 83 no lo hicieron. El programa fue implementado y evaluado antes de 1999, año en que se empezó a incluir educación sexual en la malla curricular en estos colegios (lo que significa que las estudiantes en el grupo de control no recibieron educación sexual dentro del ámbito escolar).[w]

Las estudiantes que participaron en la evaluación fueron asignadas de manera aleatoria para recibir el tratamiento o no (antes de comenzar el programa), y se les realizó un seguimiento de cuatro años en los cuales se registraron sus tasas de embarazo. **La evaluación concluyó que el programa resultó efectivo en la prevención de**

[w] Las alumnas que participaron de la intervención no habían recibido ningún tipo de educación sobre SSR en la escuela antes de alcanzar este primer año de secundaria y no recibieron ningún curso de este tipo en la escuela en los años escolares subsiguientes.

embarazos: se observaron tasas de embarazo del 3,3% en el grupo de tratamiento comparados con tasas del 18,9% en el grupo de control para la cohorte de 1997; mientras que la tasa de embarazo fue del 4,4% para el grupo de tratamiento y del 22,6% para el grupo de control en la cohorte de 1998. El estudio no reportó indicadores intermedios como el uso de anticonceptivos, la práctica de abstinencia, entre otros, lo cual dificulta llegar a una conclusión precisa sobre cuáles fueron los mecanismos que colaboraron con una reducción de la fertilidad.

Prevención de VIH y otras ITS (México)

Walker *et al.* (2006) evaluaron los efectos de un programa de educación sobre SSR y habilidades socioemocionales implementado en el estado de Morelos, México durante el 2001. **El objetivo principal de esta intervención era proveer información sobre prevención de VIH y otras ITS, además de promover el uso de preservativos y métodos de anticoncepción de emergencia**. Por lo tanto, a pesar de tener como objetivo principal la prevención de ITS, la distribución de información sobre SSR y la promoción de métodos anticonceptivos (preservativos y anticoncepción poscoital de emergencia) por parte del programa pudo haber influenciado de manera indirecta en la prevención de embarazos no deseados.

El currículo del curso estaba basado en la enseñanza de habilidades para la vida y en las directrices de las Naciones Unidas para la creación de programas escolares eficaces sobre VIH/SIDA. Casi la mitad del tiempo en clase se centraba en las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección y las formas de evitarlo. También se abordaban las presiones sociales que influyen en el comportamiento sexual (la presión de grupo, los valores culturales, entre otros) y se ofrecían prácticas sobre habilidades que faciliten la comunicación, la negociación y el rechazo. En total, el curso tuvo una duración de 30 horas impartidos durante quince semanas.

Los evaluadores de este estudio estaban interesados en conocer los efectos diferenciales de agregar información sobre anticoncepción poscoital de emergencia ("píldora del día después") en un programa educativo de prevención de VIH. Por lo tanto, recopilaron información sobre una muestra de 10.954 estudiantes del décimo grado en cuarenta escuelas secundarias públicas.[x] Estas escuelas fueron asignadas al azar en tres grupos y recibieron los siguientes cursos según dicha asignación: 1) el curso de prevención del VIH y habilidades para la vida, que promovía el uso del condón; 2) el mismo curso que el anterior, pero que incluía además información sobre anticoncepción poscoital de emergencia,[y] y 3) el curso existente en el plan de estudios sobre educación sexual (grupo control). **Los autores pudieron constatar que la intervención no afectó de manera significativa el uso del condón ni el comportamiento sexual**

[x] Antes de la intervención, ninguna de estas escuelas había ofrecido educación sobre prevención del VIH y anticoncepción de emergencia de manera tan detallada y específica como con la intervención (32 horas, 16 semanas).

[y] Se agregaron dos horas de curso adicionales al grupo de intervención para proveer información sobre lo que implica la contracepción de emergencia y cómo acceder a estos métodos de anticoncepción.

autoreportado en ninguno de los grupos de intervención, aunque sí ayudó a aumentar el conocimiento sobre VIH en ambos grupos de intervención y a obtener un mayor conocimiento en métodos de anticoncepción de emergencia en el segundo grupo de tratamiento que combinaba prevención de VIH y promoción de condón con anticoncepción de emergencia. En este segundo grupo de intervención, también se constató un aumento en el uso de métodos de anticoncepción de emergencia: el 35% de las mujeres del grupo de tratamiento reportan haber usado la "pastilla del día después" frente al 21% del grupo de control, un año después de la intervención. Para este estudio no se recolectaron datos biológicos (embarazo ni ITS).

Profamilia (Colombia)

Chong *et al*. (2013) analizaron los efectos de un curso en línea sobre SSR en colegios públicos de 21 ciudades en Colombia, proporcionado por la ONG Profamilia a estudiantes de ambos sexos que cursaban el noveno grado entre 2009-2010. La intervención partió de la premisa de que los cursos de este estilo podrían aminorar la resistencia y disconformidad que muestran ciertos profesores de instituciones educativas oficiales en enseñar SSR, debido a cuestiones ligadas a la tradición o religión. Asimismo, el diseño de la intervención facilitó el anonimato y la confidencialidad para que los estudiantes pudieran participar con mayor libertad y, por ende, aprendieran más sobre estos temas en comparación con lo que podrían haber aprendido en escenarios como el aula de clase.

Los cursos en línea incluían cinco **módulos que cubrían tópicos diversos como derechos sexuales, uso de condones y otros anticonceptivos, embarazo e ITS (incluyendo VIH/SIDA)**. Estos cursos se llevaron a cabo en el transcurso de un semestre académico durante once semanas (promedio de clase de 1,5 horas semanales) e involucraron sesiones programadas en el laboratorio de computación de la escuela. Además, los estudiantes podían acceder al curso desde cualquier computadora con acceso a Internet, a través de una cuenta protegida por contraseña. A los estudiantes también se les asignó un tutor a distancia ubicado en las oficinas centrales de Profamilia, de modo que pudieran realizar preguntas relacionadas con el material de forma individual y confidencial.

En total, 138 aulas de noveno grado participaron del estudio de evaluación. Las escuelas de estas aulas fueron asignadas al azar entre grupo de tratamiento y de control. Adicionalmente, se asignó un tercer grupo de aulas que no recibían la intervención, pero que sí se encontraban dentro de las escuelas de tratamiento, de modo de medir los efectos de "derrame" (*spillovers*) del programa. Se recolectaron datos de línea de base y de seguimiento (una semana después para impactos inmediatos y seis meses después para impactos de mediano plazo), y el programa se evalúo según los resultados sobre conocimiento, comportamiento y actitudes sexuales. Además, luego de seis meses, se repartieron vales a todos los estudiantes que participaron del experimento para que los intercambiaran por preservativos de la intervención y, de este modo medir la demanda por preservativos en ambos grupos (tratamiento y control).

Los autores encontraron que la intervención aumentó el conocimiento sobre salud sexual en general (incluyendo el conocimiento sobre prevención de embarazos) luego de seis meses; además, se identificaron actitudes más positivas hacia el uso del condón, más conservadoras hacia la actividad sexual y una mayor concienciación sobre situaciones de abuso sexual. Con respecto a los indicadores que describen el comportamiento sexual, no se observaron impactos (inmediatos o de mediano plazo) en el número de parejas sexuales, la frecuencia de las relaciones sexuales, o la virginidad o el aplazamiento de la primera relación sexual; aunque **un mayor número de estudiantes del grupo de tratamiento redimió los vales de condones**: los jóvenes del grupo de tratamiento mostraban, en promedio, una demanda por condones de aproximadamente 9 puntos porcentuales mayor a aquellos del grupo de control. Por otro lado, se comprobaron mejoras en aquellos grupos en que la línea de base era sexualmente activos, especialmente en lo que refiere a incidencia de ITS en niñas sexualmente activas. No se observaron efectos del programa en el número de embarazos. Los autores explican que USD 1.000 de inversión (en USD de 2012) permite a Profamilia proporcionar servicios a 68 estudiantes. Por lo tanto, se estima que el costo de cada caso de ITS evitado gracias al curso se encuentra entre USD 188 y USD 501 (considerando los vales de condones, en esta última estimación).

Intervenciones que buscan mejorar el contexto para aumentar las oportunidades de los adolescentes

Reforma educativa para la escolarización a tiempo completo (Chile)

Berthelon y Kruger (2011) estudiaron el impacto de la reforma educativa llevada a cabo en Chile entre 1997 y 2006, que extendió la jornada escolar de tiempo parcial ("escolaridad simple", "medio turno") a tiempo completo ("doble escolaridad", "turno de día completo"). La reforma ordenaba que todas las escuelas que recibían fondos públicos debieran tener establecido un programa que ofrezca jornadas escolares de tiempo completo para el período 2007-2010. El objetivo de la reforma escolar era mejorar la educación en Chile aumentando la cantidad de tiempo que los estudiantes pasaban en el aula.

Los autores analizaron el efecto que tuvo la reforma en prevenir comportamientos riesgosos al obligar que los estudiantes reasignen su tiempo a favor de más horas escolares supervisados por adultos como profesores o directivos de colegios. Aunque es posible que antes de 1997 ya existieran colegios con jornadas de tiempo completo, el cambio de sistema trajo como consecuencia que el tiempo de instrucción promedio aumentara en un 30% sin alargar el año calendario académico, lo que significó un adicional de 1,4 horas diarias en el aula en promedio.

La estrategia de identificación del estudio se basó en una aplicación gradual de la reforma en 346 municipalidades (debido a restricciones de infraestructuras o financieras), que ofreció una variación regional y temporal que no debería estar correlacionada con maternidad adolescente. Se analizó el impacto de corto plazo que el cambio en la jornada escolar chilena pudo haber causado sobre maternidad adolescente, en lugar de analizar los efectos de medio o largo plazo que puede ocasionar la acumulación de capital

humano como consecuencia de un aumento en la cantidad de horas de exposición escolar. Los autores afirman que, como se analiza el impacto de corto plazo, es probable que cualquier efecto de la reforma provenga del hecho de que los estudiantes pasaron un mayor número de horas bajo supervisión de un adulto, limitando la posibilidad de que participen en comportamientos sexuales de riesgo que puedan terminar en un embarazo.

Utilizando datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) y del Ministerio de Educación, los autores analizaron una muestra compuesta por niñas de entre 15 y 19 años: la data administrativa de la CASEN de 1990, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2003 y 2006 permitió crear un panel de datos donde se observaba la variación de la composición del hogar para construir variables sobre maternidad adolescente; los datos administrativos del Ministerio de Educación entre 1990-2006 permitieron observar la variación, a nivel municipal, de la proporción de escuelas que iban implementando un programa de jornada escolar completa. **El estudio concluye que un aumento de 20 puntos porcentuales de la cobertura municipal de escuelas a tiempo completo reduce la probabilidad de embarazo adolescente en aproximadamente un 3%. Más aún, los efectos observados son más pronunciados en niñas localizadas en áreas urbanas y que provienen de hogares con mayores niveles de pobreza.**

Progresa/Oportunidades/Prospera (México)

Darney *et al.* (2014) evaluaron los efectos del programa de transferencias monetarias condicionadas (CCT, por sus siglas en inglés) Oportunidades (hoy, Prospera) con respecto al uso de anticonceptivos modernos (métodos hormonales, de esterilización, de barrera o de larga duración) y la incidencia de embarazos en mujeres adolescentes localizadas en zonas rurales. Este CCT llevado a cabo en México es uno de los más reconocidos a nivel mundial por su magnitud (el segundo con mayor número de familias cubiertas en la región, de acuerdo con Stampini *et al.*, 2012) y por sus buenos resultados en términos de progresión educativa en niños y adolescentes (véase Avitabile *et al.*, 2015; Behrman *et al.* 2009) y salud materno-infantil (véase Barham, 2011; Gaardner *et al.*, 2010), entre otros. **El objetivo principal del programa es reducir la pobreza y aumentar el capital humano de las familias que se encuentran en situación de pobreza mediante mejoras en la nutrición, la salud y la educación.**

Los autores explican que el programa ofrecía una transferencia monetaria a hogares pobres cuyo monto dependía de la estructura demográfica de la familia, pero que representaba en promedio aproximadamente un 20% de los gastos del hogar antes de ingresar al programa.[z] Estos montos eran transferidos a las jefas de hogar o esposas o acompañantes del jefe de hogar con la condición de que las familias utilizaran servicios

[z] Paes-Sousa *et al.* (2013) estiman que el promedio de transferencias monetarias por hogar de esta CCT fue de USD 63,3 en el 2006 (USD constantes de 2005, ajustados por PPA). Estos autores proveen además información sobre el presupuesto total de varias CCT implementadas en ALC durante el periodo 1997-2011. En el 2006, año de referencia para la evaluación, el presupuesto total de Oportunidades representó un 0,32% del PIB mexicano.

de salud específicos por género y por edad[aa] y que los niños de determinadas edades consumieran suplementos nutricionales y asistieran a la escuela.[bb] Los autores de este estudio sugieren que este PTMC podría influenciar cambios positivos en términos de embarazo adolescente a través de distintos mecanismos, como una mayor educación y permanencia en la escuela, el acceso a servicios de salud (incluidos aquellos relacionados con la atención prenatal, de parto y posnatal) y la focalización hacia poblaciones vulnerables (como las poblaciones indígenas).[cc]

Para la evaluación de impacto, se estimó una regresión logística multivariada en una muestra balanceada a través de la técnica de pareo exacto (*matching*),[dd] utilizando datos de la encuesta nacional de hogares Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica para los años 1992 (línea de base, previa a la aparición del programa de PTMC), 2006 (datos utilizados para las regresiones, ya que incluían las variables de interés sobre embarazos y el uso de anticonceptivos, además de la variable independiente de exposición al programa Oportunidades y otras covariables) y 2009 (cuyos datos se utilizaron para analizar las tendencias en los resultados). Para las estimaciones, se restringió la muestra a hogares del medio rural (áreas con menos de 2.500 habitantes) y a mujeres de entre 15 y 24 años, para obtener una muestra analítica final de 3.654 mujeres. Adicionalmente, se separó el análisis en adolescentes (15-19 años) y mujeres adultas jóvenes (20-24 años). **Los autores no encontraron efectos significativos de la exposición al PTMC en la ocurrencia de embarazos ni en el uso de anticonceptivos modernos para la submuestra de adolescentes (15-19 años).[ee]**

[aa] Entre ellos se incluyen visitas prenatales, postparto y pediátricas. Específicamente, en relación con el tema que nos atañe, el programa requiere que las mujeres embarazadas reciban cinco chequeos prenatales y suplementos nutricionales; que las mujeres en período postparto reciban dos chequeos (a los siete y a los 28 días postparto) y suplementos nutricionales, y que las niñas y adolescentes de entre 2 y 19 años reciban un chequeo pediátrico cada seis meses. Además, requiere que las adolescentes y mujeres adultas de entre 18 y 49 años reciban capacitación comunitaria sobre estilos de vida saludables y se sometan a pruebas de detección de cáncer cervicouterino. (Darney *et al.*, 2014).

[bb] Para obtener mayores detalles sobre cómo se implementa actualmente este CCT, se recomienda la lectura de Lárraga (2016).

[cc] Estos autores también reconocen que muchos expertos critican este tipo de programas porque justamente podrían establecer incentivos para que las mujeres tengan más hijos, ya que, por ejemplo, podría significar mayores beneficios. De todos modos, explican que no existe una evidencia cierta de este tipo de efectos.

[dd] Las variables para balancear la muestra fueron las siguientes: edad, logro educativo, situación escolar actual, logro educativo de la o del jefe de familia, estado conyugal, origen étnico indígena, exposición a programas sociales distintos a Oportunidades, número de mujeres de 15 a 49 años en la familia e índice de riqueza (construido a través de un análisis factorial).

[ee] De todos modos, es importante aclarar que los autores sí encuentran, a través del efecto positivo que tiene Oportunidades en la asistencia escolar, un efecto indirecto significativo en la reducción de fecundidad adolescente.

Intervenciones integrales

Cuídate: Promueve tu salud (México)

En México, Villarruel *et al.* (2010) evaluaron Cuídate, un programa enfocado en modificar conductas sexuales para reducir el riesgo de adquirir ITS, principalmente el VIH/SIDA. **La intervención estaba compuesta por cursos extracurriculares sobre reducción de riesgo sexual, ofrecidos por facilitadores capacitados tanto a los adolescentes como a sus padres,** a través de un formato de grupos pequeños (seis a ocho personas). Los currículos hacen énfasis en la abstinencia y el uso del condón como conductas culturalmente apropiadas entre hombres y mujeres y como medios para evitar embarazos no planeados e ITS.[ff] Incluyen juegos de adaptación de rol y actividades musicales como métodos de comunicación atractivos para transmitir información a los jóvenes sobre SSR y métodos de anticoncepción. Por lo tanto, los currículos intentan incorporar aspectos culturales de los jóvenes para generar normas de comportamiento positivas en términos de SSR. El componente para padres se centra en fomentar la comunicación en general entre padres e hijos adolescentes y el diálogo sobre la sexualidad.

El estudio de evaluación de impacto fue implementado con la participación de aproximadamente 400 adolescentes (hombres y mujeres) de entre 13 y 17 años y de uno de sus padres en la ciudad de Monterrey, Nueva León durante el periodo 2002-2005. Los participantes del programa fueron reclutados desde cuatro "preparatorias" (escuelas secundarias) afiliadas a la Universidad Autónoma de Nuevo León. En total, la intervención estaba compuesta por dos sesiones de actividades extracurriculares (durante dos sábados) que duraron en promedio ocho horas. Cada par de sesiones se realizaba en grupos separados tanto para padres como para adolescentes.

La evaluación se realizó a través de un experimento aleatorio donde algunos jóvenes de las comunidades recibieron el tratamiento y otros no. La encuesta de seguimiento se realizó dos años después de la exposición al programa. **El estudio de evaluación concluyó que el programa mostró efectos positivos en el aumento del uso de métodos anticonceptivos y en la edad de la primera relación sexual**: el 76% de los adolescentes en el grupo de tratamiento reportaron el uso de condones durante la primera relación sexual frente al 64% del grupo de control; los adolescentes del grupo de tratamiento eran en promedio 1,27 años mayores cuando tuvieron su primera relación sexual. No se reportaron mediciones sobre fertilidad.

Focus on Youth in the Caribbean (Bahamas)

Chen *et al.* (2010) evaluaron una intervención escolar que también contiene **componentes para los adolescentes y sus padres** y cuyo objetivo se centraba en la

[ff] Como explican Villarruel *et al.* (2010), el currículo utilizado se basa en tres teorías de comportamiento: la teoría social cognitiva, la teoría de la acción razonada, y su extensión, la teoría de la conducta planificada. Estas teorías explican que la voluntad de los adolescentes hacia el uso del condón y otros anticonceptivos son determinadas por creencias conductuales, normas subjetivas y el control percibido sobre la conducta.

prevención de ITS en adolescentes. El componente para los adolescentes, denominado Focus on Youth in the Caribbean (FOYC) consistió en diez sesiones principales llevadas a cabo de manera semanal; además de dos sesiones de refuerzo adicionales implementadas a los 12 y 24 meses, respectivamente, luego de finalizadas las sesiones principales. **Las sesiones fueron diseñadas para mejorar las habilidades en la toma de decisiones; estas incluían el desarrollo de una visión de largo plazo, habilidades de comunicación y de escucha, y el conocimiento y habilidades sobre protección contra comportamientos sexuales riesgosos.** El componente de padres incluía la proyección de un video (de aproximadamente 20 minutos) referente a la **comunicación entre padres y adolescentes en relación con las decisiones sobre comportamiento sexual y planificación familiar.** Este video era seguido por un debate estructurado (adaptado de un programa denominado Caribbean Informed Parents and Children Together o CImPACT) o juegos de rol, y por una demostración sobre la utilización de preservativos (adaptado de un programa denominado Goal for IT o GFI).

Para la evaluación de impacto, participaron del estudio 1.360 alumnos de entre 10 y 12 años que asistían al sexto grado de la educación primaria en quince escuelas públicas de New Providence, Bahamas. Las quince escuelas fueron aleatorizadas en tres grupos: a) cinco escuelas recibieron el componente FOYC para los adolescentes junto al componente CImPACT para padres, b) cinco escuelas recibieron el componente FOYC para los adolescentes junto al componente GFI para padres y c) cinco escuelas recibieron un curso sobre conservación ambiental y el componente GFI para los padres de los estudiantes (sirvió como el grupo de control). Los datos de seguimiento para la evaluación fueron recogidos luego de 36 meses de finalizada la intervención. **Los autores encontraron efectos significativos en las habilidades y la intención de uso de preservativos tanto para el conjunto total de adolescentes que recibió el componente FOYC, como para los dos subgrupos que incluían el FOYC más el componente para padres CImPACT y el GFI, respectivamente, en comparación con el grupo de control. Solo se observaron resultados significativos en términos de mayores tasas de uso de preservativos durante las relaciones sexuales para el subgrupo FOYC/CImPACT. El estudio no reportó resultados sobre embarazos.**

<u>Juventud y Empleo</u> (República Dominicana)

Ibarrarán *et al*. (2012) proveyeron evidencia sobre cómo un programa de capacitación laboral para jóvenes puede incrementar la capacidad de tomar decisiones y las oportunidades laborales de adolescentes mujeres y, de este modo, afectar la incidencia de embarazo en este grupo. Específicamente, los autores estudiaron el impacto del programa Juventud y Empleo de la Republica Dominicana a partir del 2001, que consiste en un programa de capacitación laboral implementado por la institución privada Centros Operadores del Sistema (COS), con el objetivo de mejorar la inserción laboral de jóvenes de entre 16 y 29 años que no completaron la escuela secundaria. **El programa está compuesto por un entrenamiento en "habilidades básicas o habilidades para la vida" con el objetivo de fortalecer los hábitos de trabajo y la autoestima de los beneficiarios, y por un entrenamiento "vocacional o técnico" que pretende dar respuesta a las necesidades de formación técnica de los empresarios locales**. Por lo tanto, contiene dos módulos de capacitación (75 horas de formación básica o

habilidades para la vida y 150 horas de formación técnica o profesional) seguidos por una pasantía laboral de aproximadamente tres meses.

En el estudio de evaluación se analizaron las variables de resultado relacionadas con empleo, expectativas sobre el futuro, habilidades socioemocionales y comportamientos que incluyen el embarazo adolescente. Se recogió información de línea de base a partir de un total de 10.309 aplicaciones de los jóvenes que se registraron al programa. Estas aplicaciones luego fueron asignadas aleatoriamente en dos grupos: a un grupo se le ofreció el curso y el otro funcionó como grupo de control. Se llevó a cabo un seguimiento a través de encuestas de hogares entre noviembre de 2010 y febrero de 2011 (18 a 24 meses después de la graduación del programa) en una muestra aleatoria de 5.000 de los 10.309 jóvenes que se habían inscrito inicialmente. La muestra final de evaluación contó con 3.250 individuos del grupo de tratamiento y 1.750 del grupo de control.

Aunque el estudio encontró resultados mixtos en términos de empleo (efectos no significativos sobre el empleo en general y un impacto significativo en la calidad del empleo para los hombres), se observó que el programa reduce los embarazos en 5 puntos porcentuales en mujeres de entre 16 y 19 años. La explicación que dan los autores sobre este resultado es que efectivamente el programa de capacitación aumentó la percepción y las expectativas que tienen las adolescentes sobre su futuro (se observaron impactos significativos en estas variables), lo que llevó a una decisión de retardar el embarazo. Los autores observaron además impactos significativos en algunas habilidades para la vida como la capacidad de liderazgo, la resolución de conflictos, la autoorganización y la persistencia del esfuerzo. Se estima que el costo de esta intervención fue de entre USD 400 y USD 660 por individuo aproximadamente.

V. Líneas de acción sugeridas

En esta sección retomamos aquellos aspectos que contribuyen a la prevención del embarazo a edad temprana y en adolescentes, y sirven de base para presentar líneas de acción para su prevención, de acuerdo con lo que nos indica el análisis de las intervenciones y de las evidencias de programas con resultados positivos totales y/o parciales. Por tanto, creemos necesario partir con un resumen de los factores asociados a la maternidad y paternidad a edad temprana y en adolescentes o los factores que la determinan. Esto facilitará la identificación de los factores de protección que debemos abordar para la construcción de una propuesta.

Se clasificaron los factores asociados o determinantes en cinco dimensiones, que permiten entender de forma resumida las causas del embrazo a edad temprana y en adolescente: (i) estructural; (ii) sociocultural; (iii) individual; (iv) familiar, e (v) institucional.

La primera dimensión, **estructural**, comprende las condiciones socioeconómicas de los adolescentes y sus familiares, caracterizada por condiciones de pobreza, con poco acceso a los servicios, y en contextos de violencia y alta criminalidad.

La segunda, denominada **sociocultural**, está relacionada con los procesos simbólicos, los valores y creencias culturales que influyen en el contexto inmediato de los adolescentes en donde predomina la cultura adulto-centrista, que promueve estereotipos hacia la mujer y el hombre que no contribuyen a una cultura de derechos, sino que, por el contrario, se caracterizan por demostrar poco respeto hacia los adolescentes y enfatizar el reconocimiento de la afectividad exclusivamente por vía de la maternidad y los valores machistas.

La dimensión individual se refiriere al contexto particular y personal de los adolescentes, quienes atraviesan diversas situaciones que contribuyen al embarazo a edad temprana y en adolescentes, tales como el inicio temprano de las relaciones sexuales, la unión temprana, la baja capacidad de negociación y el empoderamiento de las adolescentes para con su pareja sexual; sumado al poco conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y, en especial, sobre los métodos anticonceptivos y sus usos, y combinado con baja autoestima, poca percepción del riesgo y poco o nula visión de largo plazo.

La cuarta dimensión, relacionada con el contexto directo **familiar** de los adolescentes, está vinculada con los procesos comunicacionales en materia de salud sexual y reproductiva que, de acuerdo con la literatura, son muy limitados y escasos, ya que se consideran tabúes en la mayoría de las culturas. Además, está relacionada con estilos de crianza muy permisivos, combinados con una falta de supervisión y violencia intrafamiliar, y con un desconocimiento por parte de la familia sobre los servicios disponibles para orientar y apoyar a los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, los cuales constituyen factores comúnmente asociados a esta problemática.

Y finalmente, la quinta y última dimensión que corresponde al ámbito **institucional**, está relacionada con la oferta y calidad de los servicios orientados a la atención de los adolescentes; caracterizada por servicios desarticulados, pocos amigables, pocos orientados a la prevención desde una perspectiva integral y con pocos o nulos marcos legales, que no contribuyen positivamente a prevenir el embarazo y promover una cultura de derechos. (Véase Figura 4)

Figura 4: Resumen de los factores asociados con el embarazo a edad temprana y en adolescentes o determinantes

Dimensiones	Factores asociados o determinantes
(i) Estructural	Pobreza y condiciones precarias de vida Pobreza intergeneracional Desigualdad socioeconómica Exclusión o poco acceso a servicios de calidad Poca escolaridad Contextos de violencia y alta criminalidad

(ii) Sociocultural	Cultura adulto-centrista Promoción de una cultura matricentrista que promueve estereotipos hacia la mujer y el hombre, reforzando la sumisión y el machismo Afectividad y reconocimiento por maternidad Tolerancia social a uniones entre adolescentes y adultos Poco respeto a la toma de decisiones de los adolescentes sobre su sexualidad
(iii) Personal/Individual	Inicio temprano de relaciones sexuales Baja capacidad de negociación por parte de los adolescentes sobre sus derechos sexuales y reproductivos en general, pero en particular por parte de las mujeres Unión temprana Poco conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y uso poco consistente de estos Baja autoestima Deserción escolar Víctima de abuso y violencia sexual Baja percepción del riesgo Baja o nula visión a largo plazo (proyecto de vida) Poco uso creativo del tiempo libre
(iv) Familiar	Escasa o nula comunicación intergeneracional Estilos de crianza permisivos o sin control Baja supervisión parental Violencia intrafamiliar Desconocimiento familiar de los servicios de orientación en salud sexual y reproductiva Poco manejo de herramientas socioemocionales
(v) Institucional - ofertas de servicios	Desarticulación y fragmentación de las inversiones y ofertas de servicios Oferta centrada fundamentalmente en las adolescentes mujeres y no en los adolescentes varones Pocos espacios amigables, personalizados y confidenciales para los adolescentes.

	Estrategias comunicacionales y didácticas muy adulto-centrista que no captan la atención y la participación de los adolescentes

Fuente: Elaboración propia

Sobre la base de estos factores asociados o determinantes, se presenta a continuación una propuesta constituida por **dos líneas de acción**: (**i) una de carácter transversal, común a** todas las inversiones en esta materia, que debe conformar parte distintiva del quehacer de las políticas, programas y proyectos destinados a la prevención del embarazo a edad temprana y en adolescentes, y que contempla los siguientes aspectos: a) el aumento de la cobertura con calidad; b) la focalización de la población; c) la intersectorialidad, y d) la participación de los adolescentes, y **(ii) una línea específica de acción,** cuya aplicación dependerá de la situación diagnóstica por territorio y que está orientada a la instrumentación operativa de factores de protección en correspondencia con los factores determinantes que se identifiquen.

Figura 5: Propuestas sugeridas como líneas de acción

(i) Línea de acción transversal	Cobertura con calidad Focalización de la población en edad temprana y adolescentes Intersectorialidad Participación de los adolescentes
(ii) Línea de acción específica	Factores de protección basados en la identificación de factores determinantes en el territorio

Fuente: Elaboración propia

(i) Línea de acción transversal:

En concordancia con lo establecido como dimensión de éxito para la población joven en el documento Marco Sectorial de Protección Social y Pobreza (BID, 2017), se define que la inversión en materia de prevención del embarazo a edad temprana y en adolescentes debe responder, como principio básico y transversal para todas las intervenciones, a cuatro aspectos.

El primer aspecto consiste en poner mayor énfasis en la cobertura y calidad de los servicios de prevención del embarazo a edad temprana y en adolescentes. Esto implica **aumentar el acceso a los servicios orientados a los adolescentes y sus familiares bajo un enfoque de derechos y de género,** satisfaciendo las necesidades y expectativas de los adolescentes y sus familiares en términos de calidad de prestación (menor tiempo de espera y de resolución de casos, mejor trato recibido por parte de los

profesionales que atienden a los jóvenes, consejerías satisfactorias, efectividad y eficiencia[gg] en la resolución de casos, entre otros).

Lo anterior conlleva a privilegiar aquellas intervenciones que cuenten con herramientas que permitan focalizar la inversión hacia la calidad y que respondan a una oferta en torno a esta, dejando de lado el pensamiento tradicional que define el aumento del número de beneficiarios como meta final. La idea es influenciar los gobiernos para que estos intervengan en la creación de servicios que incrementen el número de beneficiarios al mismo tiempo que aumenten la calidad de prestación del servicio.

De igual forma, se sugiere como segundo aspecto que **la inversión debe estar focalizada en la población con edades comprendidas entre los 10 y 19 años**, **haciendo prevención temprana en el grupo de 10 a 14 años, pero poniendo especial énfasis en el grupo etario de 15 a 19 años**, que constituye el segmento de mayor incidencia. Si bien la prevención de esta problemática es un derecho universal, se hace imperativo, dados los recursos limitados, **priorizar la inversión en aquellos adolescentes que se encuentren en condición de vulnerabilidad (socioeconómica y estructural)**, ya que, como se explica en las secciones precedentes, la multiplicación de efectos podría ser mayor en este segmento de la población.

El tercer aspecto de esta línea de acción transversal responde a lo que la evidencia nos indica; la cual señala que **las experiencias más exitosas han sido las integrales,** es decir, aquellas que combinan diferentes acciones y componentes orientados hacia dimensiones individuales y sociales de los adolescentes, y que involucran diferentes ámbitos de competencias (nacional, regional, local, comunitario) y diferentes actores.

Por tanto, se parte del reconocimiento de que el embarazo a edad temprana y en adolescentes es una problemática multicausal, y que para su prevención se **requiere de la inversión de diferentes sectores y de especialidades, de forma coordinada, y no de intervenciones individuales que corresponden a inversiones propias de cada sector, como se ha hecho hasta ahora en la mayoría de los países. Se requiere de una acción intersectorial** que responda a las causas y factores asociados o determinantes que lo generan, desde una perspectiva de género que permita establecer **un plan intersectorial** de prevención del embarazo a edad temprana y en adolescentes con una clara definición de su coordinación en los diferentes niveles del sector público. Lo último exige accionar de manera articulada, reconociendo los nichos técnicos de cada sector y postulando un quehacer colectivo que permita brindar prevención a los adolescentes como sujetos individuales y sociales.

[gg] Se entiende por efectividad la cuantificación del logro de la meta o la capacidad de lograr el efecto que se desea. Constituye la relación entre los resultados (previstos y no previstos) y los objetivos. En este caso, sería la capacidad de lograr la prevención del embarazo a edad temprana y en adolescentes en el territorio en donde se está invirtiendo para tal fin. Se entiende la eficiencia como la capacidad para lograr un fin empleando los recursos disponibles y considerando las limitaciones. Refiere a la capacidad para seleccionar y usar los mejores medios, al menor costo, para lograr un propósito. En este caso, sería la capacidad para lograr la prevención del embarazo a edad temprana y en adolescentes al menor costo.

Hacer operativo este tercer aspecto implica **crear mecanismos interinstitucionales** que faciliten la coordinación entre los distintos sectores a partir de un diagnóstico compartido y que den lugar a un plan de acción orientado a resultados compartidos conjuntamente. Este plan de acción interinstitucional debe contener un presupuesto concurrente que incluya todos los requerimientos necesarios para llevar a cabo cada actividad, es decir, aquellos de carácter tecnológico y de materiales, de infraestructura, y de recursos humanos (perfiles profesionales) que aseguren la oportunidad y la calidad de los servicios ofrecidos. De igual forma, el plan de acción debe establecer un monitoreo y evaluación constante sobre la situación de la problemática en el territorio, así como de las actividades programadas, que permita tomar decisiones oportunas, aprender de la experiencia a través de la sistematización, difundir las lecciones aprendidas y medir la calidad de los servicios a través de la instrumentación de una caja de herramientas (*toolkit*). Por lo tanto, este sistema de información de monitoreo y evaluación debe estar basado en indicadores establecidos con precisión.

Es necesario entonces una coordinación, no sobre los programas que cada sector u organismo implemente individualmente, sino en función de los siguientes aspectos: i) **un diagnóstico de la situación de las tasas de fecundidad a edad temprana y en adolescentes,** y ii) **variables que permitan identificar los factores determinantes del embarazo para establecer una acción coordinada a medida**, **a través del establecimiento de un plan** que implique como principio básico ponerse de acuerdo en qué se debe hacer, cómo se hará, quiénes lo harán, cómo se realizará su seguimiento y evaluación, con qué presupuesto y en qué plazo de tiempo, a fin de no repetir acciones y racionalizar la inversión.

Esta forma de actuar precisa de una **preinversión para diseñar e instrumentar arreglos institucionales que posibiliten una articulación entre los diferentes sectores y variados organismos** que deben coordinarse en el territorio, semejante a la conformación de una red, tal como funciona en la actualidad el servicio de salud en algunos países, por ejemplo.

Se debe contar con un **mapeo de las instituciones**, sus modalidades de atención, sus programas, su personal y sus presupuestos, a fin de conocer, frente a los factores asociados o determinantes, cuáles son los actores institucionales que cuentan con el personal requerido y que tienen o pueden ajustar o crear programas y proyectos para que la inversión sea la requerida, garantizando de este modo que se llegue a los beneficiarios de forma coordinada, oportuna y con calidad, y evitando que se dispersen los recursos y se fragmente la entrega de servicios, lo que ocasiona un alto consumo de tiempo y de presupuesto, no solo para los organismos prestadores de servicios, sino también para la población beneficiaria.

Todo lo anterior se basa en el **desarrollo de la institucionalidad de forma intersectorial, lo que requiere de un reencuadre de valores institucionales en el sector público, orientado al quehacer colectivo y basado en un marco regulatorio que garantice el respeto por los derechos fundamentales de las y los adolescentes,** con el objetivo de que estos dispongan de opciones válidas para tomar decisiones sobre

su sexualidad y reproducción, que a su vez, les permita una transición exitosa a la adultez, donde la visualización de su proyecto de vida sea posible.

Un cuarto y último aspecto de esta línea de acción transversal, muy ligada a la intersectorialidad, corresponde a la participación de los adolescentes en el quehacer de las políticas, programas y proyectos referidos a la prevención del embarazo a edad temprana y en adolescentes. Es pasar de la visión adulto-centrista al reconocimiento pleno de la participación de los adolescentes.

Por tanto, debemos pasar de la visión tradicional que solo tiene en cuenta la opinión de los tomadores de decisiones y expertos, a la incorporación de la visión de los adolescentes, considerándolos como sujetos de derecho, que poseen voz propia e integran la ciudadanía. **Ello supone no solo visualizar a los adolescentes como personas que forman parte de las sociedades y que contribuyen en ellas**, desde diferentes niveles, como sujetos activos, inteligentes, creativos y con deseos de alcanzar una mejor calidad de vida, sino también **establecer mecanismos de consultas y participación de los adolescentes en el quehacer público.**

Para ello, entendemos que la participación de los adolescentes en el quehacer público se valorará no en términos de cuántos adolescentes participan, sino de la calidad de su participación. Por consiguiente, debemos asegurar que su participación sea efectiva. Según el enfoque denominado **Participación Gradual (**Hart, 1992), el cual constituye un modelo muy difundido y discutido por los actores involucrados en el desarrollo de la infancia y la adolescencia, la participación es el "proceso por el que se comparten decisiones que afectan la propia vida y la vida de la comunidad en la que uno habita" (Hart, 1992).

La participación es asumida como ejercicio de ciudadanía en general por parte de los adolescentes, y en particular representa el poder que ellos tendrían para la toma de decisiones en los aspectos tanto individuales como colectivos de su entorno y de su comunidad[hh] (véase Figura 6).

[hh] Hart **propone ocho niveles** de participación (véase Figura 6). Los primeros tres peldaños de la escalera propuesta son aquellos donde la participación no se logra. El nivel uno (1), el más bajo, es el denominado manipulación, y hace referencia a la participación en una acción sin haber sido consultado o informado sobre esta, y desconociendo las razones que la motivaron. Luego está el nivel dos (2), conocido como participación decorativa, en donde se fortalece un mensaje o una acción, pero en donde los adolescentes no han sido partícipes de su organización y, por último, está el nivel tres (3), que corresponde a la participación simbólica (*tokenism*) y que ocurre, cuando se convoca a los adolescentes a expresar su opinión sobre un tema que los afecta, pero sin ser realmente representativos de los temas que se debaten o con poca incidencia sobre ellos.

Los niveles de participación real están representados por cincos peldaños que señalan los grados en que esta se produce. Estos van desde el nivel cuatro (4), conocido como la participación asignada, pero informada. En otras palabras, los adolescentes conocen el propósito y el motivo de la participación y desean participar. El nivel cinco (5) representa la participación consultada e informada, la cual, a pesar de haber sido iniciada por adultos, ha sido compartida con los adolescentes y dirigida hacia ellos, tomando en cuenta sus opiniones y propuestas. El nivel seis (6) corresponde a la participación iniciada por los adultos, pero en este caso la toma de decisiones se realiza en conjunto con los adolescentes, produciendo un cambio significativo en sus acciones, puesto que los adolescentes se involucran totalmente en estas

Figura 6: Niveles de Participación propuestos por Hart

Fuente: Hart (1992)

Sobre la base de este enfoque, la línea de acción propuesta **es lograr mecanismos institucionales que posibiliten una participación de los adolescentes** orientada específicamente a procesos en los que ellos se involucran por decisión propia o bien orientada a temas informativos, deliberativos o consultivos, hasta llegar a la máxima expresión de su participación, representada por la toma de decisiones en conjunto con los adultos en materia de prevención del embarazo a edad temprana y en adolescentes. Se trata de **respetar el derecho que poseen los adolescentes de participar en el quehacer público.**

Por ello, se deben desarrollar espacios para que los adolescentes estén involucrados en las decisiones sobre programas, proyectos y actividades orientados a su atención, y puedan expresar libremente sus opiniones, sin necesidad de la autorización de los adultos, utilizando estrategias comunicacionales presenciales y también por medio del uso de nuevas tecnologías (plataformas digitales, móviles, redes sociales, etc.), para que los adolescentes puedan expresarse, ser informados y consultados, y puedan ejercer la toma de decisiones.

A continuación, se presenta una tabla resumen correspondiente a estas líneas de acción transversal:

interacciones. El nivel siete (7) es la participación iniciada y dirigida por los adolescentes sin intervención de los adultos. Por último, el nivel ocho (8) es la participación iniciada por los adolescentes, pero con decisiones compartidas con los adultos en relaciones igualitarias y horizontales.

Figura 7: Resumen de los aspectos de la línea de acción transversal y los resultados por alcanzar

.

Aspectos de la línea de acción transversal	Resultados por alcanzar
a) Aumento de la cobertura con calidad	**Incrementar el acceso a los servicios orientados a los adolescentes y sus familiares,** que respondan a los más altos estándares de calidad de los servicios previamente establecidos por los gobiernos, satisfaciendo las necesidades y expectativas de los adolescentes y sus familiares en términos de su prestación. (menor tiempo de espera y de resolución de los casos, buen trato, consejerías satisfactorias, efectividad y eficiencia en la resolución de los casos, entre otros).
b) Focalización de la población	**Focalizar los servicios en la población con edades de 10 a 19 años priorizando** aquellos adolescentes que se **encuentren en condición de vulnerabilidad.** **Brindar prevención temprana** a la población de 10 a 14 años. **Poner especial énfasis en el grupo etario de 15 a 19 años.**
	I.- En cuanto al **diseño y fortalecimiento de la arquitectura institucional**: 1. Realizar un **mapeo** de las instituciones, sus modalidades de intervención, programas y beneficiarios, los recursos humanos, tecnológicos y presupuestarios, etc. 2. Establecer **un esquema de articulación** entre sectores y niveles de gobiernos. 3. Establecer un **plan intersectorial** con resultados y presupuestos compartidos.

c) Mecanismos de creación o fortalecimiento de articulación intersectorial	4. Contar con s**istemas de información** que permitan: i) **Monitorear y evaluar la situación del embarazo a edad temprana y en adolescentes** en territorio a través del establecimiento de indicadores compartidos. ii) **Sistematizar y difundir las lecciones aprendidas** de los programas y proyectos evaluados. (iii) **Establecer una caja de herramientas** (*toolkit*) que permita medir la calidad de los servicios. II) Contar con **buenas condiciones de empleo, programas de formación y perfiles del personal** profesional y administrativo previamente establecidos y actualizados para asegurar que se cuente con los recursos humanos adecuados para los servicios de prevención destinados a los y las adolescentes. III) Crear un **marco legal** que provea la normativa a favor de la protección a las y los adolescentes.
d) Mecanismos para la participación de los adolescentes en la prevención	I**) Crear espacios privados, confidenciales, y amigables** para que los adolescentes se informen y se involucren en la toma de decisiones sobre las intervenciones diseñadas para la prevención y atención. II) **Establecer estrategias comunicacionales presenciales utilizando, entre otros, nuevas tecnologías** (plataformas digitales, móviles, redes sociales), para que los adolescentes puedan ser informados y consultados y puedan expresas sus opiniones y ejercer la toma de decisiones.

Fuente: Elaboración propia

(ii) **Línea de acción específica para la prevención del embarazo a edad temprana y en adolescentes**

La línea de acción específica está orientada a instrumentar los factores de protección[ii] requeridos e identificados particularmente para la prevención del embarazo a edad temprana y en adolescentes. Estos factores **deben corresponderse con los factores asociados o determinantes** que se identificaron en el diagnóstico realizado.

Para que la inversión obtenga resultados positivos, se propone que se construya una línea de acción particular para esta problemática, la cual actuará como un referente y dependerá, como se planteó anteriormente, de las particularidades de cada territorio y también de condiciones legales, institucionales y presupuestarias. Esta línea permite acordar **hacia dónde se dirige y cómo se va a distribuir la inversión**, cuáles son los mensajes y los programas intersectoriales, cómo es la hoja de ruta que, de acuerdo con los factores determinantes identificados en el territorio, se debe emprender para contar con una inversión efectiva y eficiente.

Para instrumentar esta línea de acción específica, se parte, en primer lugar, **del diagnóstico realizado**, y con base en él se programa en función de **priorizar cuáles son los factores asociados o determinantes que producen la problemática en ese territorio** a intervenir por medio del **establecimiento del plan intersectorial que se menciona en el tercer aspecto de la línea transversal.**

En segundo lugar, se debe **identificar con precisión la población objetivo y sus características socioculturales y económicas,** a fin de establecer **estrategias de abordaje heterogéneas, diferenciadas que guarden relación con su caracterización.** En tercer lugar, **se debe tener en cuenta que para que su instrumentación sea exitosa se deben realizar ajustes oportunos sobre la base de un sistema de seguimiento y evaluación desarrollado en territorio en el marco de las acciones establecidas como parte de la línea transversal,** según los resultados que se van obteniendo en el campo y en tiempo real, ya que probablemente el avance de la inversión sería negativo o deficiente si solo se ajusta al final. Es decir, se requiere prever mecanismos operativos que permitan que estos contenidos cambien en el tiempo, por diversos aspectos dinámicos que van desde lo sociocultural, a la visión de los adolescentes, sus familiares o de los tomadores de decisión, hasta modificaciones en arreglos institucionales y marcos regulatorios, entre otros.

Para establecer hacia dónde se debe orientar la inversión y qué factores de protección deben seleccionarse para conformar el plan, se presenta, con base en la literatura, una tabla resumen que sistematiza las cinco dimensiones correspondientes a los factores de protección que se deben instrumentar y que se relacionan con las mismas dimensiones que se establecieron para identificar los factores

[ii] Se entiende por factores de protección todas aquellas circunstancias, características, condiciones y atributos vinculados al comportamiento individual y social que potencian las capacidades para afrontar con éxito determinadas situaciones adversas.

asociados o determinantes que influyen en el embarazo a edad temprana y en adolescentes: (i) estructural; (ii) sociocultural; (iii) personal /individual; (iv) familiar, e (v) institucional.

(i) La primera dimensión, que se denomina estructural, está referida a los factores de protección que contribuyen a mejorar las condiciones de vida de los adolescentes y sus familiares. La correlación que existe entre la pobreza y el acceso precario a servicios de calidad con la consecuente situación de condiciones de vulnerabilidad, los contextos altamente violentos y su relación causal con el embarazo a edad temprana y en adolescentes ha sido ampliamente reseñada en la literatura social en general y en particular en las secciones II y III del presente documento.

Es por ello por lo que uno de los factores de protección para la prevención del embarazo a edad temprana y en adolescentes incluye acciones dirigidas **a mejorar las condiciones estructurales de vida de los adolescentes y sus familias a través del incremento de los ingresos familiares**, con el propósito de posibilitar mayor acceso a los bienes y servicios en general y, en particular, a los servicios educativos, de protección social, provisión de salud y a los mercados laborales. Una estrategia para instrumentarlo son los programas **de transferencia monetarias condicionadas** dirigidos a la población más vulnerable, los cuales permiten que, una vez que se haya evidenciado que los adolescentes y sus familiares cumplen las condiciones establecidas, puedan acceder a un monto de recursos en moneda local.

Las condiciones para un programa de transferencias monetarias condicionadas orientado a la prevención del embarazo a edad temprana y en adolescentes son que este esté diseñado para disminuir las tasa de fecundidad adolescente considerando los siguientes aspectos: i) reinserción o inscripción educativa según sea el caso de los y las adolescentes de las familias beneficiarias; ii) asistencia en las escuelas para las actividades establecidas en materia de orientación sobre salud sexual y reproductiva; iii) asistencia a los servicios de salud, para una orientación en materia de salud sexual y reproductiva en general y, en particular, sobre los métodos anticonceptivos, incluyendo su uso consistente, además de la asistencia a controles médicos; iv) capacitación y orientación en técnicas y herramientas para el manejo de resolución de conflictos y negociaciones, y v) capacitación en oficio y en perfiles profesionales para los y las adolescentes y sus familiares en edad económicamente activa a fin de que se encuentren en mejores condiciones para su inserción laboral. La evaluación del programa Juventud y Empleo en República Dominicana (Ibarrarán *et al.*, 2012), descrito en la sección IV, evidencia que se influye positivamente en la prevención del embarazo cuando se combina la provisión de habilidades socioemocionales con una capacitación destinada a mejorar la inserción laboral, ya que se aumentan las expectativas de vida a largo plazo de las adolescentes, lo cual promueve que se postergue el embarazo. Por otro lado, el programa de reforma educativa en Chile (Berthelon y Kruger, 2011) permitió identificar cómo el aumento de la jornada escolar reduce la probabilidad de embarazo, ya que funciona como un factor de protección que evita que los adolescentes se involucren en otras actividades más riesgosas (incluidos aquellos comportamientos riesgosos relacionados con sexualidad).

Asimismo, invertir en programas dirigidos a aumentar el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes de manera innovadora, tal y como se llevó a cabo en el programa Profamilia, que ofrecía cursos en línea en Colombia para fomentar la confidencialidad (Chong *et al.*, 2013), puede ser una buena iniciativa para comprometer a los adolescentes de una manera más activa. Asimismo, contar con una orientación y capacitación sobre SSR con componentes que se refieren a la protección de la sexualidad a partir del uso correcto de métodos anticonceptivos, no solo para los adolescentes sino también para sus padres, puede representar un elemento clave para mejorar las habilidades de los adolescentes y encaminarlos hacia el uso adecuado de estos métodos, tal como lo evidencia el programa Cuídate: Promueve tu Salud en México (Villarruel *et al.*, 2010) y el programa Focus on the Youth in the Caribbean en Bahamas (Chen *et al.*, 2010).

(ii) La segunda dimensión, referida al ámbito sociocultural, incluye aquellos factores de protección que inciden en la generación o fortalecimiento de **procesos simbólicos, valores y creencias culturales positivas, que promuevan el respecto por los adolescentes como sujetos plenos de derechos capaces de tomar sus propias decisiones**. Esto implica redefinir los valores sociales sobre masculinidad y feminidad de acuerdo con un enfoque de género y diversidad que posibilite nuevos estilos de crianza basados en la supervisión parental, la negociación y la comunicación de todos los aspectos (individuales y colectivos) que a los adolescentes les interesan y afectan.

Lo anterior conlleva establecer acciones que puedan reconfigurar o reencuadrar los valores y creencias que tienen las familias, la comunidad y la sociedad sobre las y los adolescentes, derribando falsos mitos y creencias sobre la autonomía, la sexualidad activa de los y las adolescentes, y las inequidades de género, e incrementando al mismo tiempo el respeto por la heterogeneidad, la pluralidad y la diversidad, a fin de romper las barreras comunicacionales entre los adolescentes, las familias y los adultos en general**. Es necesario comprender los derechos de los y las adolescentes** en materia de salud sexual y reproductiva y la importancia que tienen **las creencias y los valores en la crianza, en los esquemas de supervisión** y en el manejo y resolución de conflictos.

Para ello, se sugiere elaborar campañas comunicacionales masivas a través de medios de comunicación, redes sociales, dispositivos móviles, así como campañas en centros de salud, organizaciones comunitarias y escuelas, mediante el uso de estrategias comunicacionales como videos cortos, material impreso y material digital, entre otros, que se distribuyan de manera presencial (charlas, consejerías, etc.).

Se recomienda que los mensajes utilicen un lenguaje sencillo, que tomen en cuenta las características socioculturales de la población destinataria, y que se empleen ejemplos que permitan incrementar el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, sobre estilos de crianza y supervisión parental, sobre los derechos de los y las adolescentes, sobre los valores asociados a la masculinidad y a la feminidad y sobre herramientas socioemocionales, a fin de propiciar un conocimiento colectivo sobre la problemática, sus riesgos y las formas y métodos para su prevención.

(iii) De la misma manera, se requiere instrumentar la **dimensión personal/individual de los adolescentes** e invertir en ella, **apoyándolos en el establecimiento de su proyecto de vida**, es decir, en la visión que tienen de ellos mismos a largo plazo, **a fin de influir sobre su toma de decisiones en general y, en particular, en materia de salud sexual y reproductiva**. La toma de decisiones debe estar basada en información suficiente y oportuna que les permita proyectar su adultez de manera positiva, tal y como evidencian tanto el programa Focus on Youth in the Caribbean en Bahamas (Chen *et al.*, 2010), que mejoró las habilidades y el uso de preservativos, como el programa Teenstar en Chile (Cabezón *et al.*, 2005), que a través de una provisión efectiva de educación en SSR en escuelas logró una reducción en las tasas de fertilidad de las adolescentes beneficiadas.

Se **deben tomar en cuenta los intereses, preocupaciones y motivaciones** de los adolescentes que les permitan sentirse seguros de expresar libremente sus opiniones, su visión a futuro y su identidad sexual. De este modo, se estaría contribuyendo en su orientación y formación en materia de salud sexual y reproductiva en un ambiente que les brinda seguridad y autonomía.

Es por ello por lo que, en esta dimensión, se contempla también la inversión en la **mejora de las habilidades socioemocionales**[jj] para ayudar a los adolescentes a tomar decisiones que les permitan alcanzar sus motivaciones e intereses y resolver sus problemas y necesidades, utilizando estrategias orientadas al aumento de su autoestima, autorregulación y resiliencia. Asimismo, la provisión de habilidades socioemocionales posibilitará la formación de lazos positivos con su entorno inmediato y social, que incrementarán su autonomía y seguridad y les permitirán reconocer las bondades de la negociación y respetar sus elecciones al igual que las de sus parejas.

Por otro lado, se deben instrumentar acciones que incluyan actividades dirigidas al **uso del tiempo libre de forma creativa**, que les brinden a los adolescentes el acceso a diferentes formas de expresarse (actividades culturales, recreacionales, deportivas, etc.) a fin de contribuir a su desarrollo pleno evitando su exposición a condiciones de riesgo.

(iv) Se requiere influir en el contexto familiar de los y las adolescentes a fin de mejorar las condiciones comunicacionales y los estilos de crianza y supervisión parental a través de las siguientes acciones: (a) **promover en las familias el respeto por los derechos de los adolescentes** por medio de **estrategias didácticas y comunicacionales de acompañamiento a las y los adolescentes y a las familias**, en los servicios de salud, en las escuelas, y en el ámbito comunitario; (b) **divulgar y**

[jj] De acuerdo con estudios recientes en neurociencia, existe una ventana de oportunidad referida a contar con una capacidad mayor para formar nuevas conexiones neuronales y ser influido por el entorno durante la niñez y la adolescencia, que es cuando el cerebro aún está en desarrollo. La idea básica es que, durante esta etapa del ciclo de la vida, los circuitos neuronales que ayudan a originar comportamientos y estados mentales toman forma y son particularmente sensibles a los efectos de la experiencia. De manera particular, "los últimos descubrimientos en neurociencias han arrojado luz sobre esta cuestión, demostrando que el cerebro de un joven puede ser considerado como "subdesarrollado" en comparación con el de un adulto, y que el proceso de maduración de este joven cerebro implica reajustes y mejoras permanentes de las estructuras implicadas en los procesos cognitivos, sociales y emocionales, y en particular de la corteza prefrontal (Walsh, 2011).

aumentar la comprensión sobre SSR desde una perspectiva integral que abarque aspectos relacionados con la sexualidad, la reproducción, la afectividad, la confianza en sí mismos, en sus pares y en sus familias, los entornos sociales orientados a la toma de decisiones de las y los adolescentes y de sus familiares, así como también relacionados con los métodos anticonceptivos y su efectividad, promocionando el uso consistente de estos; y brindar información sobre las diferentes ofertas de servicios existentes cercanas a su localidad; **(c) capacitar y difundir sobre herramientas que permitan mejorar la comunicación entre los responsables de crianza y los adolescentes** sobre salud sexual y reproductiva, poniendo énfasis en el respeto, la negociación, la toma de decisiones informadas y fundamentadas; así como identificar los riesgos que limitan los proyectos de vida de los adolescentes y las medidas para su prevención, **y (d) capacitar a las familias sobre estilos de crianza y supervisión parental.**

(v) Por último, con respecto a la **dimensión institucional** se espera que se invierta en mejorar la cobertura y la calidad de las ofertas de servicios de prevención orientados a los adolescentes. **Estos servicios deben operar en el marco de un enfoque de derechos, que reconozca a los adolescentes como sujetos plenos de derechos**. Por ello, se debe invertir en ofertas de servicios que contemplen la atención directa a los adolescentes sin necesidad de contar con la presencia de algún adulto y suministrada por pares, **para garantizarles, de este modo, espacios privados y confidenciales** a fin de facilitar la comunicación y evitar el rechazo o la inhibición. Igualmente, se requiere **establecer horarios flexibles** (horarios extendidos, es decir, extraescolares y fuera del horario de oficina) que posibiliten su uso por parte de los adolescentes.

En materia de las ofertas de servicios de prevención del embarazo a edad temprana y en adolescentes prestados, se requiere apoyar **el fortalecimiento institucional en general y, en particular, de los contenidos de prevención en los servicios y programas, garantizando,** como se ha planteado anteriormente, oportunidades, la confidencialidad y el respeto por los adolescentes, y respondiendo no a programas generales, sino a programas basados en el entendimiento particular de la problemática, de manera que **los adolescentes y sus familiares cuenten con espacios físicos** en donde se les brinden consejerías de forma privada y confidencial que estimulen su uso.

En síntesis, de manera particular, se debe invertir a fin de cubrir los siguientes servicios:

- **Servicios de protección social** que brinden consejerías y actividades de acompañamiento técnico a los y las y adolescentes y sus familias en materia de salud sexual y reproductiva (SSR).
- **Servicios educativos** que promuevan y faciliten la escolarización de los y las adolescentes a través de horarios flexibles, o educación a distancia, que contemplen el desarrollo de actividades referidas a la educación sexual y reproductiva, al respeto por la diversidad y a la heterogeneidad cultural, promoviendo la igualdad de género y la garantía de sus derechos.
- **Servicios de salud** para los y las adolescentes en materia de prevención a fin de orientarlos sobre salud sexual y reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos, incluyendo para este último asesorías sobre su uso consistente, en un ambiente adecuado, amigable, confidencial y en horarios

flexibles. Asimismo, estos servicios deben **garantizar la distribución de los métodos anticonceptivos** a los y las adolescentes de forma regular con el objetivo de cerrar la brecha actual entre los y las adolescentes de menores ingresos y los de mayores ingresos**.**

A continuación, presentamos un cuadro resumen de los factores de protección según sus dimensiones y estrategias de instrumentación. (Véase Figura 8)

Figura 8: Línea de acción específica frente a los resultados esperados y las estrategias de instrumentación por factores de protección

Dimensiones	**Factores de protección**	**Estrategias de instrumentación**
(i) Estructural	Mejora del ingreso familiar. Incremento del acceso de la población vulnerable a servicios de calidad (salud, educación, protección social, etc.). Contextos sociales no violentos basados en la negociación.	**Crear programas y proyectos de transferencias condicionadas dirigidos a la población en situación de vulnerabilidad** con condicionantes orientadas a los adolescentes, como por ejemplo: i) reinserción o inscripción educativa según sea el caso de los adolescentes de las familias beneficiarias; ii) asistencia a los centros de salud para recibir orientación en salud sexual y reproductiva; iii) capacitación y orientación en el manejo de resolución de conflictos y negociación; iv) conocimiento y uso de los anticonceptivos de formar consistente, entre otros. **Impulsar programas de capacitación e inserción laboral** para los adolescentes y sus familiares en edad económicamente productiva.

(ii) Sociocultural	Respeto por los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. Reencuadre de la masculinidad y feminidad con base al enfoque de derecho, de salud sexual y reproductiva y al enfoque de género. Prácticas de crianza y supervisión parental adecuadas. Comunicación intergeneracional positiva. Manejo de herramientas socioemocionales.	**Realizar campañas comunicacionales masivas** a través de medios de comunicación, redes sociales, dispositivos móviles, así como campañas en los centros de salud, organizaciones comunitarias y escuelas, mediante el uso de estrategias comunicacionales como videos cortos, material impreso y digital y otras de carácter presencial (charlas, consejerías, etc.). **Utilizar mensajes con lenguaje sencillo, acorde a las características socioculturales de la población** que contengan ejemplos que permitan incrementar el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, sobre estilos de crianza y supervisión parental, sobre los derechos de los y las adolescentes, sobre los valores asociados a la masculinidad y a la feminidad y sobre herramientas socioemocionales, a fin de propiciar un conocimiento colectivo sobre la problemática, sus riesgos y las formas y métodos para su prevención.
	Proyecto de vida construido. Toma de decisiones informadas.	Apoyar técnicamente a los adolescentes en el **establecimiento** de su **proyecto de vida**. **Acompañar técnicamente a los adolescentes por**

(iii) Personal/individual	Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva. Manejo de autonomía y seguridad para explorar su identidad. Manejo de herramientas socioemocionales. Lazos positivos con su entorno inmediato (familiar) y social. Expresión de sus opiniones libremente. Participación en las decisiones que afecten su vida de forma positiva. Actuación con base en la negociación y en el respeto por sus decisiones y las de sus parejas.	**medio de diferentes estrategias,** según sus preocupaciones, intereses y motivaciones. **Educar y orientar en materia de salud sexual y reproductiva**, de manera individual por medio de los servicios de prevención existentes y a través de planes comunicacionales colectivos. **Capacitar en herramientas y técnicas** de negociación y en habilidades socioemocionales. **Fomentar el uso del tiempo libre de forma creativa**, a través de actividades culturales, recreacionales, deportivas, entre otras.
(iv) Familiar	Estilos de crianza y supervisión parental adecuados. Respeto por los derechos de los adolescentes por parte de los padres. Aumento de la información, el conocimiento y la comprensión sobre salud sexual y reproductiva (SSR) en los padres. Manejo de herramientas comunicacionales positivas entre los y las adolescentes y sus responsables de crianza, basadas en el respeto y la negociación.	**Promover en las familias el respeto por los derechos de los y las adolescentes** a través de estrategias didácticas de acompañamiento. **Divulgar y aumentar la comprensión sobre salud sexual y reproductiva (SSR**) desde una perspectiva integral. **Capacitar y difundir herramientas que permitan mejorar la comunicación** sobre salud sexual y reproductiva **entre los responsables de crianza y los adolescentes**.

		Capacitar a las familias sobre estilos de crianza y supervisión parental
(v) Institucional/ofertas de servicios de prevención	Servicios orientados a la atención de los y las adolescentes. Intervenciones a medida según situación en territorio. Creación de redes integrales de servicios. Acondicionamiento y creación de espacios físicos para brindar consejerías a los y las adolescentes y a las familias de forma privada y confidencial que estimule su uso. Horarios flexibles en los servicios de consejería y orientación en materia de salud sexual y reproductiva en los diferentes sectores (protección social, salud, educación, entre otros) para facilitar el uso por parte de los adolescentes. Incremento y fortalecimiento de programas educativos que contemplen el desarrollo de actividades referidas a la educación sexual y reproductiva, al respeto por la diversidad y a la heterogeneidad cultural, promoviendo la igualdad de género y la garantía de sus derechos. Servicios de educación a distancia para los adolescentes con dificultades para acceder de	**Apoyar el fortalecimiento institucional** de los contenidos de los programas de prevención, tomando en cuenta las especificidades del territorio al que se hacen referencia. Contar con **servicios de protección social** que brinden consejerías y actividades de acompañamientos técnico a los y las y adolescentes y sus familias en materia de salud sexual y reproductiva (SSR). **Prestar servicios educativos**, que promuevan la educación y orientación sobre salud sexual y reproductiva. Brindar servicios educativos en horarios flexibles, o educación a distancia que posibiliten aumentar su cobertura.

	forma regular y presencial a los centros educativos. **Incremento de la cobertura de los servicios de salud** para las y los adolescentes en materia de prevención, a fin de orientarlos sobre salud sexual y reproductiva, sobre las enfermedades de transmisión sexual, sobre métodos anticonceptivos y su uso consistente, en un ambiente adecuado, amigable, confidencial y en un horario flexible. **Acceso a los métodos anticonceptivos** por parte de los y las adolescentes de forma regular con el objetivo de cerrar la brecha actual entre los y las adolescentes de menores ingresos y los de mayores ingresos.	**Prestar servicios de salud** para las y los adolescentes con orientación y acompañamiento sobre salud sexual y reproductiva. Garantizar un ambiente adecuado, amigable, confidencial. Disponer de horarios flexibles a fin estimular su uso. **Garantizar la distribución de los métodos anticonceptivos** a los y las adolescentes de forma regular.

Fuente: Elaboración propia

Todo lo anterior debe permitir apoyar a **los y las adolescentes en forma integral,** contribuyendo a la prevención del embarazo a edad temprana y en adolescentes de forma particular y mejorar sus condiciones de vida para una transición positiva a la edad adulta.

VI.- Conclusiones:

La problemática en torno al embarazo adolescente se visualiza no solamente a nivel social (alta relación del embarazo adolescente con pobreza, menor acumulación de capital humano, mayores costos de inversión en programas sociales de salud y prevención para los gobiernos, entre otros), sino que también a nivel individual (puede representar riesgos para el buen desarrollo físico y psicosocial de la joven embarazada y su bebe recién nacido, mayores riesgos de muerte para la madre, mayor mortalidad prenatal, etc.).

Cuando se analizó la tendencia de la tasa de fertilidad adolescente, se pudo ver que, si bien esta ha disminuido en los últimos años, la reducción ha sido más significativa en países de altos ingresos. A pesar de que esta tendencia se presenta a nivel mundial, la situación en ALC es aún más preocupante, dado que es la región que menos reducciones de embarazos adolescentes ha logrado en los últimos años. Es por esto por lo que los gobiernos y los encargados de políticas públicas han realizado esfuerzos para reducir los índices de fertilidad adolescente en la región; sin embargo, este camino no ha sido

fácil: no hay una receta única para la prevención del embarazo adolescente, y al momento de diseñar políticas públicas es necesario tener en cuenta factores como el contexto social y económico, las diferencias culturales, entre otros.

En este sentido, varios tipos de intervenciones se han llevado a cabo para solucionar este problema. Entre estas se encuentran aquellas centradas en educación sexual y reproductiva (enfocados a influenciar la toma de decisiones por parte de los adolescentes con el uso del desarrollo de habilidades socioemocionales, por ejemplo), aquellas con enfoque de derechos (más direccionado a cambiar el entorno social, económico e institucional de los jóvenes e incluyendo además actores influyentes como son la comunidad, la familia y las escuelas) y aquellas intervenciones integrales que amalgaman ambas líneas estratégicas y por ende resultan como las más efectivas, aunque representen las más difíciles de implementar (requieren la coordinación de varios actores, lo cual aumenta su complejidad) y evaluar.
Para la realización de políticas públicas que aborden esta problemática es importante considerar, como se mencionó anteriormente, guías para conseguir una mejor efectividad en los programas. En este sentido, se recomendó que los programas deben seguir principios de transversalidad como lo son la cobertura con calidad y la focalización hacia el grupo de adolescentes, así como la intersectorialidad de los actores y la necesidad de participación de los adolescentes. Por último, se recomienda como líneas de acción específicas que se establezcan factores basados en las necesidades particulares de los territorios.

Como consideraciones finales y recomendaciones de política, el análisis de las intervenciones de la prevención en embarazo adolescente deja como lección la necesidad de realizar diagnósticos previos al diseño de las intervenciones con el fin de conocer cuáles son las demandas y necesidades de cada contexto, y, así, reconocer las particularidades con las que debe contar la intervención. Una vez que se haya realizado este diagnóstico, queda como recomendación de política implementar intervenciones de tipo integral, a pesar de las dificultades que este tipo de intervenciones puedan presentar.

VII.- Referencias

Alemann, C. (2015). Embarazo Adolescente y Salud Sexual: BID – 2015. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

Azevedo, J. P., Favara, M., Haddock, S. E., López-Calva, L. F., Müller, M., y Perova, E. (2012). Teenage Pregnancy and Opportunities in Latin America and the Caribbean on Teenage Fertility Decisions, Poverty and Economic Achievement. Washington DC: Banco Mundial.

Banco Interamericano de Desarrollo. (2017). Documento de Marco Sectorial de Protección Social y Pobreza. Disponible en: http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=EZSHARE-1728116555-3463

Banco Mundial. (2017). World Development Indicators. Disponible en < https://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators >. Acceso 12 de diciembre de 2017

Berthelon, M. E., & Kruger, D. I. (2011). Risky behavior among youth: Incapacitation effects of school on adolescent motherhood and crime in Chile. Journal of public economics, *95*(1), 41-53.

Briggs, G., Brownwell, M., & Roos, N. (2007). Teen Mothers and Socioeconomic Status: The Chicken-Egg Debate. *Journal of the Motherhood Initiative for Research and Community Involvement*, *9*(1).

Cabezón C, V.P., Rojas I, Leiva E, Riquelme R, Aranda W, y Garcia C. (2005). Adolescent pregnancy prevention: An abstinence-centered randomized controlled intervention in a Chilean public high school," Journal of Adolescent Health. *36*(1), p. 64-69.

Caffe, S., Plesons, M., Virginia, A., Brumana, L., Abdool, S., Huaynoca, S., Mayall, K., Menard-Freeman, L., Francisco, L. Gomez, R., Chandra-Mouli, V. (2016) Looking back and moving forward: can we accelerate progress on adolescent pregnancy in the Americas? Reproductive Health, *14*(83).

Chaaban, J., Cunningham, W. (2011) Measuring the Economic Gain of Investing in Girls The Girl Effect Dividend. Policy Research Working Paper 5753. The World Bank Human Development Network Children and Youth Unit & Poverty Reduction and Economic Management Network Gender Unit. Washington, DC.

Chen, X., Stanton, B., Gomez, P., Lunn, S., Deveaux, L., Brathwaite, N., ... & Harris, C. (2010). Effects on condom use of an HIV prevention programme 36 months postintervention: a cluster randomized controlled trial among Bahamian youth. International journal of STD & AIDS, *21*(9), 622-630.

Chong, A., Gonzalez-Navarro, M., Karlan, D., & Valdivia, M. (2013). Effectiveness and spillovers of online sex education: Evidence from a randomized evaluation in Colombian public schools. Cambridge MA: National Bureau of Economic Research.

Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Lammers, C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. American journal of obstetrics and gynecology, *192*(2), 342-349.

Duflo, E., Dupas, P., & Kremer, M. (2014). Education, HIV, and early fertility: Experimental evidence from Kenya. Cambridge MA: National Bureau of Economic Research.

Dupas, P. (2011). Do Teenagers Respond to HIV Risk Information? Evidence from a Field Experiment in Kenya. American Economic Journal: Applied Economics, *3*, 1–34.

Frieden, T. R. (2010). A framework for public health action: the health impact pyramid. American Journal of Public Health, *100*(4), 590-595.

Galindo Pardo, C. (2012). Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas. Desarrollo y sociedad, (69).

Goesling, B., Colman, S., Trenholm, C., Terzian, M., & Moore, K. (2014). Programs to reduce teen pregnancy, sexually transmitted infections, and associated sexual risk behaviors: a systematic review. Journal of Adolescent Health, *54*(5), 499-507.

Hadley, A., Chandra-Mouli, V., & Ingham, R. (2016). Implementing the United Kingdom Government's 10-Year Teenage Pregnancy Strategy for England (1999–2010): Applicable Lessons for Other Countries. Journal of Adolescent Health.

Hart, Roger (1992), “Children’s Participation: From Tokenism to Citizenship” (Innocenti Essays, Unicef, Florence, Italy)

Instituto Autónomo Consejo Nacional de Derechos del Niño, Niña y Adolescentes (IDENNA). (2014). Diagnóstico de los Factores Generadores del Embarazo a Edad Temprana y en Adolescentes.

Ibarrarán, P., Garcia, B., & Ripani, L. (2012). Life skills, employability and training for disadvantaged Youth: Evidence from a randomized evaluation design. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

Jara, P., & Sório, R. E. (2013). Redes de protección social: Mejores respuestas para adolescentes y jóvenes. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

Kearney, M. S., & Levine, P. B. (2011). *Income Inequality and Early Non-Marital Childbearing: An Economic Exploration of the" Culture of Despair"* (No. w17157). National Bureau of Economic Research.

Linares, E. T., Vilariño, C. S., Villas, M. A., Álvarez-Dardet, S. M., & López, M. J. L. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, *18*(1), 45-59.

Lemos, G. (2009). Freedom's consequences: Reducing teenage pregnancies and their negative effects in the UK. Disponible en: https://www.lemosandcrane.co.uk/home/resources/fq_dl865rte.pdf

Loaiza, E., y Liang, M. (2013). Adolescent Pregnancy: A review of the Evidence. New York: UNFPA.

Maness, S. B., & Buhi, E. R. (2013). A systematic review of pregnancy prevention programs for minority youth in the us: A critical analysis and recommendations for improvement. Journal of Health Disparities Research and Practice, *6*(2), 7.

Miller, E. C., Gatollari, H. J., Too, G., Boehme, A. K., Leffert, L., Elkind, M. S., & Willey, J. Z. (2016). Risk of Pregnancy-Associated Stroke Across Age Groups in New York State. Jama neurology, *73*(12), 1461-1467.

Moore, K. A., Miller, B. C., Sugland, B. W., Morrison, D. R., & Glei, D. A. (2000). Beginning too soon: adolescent sexual behavior pregnancy and parenthood. A review of research and interventions.

Näslund-Hadley, E., & Binstock, G. (2011). El fracaso educativo: embarazos para no ir a la clase. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). La salud de los jóvenes: Un desafío para la sociedad. Serie de Informes Técnicos, 731.

Organización Mundial de la Salud. (2004). Adolescent Pregnancy: Issues in Adolescent Health and Development. WHO Discussion Papers on Adolescence. Geneva: WHO.

Organización Mundial de la Salud. (2011). WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries. Disponible en:
< http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44691/1/9789241502214_eng.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2014a). El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva. N.º:364. Disponible en:
< http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2014b). Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Disponible en:
< http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2014). Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2014.

Oringanje, C., Meremikwu, M. M., Eko, H., Esu, E., Meremikwu, A., & Ehiri, J. E. (2009). Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database Syst Rev, *4*(4).

Power to Decide (anteriormente, “The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy”). (2018). *Progress Pays Off.* Disponible en: < https://powertodecide.org/sites/default/files/media/savings-fact-sheet-national.pdf >

Penman-Aguilar, A., Carter, M., Snead, M. C., & Kourtis, A. P. (2013). Socioeconomic disadvantage as a social determinant of teen childbearing in the US. *Public Health Reports*, *128*(2_suppl1), 5-22.

Plan Internacional y UNICEF. (2014). Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes: Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región. Informe Final. Panamá.

Reina, M. F., & Castelo-Branco, C. (2014). Teenage Pregnancy in Argentina: A Reality. In International Handbook of Adolescent Pregnancy. Springer, Boston, MA, 171-189.

Rodríguez, J. (2011). High adolescent fertility in the context of declining fertility in Latin America. In *Nueva York: United Nation Expert Group of Meeting on Adolescents, Youth, and Development (Eclac)*.

Rodríguez, J, y Hopenhayn, M. (2007). Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe: Tendencias, problemas y desafíos. Desafíos: Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio, *4*, 4-12.

Romero, L. (2014). Adolescent Pregnancy Prevention using the Health Impact Pyramid. Presented on the “International Interagency Meeting: Current Evidence, Lessons Learned and Best Practices in Adolescent Pregnancy Prevention in Latin America and the Caribbean” (Nicaragua, March 2014).

Saric, D., López-Peña, P., & Vivo, S. (2012). Salud sexual y reproductiva para jóvenes: revisión de evidencia para la prevención.

Skinner, S. R., & Marino, J. L. (2016). England's Teenage Pregnancy Strategy: a hard-won success. The Lancet.

Swann, C., Bowe, K., Kosmin, M., & McCormick, G. (2003). Teenage pregnancy and parenthood: a review of reviews. Evidence briefing. London: Health Development Agency.

Trivedi, D., Bunn, F., Graham, M., & Wentz, R. (2007). Update on review of reviews on teenage pregnancy and parenthood; submitted as an addendum to the first evidence briefing 2003. Review of sex and relationship education (SRE) at school. Centre for

Research in Primary and Community Care, University of Hertfordshire, on behalf of NICE, Hertfordshire. Download at: http://publications. teachernet. gov. uk/default. aspx.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2002). Adolescencia: una etapa fundamental. Disponible en:
< https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf >

UNICEF. (2006). Convención sobre los derechos del niño. Unicef Comité Español. Madrid.

Villarruel, A. M., Zhou, Y., Gallegos, E. C., & Ronis, D. L. (2010). Examining long-term effects of Cuídate-a sexual risk reduction program in Mexican youth. Revista Panamericana de Salud Pública, *27*(5), 345-351.

Walker, D., Gutierrez, J. P., Torres, P., & Bertozzi, S. M. (2006). HIV prevention in Mexican schools: prospective randomised evaluation of intervention. Bmj, *332*(7551), 1189-1194.

Walsh C. (2011). *Youth Justice and Neuroscience – A Dual-Use Dilemma*, British Journal of Criminology, Vol. 51, 21-39.

Wellings, K., Wadsworth, J., Johnson, A., Field, J., & Macdowall, W. (1999). Teenage fertility and life chances. *Reviews of Reproduction*, *4*(3), 184-190.

Wellings, K., Palmer, M. J., Geary, R. S., Gibson, L. J., Copas, A., Datta, J., ... & Macdowall, W. (2016). Changes in conceptions in women younger than 18 years and the circumstances of young mothers in England in 2000–12: an observational study. The Lancet.

Williams, T., Mullen, S., Karim, A., & Posner, J. (2007). Evaluation of the African Youth Alliance program in Ghana Tanzania and Uganda. Impact on sexual and reproductive health behavior among young people. Summary report.

Whitaker, R., Hendry, M., Booth, A., Carter, B., Charles, J., Craine, N., ... & Rycroft-Malone, J. (2014). Intervention Now To Eliminate Repeat Unintended Pregnancy in Teenagers (INTERUPT): a systematic review of intervention effectiveness and cost-effectiveness, qualitative and realist synthesis of implementation factors and user engagement. BMJ open, *4*(4), e004733.

Williamson, N. (2013). Estado de la población Mundial 2013: Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. New York City NY: UNFPA