



Working Papers Series CST/ LAC  
NO. 9

“POLÍTICAS DE POBLACIÓN PARA  
ADOLESCENTES: DIAGNÓSTICO DE  
SITUACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
SEXUAL Y REPRODUCTIVA”

José Miguel Guzman/Martha Falconier de  
Moyano/Ralph Hakkert/Juan Manuel  
Contreras

UNFPA Country Support Team for  
Latin America & The Caribbean  
UNFPA CST LAC - Mexico City



**UNFPA**

United Nations  
Population Fund

**FNUAP**

Fondo de Población  
de Naciones Unidas



**POLÍTICAS DE POBLACIÓN PARA ADOLESCENTES:  
DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

DOCUMENTO PRESENTADO A LA

**5TA REUNION MINISTERIAL SOBRE LA NIÑEZ Y LAS POLITICAS SOCIALES  
KINGSTON, JAMAICA  
9-13 DE OCTUBRE 2000**

**WORKSHOP 3a**  
ADOLESCENT SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH

**POLÍTICAS DE POBLACIÓN PARA ADOLESCENTES:**  
DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA<sup>1</sup>

José Miguel Guzmán  
Martha Falconier de Moyano  
Ralph Hakkert  
Juan Manuel Contreras

Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe

México, Junio de 2000

[jmguzman@eat.org.mx](mailto:jmguzman@eat.org.mx);

[martha.moyano@eat.org.mx](mailto:martha.moyano@eat.org.mx)

[ralph.hakkert@eat.org.mx](mailto:ralph.hakkert@eat.org.mx)

[juan.manuel.comtreras@eat.org.mx](mailto:juan.manuel.comtreras@eat.org.mx)

## INTRODUCCIÓN

Con la Conferencia de Población y Desarrollo realizada en el Cairo, Egipto en 1994 (CIPD), se da una sólida sustentación a la necesidad de situar la salud reproductiva como un componente central de la salud en general y de la vida de las personas en todo su ciclo vital. Dentro de esta perspectiva, los y las adolescentes emergen como sujetos importantes de políticas por sus necesidades específicas en materia de salud reproductiva, por sus condiciones de ser un grupo de riesgo y porque es indudablemente en esta etapa en la que se definen muchos de los aspectos que influyen en la conducta sexual y reproductiva que afectarán a los individuos a lo largo de su vida.

A pesar de la reconocida preocupación por dar respuesta a las crecientes necesidades de la salud reproductiva de los y las adolescentes, en América Latina existe una insuficiencia en cuanto a la capacidad de los países para implementar programas efectivos, debido, entre otras razones, a la escasez de información y análisis que identifiquen de forma precisa el contexto social, cultural, económico y demográfico en el que se desenvuelve la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y los factores más importantes que las determinan.

En este documento se presenta un análisis de la situación actual de la salud reproductiva de los adolescentes. En particular, se describe la situación y tendencias recientes en sus aspectos más importantes como son: fecundidad, aborto, aspectos sexuales y características matrimoniales, conocimiento y uso de anticonceptivos, efectos biológicos y psicosociales del embarazo, preferencias reproductivas, ITS y VIH-SIDA, y violencia intrafamiliar y sexual. Dicho análisis está basado principalmente en encuestas realizadas dentro del proyecto de las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) y aquellas Encuestas de Salud Reproductiva apoyadas por el Centers for Disease Control and Prevention (CDC), así como en encuestas específicas de cada país (Ver Bibliografía).

También se analizan los avances y retos pendientes en cuanto a políticas, programas y acciones dirigidas a esta población, específicamente en los campos de educación sexual y salud sexual y reproductiva integral. Para este estudio se parte de que las condiciones socioeconómicas, el origen étnico, los patrones culturales y las expectativas de vida, condicionan el significado y la vivencia de la adolescencia para los diversos grupos sociales y comunidades.

---

<sup>1</sup>El capítulo I de este documento está basado casi en su totalidad en Guzmán, Hakkert, Contreras y Moyano (2000).

## I. LA SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES

### La fecundidad adolescente

La salud sexual y reproductiva adquiere dimensiones claramente diferenciadas para cada sexo. Por ejemplo, la fecundidad adolescente tiene mayor incidencia en mujeres que en hombres, a pesar de que éstos inician su vida sexual más tempranamente. Así, en países como Perú la maternidad adolescente está presente en una de cada diez mujeres y la paternidad adolescente en apenas uno de cada cincuenta hombres (Cuadro 1). En los casos de países como Honduras y Nicaragua, más de un 20 por ciento de las adolescentes ya son madres, mientras que menos del 4 por ciento son padres.

Cuadro 1  
Porcentaje de adolescentes (15-19) que han tenido hijos nacidos vivos,  
según sexo, América Latina y el Caribe, 1995-1998.

País	Porcentaje de adolescentes que han tenido hijos nacidos vivos	
	Mujeres	Hombres
Bolivia (1998)	11.5	3.0
Brasil (1996)	14.3	3.1
Haití (1995)	10.8	0.3
Honduras (1996)	22.3	3.7
Nicaragua (1998)	22.1	2.9
Perú (1996)	10.9	2.0
Rep. Dominicana (1996)	18.3	1.2

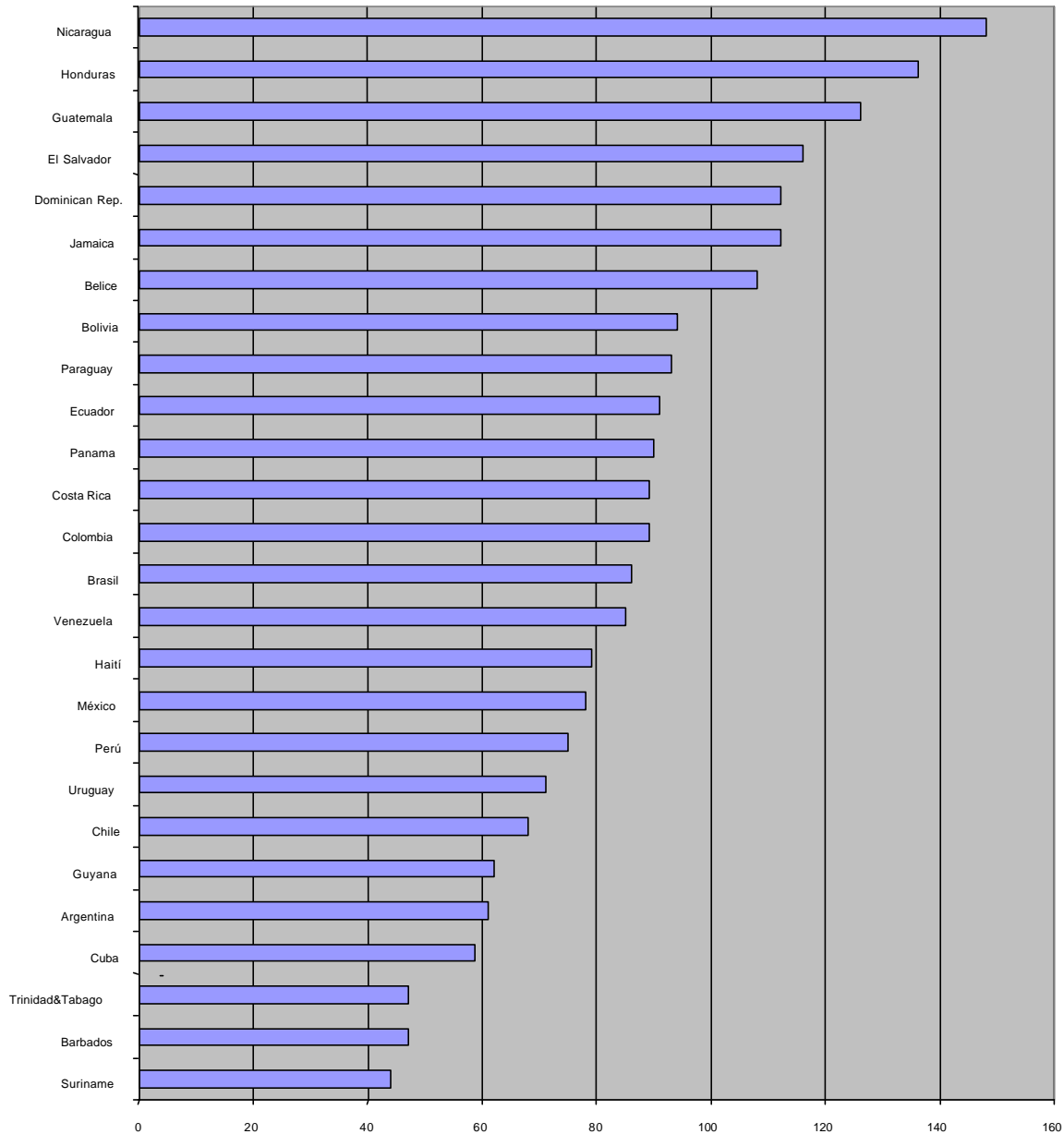
Fuente: DHS

En América Latina y el Caribe no existe un patrón único de embarazos en la adolescencia, al contrario, se presenta una gran heterogeneidad tanto entre países como al interior de éstos (ver Gráfico 1 y Cuadros 1, 2 y 3 del Anexo). Si se utiliza la tasa de fecundidad adolescente como indicador de los embarazos tempranos, se observa un primer grupo de países en los que estas tasas son sustancialmente elevadas (por encima de 100 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años) entre los que se encuentran básicamente los países centroamericanos (con exclusión de Costa Rica), República Dominicana, Jamaica y Belice. La elevada frecuencia de embarazos tempranos en estos países es parte de un patrón tradicional de uniones y relaciones sexuales iniciadas a temprana edad. De hecho, en estos países, entre un 3 y un 6 por ciento de las mujeres tienen sus hijos antes de los 15 años, cifra que alcanza cerca de un 10 por ciento en mujeres sin instrucción, exponiéndose de este modo a riesgos de muerte mucho más altos tanto para ellas como para sus hijos (Cuadro 4 del Anexo). Un segundo grupo con tasas entre 75 y 100 por mil: Bolivia, Paraguay, Ecuador, Panamá, Colombia, Costa Rica, Brasil, Venezuela, Haití, México y Perú. Finalmente, los países con tasas por debajo de 75 por mil son: Cuba, Trinidad y Tabago, Barbados, Guyana y Suriname, y aquellos del Cono Sur cuya transición de una fecundidad alta a una baja se inició muy tempranamente en el siglo pasado.

En un mismo país parecen convivir patrones marcadamente distintos de inicio de la maternidad. En forma generalizada, las mujeres sin instrucción o con educación baja, o en aquellas provenientes de los estratos más pobres, tienen una fecundidad claramente mucho más elevada (Gráfico 2 y Cuadros 2 y 3 del Anexo). Esta incidencia baja significativamente en todos los países cuando la adolescente alcanza un

nivel de instrucción mayor o pertenece a estratos más ricos. Un grupo de altísimo riesgo de embarazo son las adolescentes sin instrucción que se encuentran en un nivel de pobreza extrema. Estos resultados muestran que efectivamente la pobreza es un factor de riesgo importante y que el contexto socioeconómico en que vive la familia es un factor determinante tanto para una fecundidad adolescente temprana como también para el logro de niveles educativos adecuados.

**Gráfico 1: Tasas de fecundidad adolescente en America Latina y el Caribe, 1995**

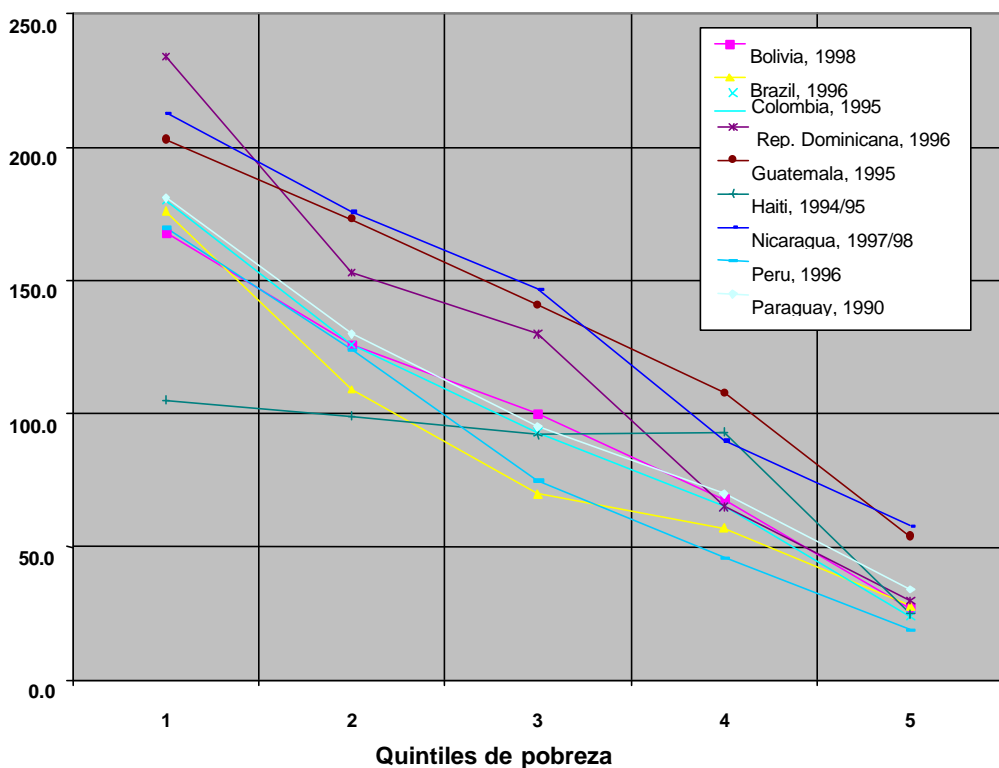


Fuente: Cuadro 1, Anexo.

Por otro lado, hay países en los que existe una concentración importante de población indígena<sup>2</sup>. Las tasas de fecundidad adolescente para los grupos indígenas de Bolivia, Guatemala y Perú son de 131, 157 y 139 por mil, respectivamente. En todos los casos estas se sitúan muy por encima de la tasa que representa al total de las adolescentes de estos países.

El cambio de la fecundidad adolescente tiene características particulares. El descenso de la tasa global de la fecundidad que experimentaron muchos países de la región especialmente a partir de los años 70 no se expresó en un descenso similar en la fecundidad adolescente. La situación cambia a partir de 1990 (ver Cuadro 2). Se pueden identificar cuatro grupos de países de acuerdo al comportamiento de la fecundidad adolescente antes de 1990 y con posterioridad a esta fecha: Un primer grupo muestra una continuidad en el descenso de la fecundidad adolescente en todo el período estudiado (Cuba, Trinidad & Tabago, Suriname, Guyana, Barbados, México, Belice, El Salvador, Costa Rica y Guatemala).

**Gráfico 2: Tasas de fecundidad adolescente según quintiles de Pobreza. Países de América Latina**



En este grupo se sitúa México, país con una política de población considerada exitosa y Cuba, donde el aborto está legalizado y constituye el principal mecanismo de control de la fecundidad en la población adolescente. También países del Caribe anglófono, con tasas originalmente altas a inicio del período, pero con descensos muy fuertes. Se trata de países cuya fecundidad total es baja e incluso por debajo del nivel de reemplazo de 2.1 hijos por mujer (en los casos de Barbados y Trinidad y Tobago). Otros países en este

<sup>2</sup> Los tres países en los que se pudo obtener esta información gracias a las encuestas DHS son: Bolivia, Guatemala y Perú. La representación de los grupos indígenas es obtenida a través de la lengua natal de la entrevistada. En Bolivia y Perú el grupo indígena está conformado por las mujeres que contestaron que su lengua natal era Quechua, Aymara o Guaraní principalmente; entre las adolescentes representan al 15% en Bolivia y al 7% en Perú. En el caso de Guatemala el grupo está conformado por las que dijeron que su lengua natal era alguna de origen Maya y representan al 26%.

grupo son Costa Rica, Belice, El Salvador y Guatemala. En estos tres últimos países, la incidencia del embarazo adolescente aún es muy alta, su descenso anterior al 90 fue limitado y por tanto tienen aún un gran camino por recorrer en sus metas de disminuir el embarazo temprano.

Un segundo grupo lo constituyen los países que bajan su fecundidad a partir del 90, a pesar de haber experimentado tasas en ascenso o estables antes de esta fecha (Venezuela, Bolivia, Paraguay, Nicaragua y Haití). En el caso de Paraguay y especialmente de Bolivia, el descenso en las tasas sería un fenómeno más reciente, mostrado por datos de encuestas realizadas en 1998. Por su parte, Venezuela y Nicaragua no muestran aparentemente ningún cambio entre los años 70 y 90. Este último país se caracteriza por tener la tasa de fecundidad adolescente más elevada de la región. El caso de Haití es particular, ya que diferentes encuestas muestran un ascenso general de la fecundidad general a inicios de la década del 80. El descenso aparente observado en fechas recientes se debe justamente al alza observada en la década de los 80 y en la actualidad, las tasas en este país son aún mayores que las estimadas para 1970

Cuadro 2

Caracterización de los países de América Latina y el Caribe, según patrón de cambio de la fecundidad adolescente antes y después de 1990.

Situación antes y después de 1990		Después de 1990	
		Bajan	Estables o suben
Entre 1970 y 1990	Bajan	Grupo I Cuba, Trinidad & Tabago, Suriname, Guyana, Barbados, México, Belice. El Salvador, Costa Rica, Guatemala	Grupo III Ecuador, Panamá, Jamaica, Rep. Dominicana <sup>3</sup> , Chile, Honduras y Perú
	Estables o suben	Grupo II Venezuela, Bolivia, Nicaragua, Paraguay y Haití	Grupo IV Argentina, Uruguay, Brasil y Colombia

En un tercer grupo de países la fecundidad descendió antes de 1990 pero se estabiliza o sube a partir de esta fecha, interrumpiéndose la tendencia observada hasta 1990. Llama la atención República Dominicana, que muestra el mayor ascenso de la fecundidad adolescente a partir de 1990, a pesar de haber mostrado un fuerte descenso antes de esta fecha, posiblemente (como se verá más adelante) como resultado del aumento espectacular que se dio en la edad a la entrada en la unión. Hasta que se disponga de más información para toda la década del 90, en los demás países sólo puede hablarse de estancamiento más que de un aumento efectivo de la fecundidad adolescente.

Un cuarto grupo de países muestran tasas relativamente estables o en aumento antes de 1990 y también después de esta fecha. En este grupo hay dos países de transición temprana de la fecundidad (Argentina y Uruguay). Estos países no muestran tampoco un cambio significativo de la fecundidad en otras edades.

<sup>3</sup> En el caso de República Dominicana, el aumento en la década del 90 puede estar exagerado por una subestimación de las tasas de fecundidad adolescente en la DHS-91 y una probable sobrestimación en la DHS-96.

En Argentina, las tasas vienen en realidad descendiendo lentamente desde finales de la década del 70, pero muestran una cierta estabilidad o incluso aumentan a partir de aproximadamente 1993. En Uruguay, en cambio, hay un cierto descenso hasta mediados de los 80, que es seguido por un ligero aumento hasta mediados de la década de los 90. En ambos países, la fecundidad adolescente se sitúa en valores que, en términos comparativos, no son tan bajos como debería esperarse en función de la fecundidad baja observada en otras edades. Los casos de Brasil y Colombia son distintos. Brasil muestra un claro ascenso de su fecundidad adolescente a partir de 1970 (para antes de 1970 la fecundidad adolescente acompañó el descenso fuerte de la fecundidad general), pero se estanca a partir de entonces de forma bastante generalizada a lo largo del país y por estratos de educación. En Colombia, por su parte, la fecundidad adolescente pudo haber descendido entre 1970 y 1985, pero luego se estabiliza o incluso aumenta

En suma, si bien no puede decirse que exista una tendencia generalizada hacia un incremento desmesurado de embarazos adolescentes, en algunos países, se observa en la década del 90 un moderado aumento (Brasil, Colombia, Rep. Dominicana, Argentina, Uruguay) o una cierta estabilización (Ecuador, Panamá, Jamaica, Chile, Honduras y Perú). En general, el comportamiento de la fecundidad adolescente en todo el período no se relaciona en forma directa ni con la etapa de la transición demográfica de los países ni con los cambios observados en la fecundidad en otras edades.

La mantención de tasas de fecundidad adolescente elevadas en muchos países, a pesar del descenso de la fecundidad tiene como origen las determinaciones socio-culturales específicas de la fecundidad adolescente, vinculada principalmente al inicio de la maternidad, que en la región aún se mantiene como un valor de primer orden, en relación con la incidencia de la fecundidad en otras edades, cuyos determinantes están más relacionados con el tamaño de la descendencia.

### **Incidencia del aborto inducido**

En América Latina, la medición de la incidencia del aborto, especialmente en adolescentes, es una tarea difícil debido a que en la mayoría de los países la práctica es ilegal y en las encuestas demográficas la declaración del aborto inducido es poco confiable dada su condición de clandestinidad. Una estimación disponible y considerada confiable es la producida por Alan Guttmacher Institute (Singh, 1998) para cinco países de América Latina (Brasil, República Dominicana, Colombia, México y Perú). Se trata de estimaciones indirectas basadas en datos de hospitalizaciones por aborto ajustadas. Estas estimaciones (Cuadro 3) indican que en cuatro países de la región (Brasil, Rep. Dominicana, Colombia y Perú), alrededor de tres o cuatro embarazos adolescentes finalizan en aborto; en Cuba, cerca de dos tercios de los embarazos de adolescentes terminan de esta manera. Los valores más bajos se encontraron para México, países en el cual un 13 % de los embarazos adolescentes termina en aborto. Para Colombia, se disponen de datos más detallados a partir de una encuesta realizada en 1992 en áreas urbanas del país (Zamudio, et al., 1999); en ella se encontraron razones de aborto algo superiores a las obtenidas para el total del país.

En el caso de Cuba y Guyana, donde el aborto es legal, la información se obtiene directamente de los servicios de salud. En el caso de Cuba, dos de cada tres embarazos de adolescentes terminan en aborto. De acuerdo a diversos estudios, las adolescentes recurren principalmente al procedimiento de regulación menstrual.<sup>4</sup> Llama la atención que Cuba, a pesar de ser el país de más baja tasa de fecundidad adolescente en América Latina es uno de los países donde la incidencia del embarazo en la adolescencia

---

<sup>4</sup> Se ha estimado que entre 1989 y 1996 el descenso de la fecundidad adolescente fue mayor que el observado en la tasa de embarazos. Esto significa que si bien las mujeres adolescentes se están embarazando menos, al mismo tiempo tienden a interrumpir sus embarazos en mayor proporción, especialmente por el método de "regulación menstrual". En consecuencia, la recurrencia al aborto ha apoyado la baja espectacular de la fecundidad observada en este país (Cálculos propios basados en datos oficiales recopilados por la Oficina del FNUAP en Cuba). Cifras e Indicadores Socio-demográficos y de Salud Reproductiva sobre adolescentes en Cuba. La Habana, abril 1999 (mimeo).



es mayor, lo que pone de relieve las limitaciones de la tasa de fecundidad como indicador de embarazo en la adolescencia cuando la incidencia del aborto es elevada. En Guyana, a pesar de estar despenalizado, la tasa de aborto por mil mujeres es inferior a la de Cuba, posiblemente por un mayor uso de anticonceptivos y por las restricciones sociales e institucionales al aborto, en especial al aborto en adolescentes.

Cuadro 3

Estimaciones de aborto en mujeres adolescentes en países seleccionados de América Latina (circa 1995)

País	Número estimado de abortos en adolescentes	Tasa de abortos (por mil mujeres de 15-19 años)	Tasa de embarazos (por mil mujeres de 15-19 años)	Razón de abortos (abortos por cada 100 embarazos en mujeres de 15-19 años)	Razón de abortos (abortos por cada 100 embarazos en el total de mujeres de 15-49 años)*
Rep. Dominicana	14 075	36	124	29	28
Brasil	255 069	32	106	30	30
Perú	30047	23	97	24	30
Colombia	46754	26	115	23	26
Colombia Urbano	32350	23	85	27	24
México	61522	13	99	13	17
Cuba	34119	101	157	64	59
Guyana	1007	26	88	29	..

Cuba: Mujeres 12-19 años. Cálculos propios con base en datos de 1998 presentados en FNUAP (Cuba) en donde es tomado en cuenta la cantidad de abortos que pudo tener una mujer bajo el método de regulación menstrual. Cifras e Indicadores Socio-demográficos y de Salud Reproductiva sobre adolescentes en Cuba. La Habana, abril 1999 (mimeo).

Guyana: Cálculos propios basados en información para 1996 del Ministerio de Salud de Guyana y presentados en UNFPA, Jamaica(1998).

Colombia: Tasas para el periodo 1987-1992, basado en la Encuesta Nacional Urbana de Aborto Inducido, 1992 (Zamudio et al., 1999).

Resto de los países: Singh (1998) En el caso de Perú las tasas de embarazos y de abortos estimadas por Singh (1998) fueron corregidas tomando en cuenta las nuevas estimaciones de la tasa de fecundidad dadas en la Encuesta DHS-96.

- Tomado de Henshaw et al. (1999). Las fechas por países son las siguientes: Brasil:1991; Perú: 1989; Rep. Dominicana: 1990; Colombia: 1989; México: 1990.

Si bien la incidencia del aborto en cinco de los 7 países analizados no parece ser mayor en mujeres adolescentes que en mujeres de otras edades, las condiciones en que se da un aborto en adolescentes pueden ser más adversas y tener un impacto de más largo plazo en la vida de la mujer. Las evidencias siempre han apuntado a identificar el aborto inseguro como un problema que afecta a mujeres casadas y con hijos; sin embargo, se ha encontrado que, al menos en Cuba y la parte urbana de Colombia, el riesgo de aborto tiende a ser mayor en adolescentes, lo que podría indicar una nueva tendencia al menos en áreas urbanas.

## **Preferencias reproductivas en adolescentes**

Cuando se habla del embarazo en adolescentes y se proponen políticas para su reducción se asume que la totalidad o la gran mayoría de éstos fueron embarazos no deseados o no planificados. En lo que sigue se analiza la medida en que este supuesto es válido. Se sostiene que dado que los nacimientos de adolescentes son en una gran proporción primeros nacimientos, y dada el alto valor dado en la mayoría de las sociedades a los niños y a la maternidad, es de esperarse que la mayor parte de las mujeres declaren que deseaban este hijo o hija (Singh (1998: 131)

En efecto, en la mayoría de los países, una alta proporción de las madres adolescentes declaran que los hijos tenidos fueron deseados, lo que implicaría que los embarazos tempranos no son percibidos negativamente. Esta situación requiere sin embargo algunas precisiones. En primer lugar, en varios países una proporción significativa de jóvenes (alrededor del 30%) declaran que hubiesen deseado el embarazo posteriormente y no en el momento en que éste ocurrió. En segundo lugar, cuando se pregunta sobre el embarazo actual (la concepción está más cercana del momento de la entrevista) se observa una más alta proporción de disconformidad con este evento. Finalmente, si se considera que los abortos resultan de embarazos no deseados, la proporción de embarazos no deseados respecto al total de embarazos aumenta significativamente. En Colombia, República Dominicana, Brasil y Perú, entre un 30 y 40 % del total de los embarazos de mujeres adolescentes no fueron deseados, terminando en aborto la mayoría de éstos.

Para Perú, los datos de la DHS-96 muestran que los primeros hijos son más deseados por mujeres cuando éstos nacieron dentro de unión que cuando se trata de madres solteras. En todo caso, la percepción del embarazo adolescente como un problema es percibido de forma distinta en los diferentes países y también al interior de éstos. Por ejemplo, en Jamaica, el porcentaje de hijos deseados es muy bajo; en Haití existe una fuerte censura social al embarazo en adolescentes y Brasil se aproxima al patrón “moderno”, en el cual la maternidad en adolescentes se percibe como una interrupción de un proyecto de vida. Sin embargo, en países como Guatemala, Honduras y Nicaragua, donde la mayoría de los alumbramientos en adolescentes ocurre dentro de uniones, la maternidad, incluso en adolescentes, es valorada positivamente. En última instancia el deseo o la aceptación de un embarazo precoz depende de las alternativas y de la percepción de la adolescente en cuanto a sus costos y beneficios. En este sentido, factores socio-culturales y los papeles de género cumplen un papel primordial en la valoración del embarazo.

## **Efectos del embarazo adolescente**

El embarazo temprano en la adolescencia tiene claras implicaciones de salud, sociales y económicas. Tradicionalmente, la literatura que trata de las consecuencias fisiológicas del embarazo en adolescentes levanta diversos problemas de salud resultantes de la inmadurez del cuerpo de la mujer, tales como la desproporción cefalo-pélvica y la mayor prevalencia de toxemia, eclampsia y fístulas vasicovaginales. Senderowitz (1995), por ejemplo, indica que el embarazo en adolescentes de 15-19 años está asociado con un riesgo adicional de 20-200% de mortalidad materna, además de mayores riesgos de prematuridad, bajo peso al nacer y otras complicaciones. En términos de las consecuencias fisiológicas, el embarazo temprano presenta efectivamente un riesgo intrínseco para la salud de la mujer, pero sólo cuando éste se produce antes de los 16 años. A partir de esta edad, tanto en lo que respecta a la mortalidad infantil como materna los riesgos no son particularmente más elevados en ese grupo que en las demás edades.

Muchos de los riesgos mayores observados en adolescentes se deben a las desventajas socio-económicas de las madres adolescentes y a su menor acceso a servicios médicos de buena calidad. En países donde las condiciones de salud son satisfactorias, un embarazo de una adolescente de 16 años no necesariamente representa una amenaza fisiológica especial. Sin embargo, en países donde la anemia y la desnutrición

son comunes, aún en mujeres de 18-19 años el embarazo puede representar un riesgo desproporcional (véase, por ejemplo, Makinson, 1985; Scholl, Hediger & Belsky, 1994).

En términos de la relación entre el embarazo temprano y la deserción escolar, se observa que la iniciación temprana de la fecundidad no es necesariamente el factor de más peso en el abandono escolar. Esto se debe que, en la mayoría de los casos, el embarazo ocurre cuando la adolescente ya ha abandonado la escuela, lo que indica que ambos fenómenos pueden ser resultados de un mismo factor originario: exclusión social que genera en jóvenes de sectores sociales pobres una mayor vulnerabilidad. Sin embargo, se estima que en los países analizados (Bolivia, Brasil, Colombia, Nicaragua, Perú y República Dominicana) los embarazos tempranos pueden ser responsabilizados por 15-20 % del abandono escolar (Cuadro 5, Anexo) . Si se agregan las uniones tempranas, se encuentra que entre un 20 y un 30 % de las mujeres de 15-24 años abandonaron la escuela por un embarazo o una unión. Como puede observarse en el Cuadro 4 del Anexo, las razones económicas (familia necesitaba de ayuda, no pudo pagar estudios, necesitaba ganar dinero) suelen ser las más importantes, motivando desde 28 % de las deserciones escolares en Nicaragua, hasta 47 % en Bolivia. El peso de factores académicos (se graduó, ya estudió lo suficiente, no pasó los exámenes, no quiso estudiar) varía mucho de país a país, motivando desde 12 % de las deserciones en Bolivia hasta 31 % en Colombia.

Dada la situación educativa en la región, los efectos en la escolaridad promedio de los países es sin embargo relativamente baja. Con base en la intensidad y las razones del abandono escolar de mujeres con edades actuales inferiores a 25 años, se calculó cuál habría sido el aumento de la escolaridad promedio (en años completados de estudio) si los embarazos no deseados o todos los embarazos que llevaron a una deserción escolar pudieran haber sido evitados (Cuadro 4). Los resultados muestran que en ningún país de la región la postergación de todos los embarazos en adolescentes hasta después de los 20 años aumentaría la escolaridad femenina en más de un año. La razón de este impacto modesto es la presencia de muchos otros factores que pueden propiciar el abandono escolar, principalmente en los años antes de que el embarazo precoz comience a constituir una amenaza real.

Cuadro 4

Número promedio de años de escolaridad por mujer perdidos por abandono escolar y porcentaje de abandono escolar en todos los niveles atribuible a embarazos .

País y año de la encuesta	Años de perdidos debido a:		Porcentaje de abandono debido a:	
	Embarazos no Deseados	Todos los Embarazos	Embarazos no Deseados	Todos los Embarazos
Bolivia, 1998	0.45	0.88	9.80%	17.20%
Brasil, 1996	0.39	0.69	10.60%	17.50%
Colombia, 1995	0.32	0.51	8.10%	12.30%
Guatemala, 1995	0.16	0.27	3.30%	5.70%
Nicaragua, 1998	0.29	0.67	7.30%	16.10%
Perú, 1996	0.39	0.65	11.40%	18.90%
Rep. Dominicana, 1996	0.42	0.80	9.40%	17.00%

Fuente: Calculado a partir de datos de la DHS III

Se ha hecho este mismo ejercicio por estrato de pobreza para Brasil y Perú y se encuentra que los efectos de los embarazos en la deserción escolar son más modestos en los estratos más pobres y más ricos: en el estrato más rico porque el embarazo en la adolescencia es menos común en el estrato más pobre porque relativamente pocas mujeres alcanzan el nivel de escolaridad donde el embarazo puede constituir un motivo de abandono escolar.

Respecto a las implicaciones económicas del embarazo adolescente, en uno de los pocos estudios encontrados para la región se observó que la situación de mujeres que habían tenido un hijo en la adolescencia era significativamente más precaria que del resto (Buvinic, 1998).

Acerca de los efectos en la estabilidad y tipo de uniones se ha encontrado que las uniones de madres adolescentes son menos estables. Goldman (1981) hizo precisamente esto en un estudio comparativo de la disolución de uniones en Colombia, Panamá y Perú. Además ella diferenció entre uniones formales y uniones consensuales. Su conclusión es que la probabilidad de disolución de la primera unión después de 10 años en Panamá y Perú es levemente mayor en el caso de mujeres que se casaron antes de los 20 años, con una diferencia más significativa en Colombia. La mayor inestabilidad de las uniones de madres adolescentes generalmente ocasiona un patrón de uniones múltiples. Por otro lado, una madre soltera que tuvo su primer hijo en la adolescencia tiene mejores perspectivas de estar unida diez años después que una madre soltera que tuvo su primer hijo después de los 21.

En términos de los efectos demográficos se encontró que las tasas de crecimiento son más altas en los países donde una gran proporción de mujeres tiene su primer hijo antes de los 20 años. También se observó que las madres adolescentes tienden a tener más hijos durante su vida reproductiva que el resto. Simulaciones con datos de Nicaragua sugieren que si todos los nacimientos de adolescentes fueran postergados hasta los 20 años, la Tasa Global de Fecundidad podría disminuir hasta 0.5 hijos por mujer. También se constata que las hijas de madres adolescentes tienen mayor propensión a convertirse en madres adolescentes.

### **Conocimiento de aspectos de salud sexual y reproductiva y uso de anticonceptivos**

El conocimiento básico de la existencia de anticonceptivos y del SIDA es generalizado entre adolescentes, con alguna variación en función de su situación social o económica, a excepción de Guatemala y, en menor medida, Bolivia y Perú (debido a la enorme falta de información que caracteriza principalmente a los grupos indígenas). Existe sin embargo un desconocimiento o, en el mejor de los casos, un conocimiento precario o inexistente acerca de los diversos métodos disponibles, de la fuente de obtención de éstos, del periodo fértil, del uso del condón como método de prevención de enfermedades, y de aspectos específicos sobre SIDA y principalmente las infecciones de transmisión sexual (ITS). Esto muestra que aún hay mucho por hacer para mejorar el conocimiento y eliminar mitos e ideas erróneas respecto a la sexualidad y a la reproducción.

La falta de conocimiento entre adolescentes es ejemplificada al encontrar que en la mayoría de los países analizados, más del 30% de las adolescentes que declaró conocer al menos un método no conoce la fuente de suministro. Las adolescentes están más desinformadas en este aspecto que las mujeres de otras edades. Otro ejemplo de la escasez de conocimiento es que en países como Bolivia y Guatemala, el haber escuchado hablar del condón no es suficiente para saber que éste es eficiente para la prevención de ITS/SIDA. En general, al analizar el conocimiento tomando en cuenta aspectos más específicos, se observó que las diferencias por lugar de residencia, nivel de escolaridad y nivel de pobreza son mayores. Lo anterior se puede observar en el bajo porcentaje de las adolescentes que identifica correctamente la etapa fértil dentro de su periodo menstrual (Cuadro 5).

Entre las creencias no fundamentadas que frecuentemente se encontraron entre adolescente están las siguientes: una mujer no puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales, las pastillas anticonceptivas causan infertilidad definitiva, una vez excitado el varón se lastima si no continúa hasta eyacular. Indudablemente el conocimiento nulo, escaso y/o incorrecto son un factor importante de riesgo que coloca a los adolescentes en una posición de franca vulnerabilidad.

Cuadro 5

Porcentajes de mujeres adolescentes (15-19 años) que identifica correctamente la etapa fértil dentro de su período menstrual, según área de residencia, nivel de instrucción y quintiles de pobreza. Países seleccionados de América Latina y el Caribe, 1990-1998.

País y fecha de la encuesta	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Quintiles de pobreza				
		Urbano	Rural	Sin instrucción	Primaria	Secundaria	Medio y más	1	2	3	4	5
Bolivia (1998)	33.1	38.5	16.5	3.3	11.3	37.0	67.0	12.0	25.1	33.7	38.0	42.4
Brasil (1996)	24.1	26.9	12.1	..	4.7	30.0	78.3	6.7	16.3	25.2	33.2	38.0
Colombia (1995)	37.7	44.1	18.7	..	11.1	47.7	79.7	13.1	25.8	38.2	47.1	53.5
Guatemala (1995)	7.7	12.3	4.1	1.4	3.0	17.2	37.9	1.6	1.2	4.5	8.8	17.1
Haití (1995)	5.5	7.9	3.4	3.6	2.5	13.0	..	1.3	0.9	5.0	6.0	9.9
Nicaragua (1998)	8.2	10.1	4.8	2.3	4.0	11.8	24.1	2.4	4.0	8.5	10.8	12.5
Paraguay (1990)	21.2	24.3	18.0	21.4	15.7	28.3	37.5	..	..	..	..	..
Perú (1996)	25.7	28.6	17.3	11.6	9.5	27.6	44.1	12.0	22.0	26.4	29.9	31.8
Rep. Dom. (1996)	14.5	16.7	10.5	7.8	7.7	21.7	63.6	7.9	9.4	13.6	13.3	25.1

Fuente: Encuestas DHS.

Respecto al uso de anticonceptivos, éste es bajo en adolescentes, aún en aquellas que están unidas. Incluso en Brasil y Perú alrededor de 3 de cada 4 de hombres adolescentes sexualmente activos usan algún método anticonceptivo. En general, tanto en mujeres y principalmente en hombres, existen niveles de uso más elevados entre los no unidos sexualmente activos que entre los unidos, los que muestran una prevalencia anticonceptiva aún mayor. Este hecho de algún modo desmistifica la creencia de que los y las adolescentes no casados ni unidos que tienen una vida sexual y no se protegen de un embarazo. Se ha observado además que el uso del condón sigue siendo bajo, principalmente entre las adolescentes unidas y en condiciones socioeconómicas desfavorables. El uso de anticonceptivos es mayor en los varones que en las mujeres y al igual que ellas los que más se cuidan son los no unidos sexualmente activos. Se encontró además que el uso en la primera relación es muy bajo siendo la principal razón a esta situación a que los y las adolescentes no esperaban tener relaciones en ese momento.

En términos de los métodos usados entre las adolescentes unidas predomina la píldora en la mayoría de los países; sin embargo, en Guatemala y Perú prevalece la inyección, en Haití y Jamaica el condón y en Bolivia la abstinencia periódica.

En general hay una gran aceptabilidad de adolescentes hacia la planificación familiar y pocos son los que declaran que no tienen intención de usar anticonceptivos en el futuro; sin embargo, hay un porcentaje

importante de adolescentes con necesidad insatisfecha de planificación familiar (alrededor del 30% de adolescentes unidas) principalmente para espaciar la fecundidad.

### Sexualidad y nupcialidad en adolescentes

Se considera (Mones, 2000) que las identidades de género establecen una vivencia de la sexualidad de las y los adolescentes de manera diferenciada. En las mujeres existe una estrecha asociación entre el inicio de la vida sexual y la vida conyugal, lo cual significa que la sexualidad de las mujeres se encuentra regulada por patrones culturales en donde se presenta un rechazo hacia las relaciones sexuales fuera del contrato matrimonial. Mientras que para los hombres, la sexualidad se plantea como una actividad de placer, libre de asociación alguna con la procreación.

Con base en información de ocho países de la región, se encontró que alrededor de tres de cada diez adolescentes mujeres han tenido alguna vez relaciones sexuales, siendo la mayoría de ellas unidas. En áreas rurales y a menor nivel de instrucción esta proporción es mayor. En los varones sucede lo contrario, siendo que la mitad de ellos ya han tenido relaciones (en su mayoría siendo solteros).

Con base en información de 13 países se calculó que en promedio la edad mediana a la primera relación sexual en las mujeres es de 18.7 años y en los varones es 16.7. La diferencia por sexo es mayor en Brasil, Nicaragua, Rep. Dominicana y Honduras, y menor en Haití y Bolivia (Cuadro 6). Aunque en las encuestas puede haber una cierta sobrestimación, especialmente en mujeres, de la edad a la primera relación sexual, los resultados de este indicador confirman que el inicio de la actividad sexual no es tan temprana como en muchas ocasiones se menciona.

Cuadro 6  
Edad mediana a la primera relación sexual de mujeres de 25 a 49 años,  
América Latina y El Caribe, 1990-1998

País y fecha de la Encuesta	Edad a la primera relación sexual		
	Hombres	Mujeres	Diferencia
Bolivia, 1998	17.5	18.9	1.4
Brasil, 1996	16.7	19.5	2.8
Colombia, 1995	..	19.6	..
Ecuador, 1994	..	19.8	..
El Salvador, 1993	..	18.5	..
Guatemala, 1999	..	18.3	..
Haití, 1995	18.5	19.0	0.5
Honduras, 1996	15.9	18.3	2.4
Jamaica, 1997	..	17.3	..
Nicaragua, 1998	15.6	18.2	2.6
Perú, 1996	16.8	18.9	2.1
Rep. Dominicana, 1996	16.1	18.7	2.6
Venezuela, 1998	..	18.1	..

Fuente; Encuestas DHS

Respecto a si está la iniciación sexual se está volviendo más temprana o no, se ha podido constatar que de ocho países analizados, únicamente Brasil muestra una tendencia clara hacia una disminución de la edad mediana a la primera relación sexual que habría pasado de alrededor de 20.5 en la cohorte de mujeres nacidas en 1950 a cerca de 18.5 en las mujeres nacidas al iniciarse la década del setenta. Otro país que muestra un ligero descenso es Haití pero dado que se dispone de una sola encuesta estos resultados deben tomarse con cautela. Un segundo grupo de países son aquellos que muestran una cierta estabilidad en este indicador, ellos son: Guatemala, Bolivia, Nicaragua. Finalmente están Perú, República Dominicana y Colombia en los cuales se produjo una tendencia a la postergación al inicio de las relaciones sexuales entre las cohortes nacidas entre 1940 y cerca de 1960. Sin embargo, en los dos últimos países en las cohortes más jóvenes se estabiliza el momento en que se inician las relaciones sexuales. En Colombia a partir de la cohorte nacida en 1968 habría un cierto descenso de este indicador.

En las cohortes más jóvenes la edad mediana a la primera relación sexual se sitúa en 18.5 años en Brasil, alrededor de 19 años en Bolivia, Guatemala, Nicaragua, Colombia y República Dominicana. Los extremos están dados por Perú con 19.5 y un poco menos de 20 en Haití. Esta variación entre países es menor que la que se observaba en las cohortes de mujeres nacidas en los años cuarenta y cincuenta; es decir, hay una cierta tendencia hacia la homogeneización de este patrón entre los diferentes países.

Un promedio de 17% de las adolescentes de los países analizados se encuentran unidas, siendo mayor esta proporción en Venezuela, Ecuador, Trinidad y Tabago, Guatemala, El Salvador, Rep. Dominicana, Honduras, Belice y Nicaragua. Principalmente en República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua el inicio de la actividad sexual femenina y la fecundidad se encuentran estrechamente relacionados con el inicio de las uniones, por lo que la actividad sexual premarital tiene una menor incidencia. Dentro de las uniones la mayoría de éstas son consensuales. La unión es un fenómeno poco común entre los adolescentes varones: alrededor del 4% se encuentran unidos. La edad mediana a la primera unión es alrededor de 20 años en mujeres y 24 en varones, aunque en Centroamérica y el Caribe es menor. La mayoría de los varones unidos con adolescentes tienen entre 20 y 24 años, aunque hay un porcentaje importante de mayores de 25. Por lo general la edad de los varones es ligeramente mayor en áreas rurales que en urbanas.

Analizando por cohorte se puede afirmar que en la mayoría de los países la edad a la primera unión no presenta cambios importantes. En los últimos años se encuentra estable o incluso ha aumentado ligeramente en: Bolivia, Brasil, Perú y Rep. Dominicana; y habría comenzado a disminuir en Colombia y Nicaragua. Por otro lado, la propensión de las adolescentes a unirse se ha mantenido estable en la mayoría de los países; únicamente en Rep. Dominicana ha aumentado y en México y Jamaica ha disminuido.

Del total de las adolescentes no unidas únicamente un promedio de 13% tienen experiencia sexual y 4% son sexualmente activas (los más altos porcentajes se encontraron en Brasil y Colombia). En varones los porcentajes son mucho mayores. En los grupos de las adolescentes de baja instrucción y áreas rurales la actividad sexual fuera de la unión es más limitada. La persistencia de la virginidad como valor sociocultural se mantiene, dado que actualmente un porcentaje importante de mujeres llegan al matrimonio sin haber tenido previamente una relación sexual, aunque en Brasil y Colombia hay una clara disminución de este indicador.

Por último, en Brasil y Colombia se observa un claro aumento en la brecha de tiempo que se establece entre la edad a la primera unión y la primera relación sexual. En el resto de los países los cambios son mínimos, incluso en algunos disminuye como en el caso de Guatemala y Nicaragua donde prácticamente la edad a la primera relación sexual es la misma que a la primera unión. Sin embargo, este comportamiento no se ha traducido en un cambio en el número de nacimientos premaritales, ni siquiera

en Brasil y Colombia donde hubo un aumento de relaciones sexuales premaritales; más aún, se observa una disminución principalmente en Bolivia, Nicaragua y Haití.

La incidencia de la fecundidad premarital varía de acuerdo a cada país. Se puede clasificar en tres grupos. En el primero de una alta incidencia se encuentra Bolivia en donde alrededor de 4 de cada 10 mujeres que tuvieron su primer nacimiento antes de los 20 años tuvo su embarazo antes de la unión. En el segundo grupo de incidencia media se encuentran Brasil, Colombia, Haití y Perú. Por último en el grupo de baja incidencia se encuentran Guatemala, Nicaragua y República Dominicana, países en que esta situación es evidente dada la estrecha relación entre sexualidad y unión (Cuadro 7). Cabe mencionar que en todos los casos el embarazo prematrimonial es mayor en las mujeres que tuvieron su primer embarazo antes de los 20 años en comparación con las que lo tuvieron después, lo cual significa que hay mayor probabilidad de que una adolescente tenga un embarazo prematrimonial que el resto.

Cuadro 7  
Distribución porcentual de los nacimientos de adolescentes (15-19) según  
situación marital, América Latina y El Caribe.

País	Año	Nacimientos			Total
		Antes del Matrimonio	Concebidos antes y Nacidos después del matrimonio	Concebidos después del matrimonio	
Bolivia	1998	26.0	17.8	56.2	100.0
Brasil	1996	8.0	22.7	69.3	100.0
Colombia	1995	20.5	18.5	61.1	100.0
Guatemala	1995	12.3	11.0	76.7	100.0
Haití	1995	4.7	22.2	73.1	100.0
Nicaragua	1998	6.4	4.1	89.5	100.0
Perú	1996	20.7	16.0	63.3	100.0
Rep. Dominicana	1996	5.3	9.0	85.6	100.0

Fuente: Encuestas DHS.

### ITS/SIDA en adolescentes

En varios países de la región (Bahamas, Chile, Ecuador, Guatemala, Guyana, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Uruguay) un gran porcentaje de los casos reportados de SIDA se presentaron entre los 20 y 30 años, en tanto que el peso de adolescentes en el total de casos de SIDA es escaso. Sin embargo, si se considera que el tiempo mediano entre la infección y el diagnóstico es de 10 años, esto significa que muchos jóvenes y adultos se contagiaron en su adolescencia. in embargo se ha podido determinar que, en al menos en dos países (Brasil y Honduras), una proporción significativa de personas diagnosticadas de SIDA se habrían contagiado en su adolescencia (alrededor de 30 % en hombres y 15 % en mujeres) (ONUSIDA, 1999). Incluso, puede haber una tendencia al aumento, ya que la edad mediana a la que el SIDA es diagnosticado en América del Sur disminuyó de 32 a 27 años (OPS, 1998). En general, la mayor incidencia del SIDA en hombres se da a una edad más tardía que en las mujeres. En la mayoría de los países se reportan cinco casos de SIDA en hombres por uno en mujeres, sin embargo, en adolescentes esta proporción es de tres a uno.



En el caso de las ITS la información es muy escasa, sin embargo se encontró, a partir de datos de encuestas DHS en estos países, que los varones en tres países analizados (Brasil, Haití y Rep. Dominicana) tienen mayores riesgos de contagio en la adolescencia, posiblemente como consecuencia de los mayores riesgos en que incurren los hombres al iniciar su sexualidad (Cuadro 8). En Cuba, tanto en hombres como mujeres, la más alta incidencia de sífilis y gonorrea se presenta en adolescentes y jóvenes.

Por último, se encontró entre adolescentes actitudes de subestimación de sus riesgos individuales de contagiarse del VIH. A excepción de Bolivia, en el resto de los países analizados más de la mitad de los adolescentes que ha tenido relaciones sexuales dice no temer a un posible contagio. Curiosamente, las que nunca han usado condón declaran en mayor proporción no tener riesgo. A excepción de Haití, en los varones se encontró que la percepción de riesgo de contraer SIDA es mayor que en el caso de las mujeres.

### Cuadro 8

Proporción de hombres que declararon haber tenido al menos una enfermedad de transmisión sexual en los doce meses anteriores a la encuesta, según grupo de edad  
(Respecto al total de hombres que han tenido relaciones sexuales alguna vez).

Grupo de edad	Rep. Dom. (1996)	Brasil (1996)	Haití 1994/95
15-19	3.1	6.5	5.5
20-24	2.4	7.2	4.0
25 y +	0.6	3.4	4.5
Total	1.2	4.4	4.5

Fuente: Encuestas DHS.

### Violencia

Con base en datos de Colombia y Nicaragua, se encontró que la violencia doméstica se hace presente en las mujeres unidas desde edades muy tempranas. Además, independientemente del tiempo de exposición al riesgo, las mujeres que se unen a edades más tempranas se convierten en un grupo de mayor vulnerabilidad. La mayor parte de las mujeres no desea ni cree que se merece ser golpeada; entre adolescentes se encontró que la mitad de ellas declaró que el cónyuge la había golpeado por celos, lo cual es distinto que en mujeres de mayor edad. El nivel socioeconómico es un determinante importante en la existencia de este problema.

Respecto al tipo de violencia ejercida, se encontró en Nicaragua que el acto más frecuente es cuando el varón empuja o sacude a su pareja, le sigue las bofetadas o torcer el brazo y los golpes con puño. Entre las adolescentes con hijos que han sido golpeadas, un 35 % fue golpeada, en al menos en una ocasión, durante el embarazo. Respecto a la violencia sexual, en este mismo país se encontró que, en total, el 12% de adolescentes unidas declaró haber sido alguna vez atacada sexualmente; la mayoría de las mujeres que fueron víctimas de este tipo de violencia lo sufrieron éste antes de los 20 años. Una situación similar es observada en Colombia.

## II. POLÍTICAS Y PROGRAMAS

En los últimos años han habido avances importantes tanto en materia legal, como programática en cuanto a la temática de salud reproductiva y educación sexual en adolescentes. La Convención de los Derechos del Niño<sup>5</sup>, que se convirtió en ley de obligatoriedad internacional en septiembre de 1990 después de su aprobación por la Asamblea General de las Naciones Unidas, fue ratificada por todos los países de América Latina y el Caribe. En esta convención se establece que los Estados deben tomar medidas legislativas, administrativas y educacionales apropiadas para proteger a los niños del maltrato, la explotación y el abuso sexual. También los Estados deberían velar por el desarrollo de medidas preventivas en salud y la preparación de niños y niñas para una vida responsable, en una sociedad libre con tolerancia, paz y equidad entre los sexos.

La Conferencia de Población y Desarrollo, realizada en el Cairo en 1994 (CIPD) da una sólida sustentación a la necesidad de situar la salud reproductiva como un componente central de la salud en general y de la vida de las personas en todo su ciclo vital. Dentro de esta perspectiva, los y las adolescentes emergen como sujetos de derecho que requieren de políticas específicas dada sus propias necesidades, sus condiciones de ser un grupo de riesgo y porque es en esta etapa en la que se definen muchos de los aspectos que influyen la conducta sexual y reproductiva que afectarán a los individuos a lo largo de su vida. Estas visiones son ratificadas y ampliadas en la evaluación de esta conferencia realizada 5 años más tarde (Cairo +5) en la que se establece la necesidad de fomentar el acceso de los y las adolescentes al "... disfrute de los más altos niveles asequibles de salud, proporcionar servicios adecuados, ... y de fácil acceso, para atender eficazmente sus necesidades de salud genésica y sexual, incluyendo educación, información y asesoramiento ... Estos servicios deben proteger los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad y el consentimiento fundamentado, respetando los valores culturales y las creencias religiosas y de conformidad con los acuerdos y convenciones internacionales pertinentes".

Como puede verse en el Cuadro 7 del Anexo, los países de la región han dado pasos importantes, aunque aún no suficientes, en el logro de estas metas, a través de legislaciones, políticas y programas dirigidas a la población adolescente. No obstante estos avances, en muchos países, los cambios en materia de leyes y el establecimiento de políticas específicas para adolescentes no se ha traducido aún en programas específicos de salud sexual y reproductiva. Pero al mismo tiempo, existen países, como Cuba, que están haciendo avances en educación y salud adolescente sin contar aún con un marco legal desarrollado para tal fin, pero sí con políticas expresadas en planes nacionales. En términos de educación sexual, desde el punto de vista curricular destaca el caso de Brasil y desde la perspectiva de estrategia pedagógica los casos de Colombia, Perú y Cuba.

En general, tanto en términos legales como programáticos, se observan mayores avances en programas y acciones focalizadas a la educación sexual que respecto al desarrollo de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. A pesar de ello, es en el área de la educación sexual en la que mayores dificultades de implementación existen para extenderla a todo el país. Su desarrollo, a pesar de los acuerdos internacionales y el compromiso de los países, se ha encontrado con una serie de barreras, muchas de ellas relacionadas con la no comprensión de su importancia en la formación del adolescente y con la acción de ciertos grupos de presión que en algunos países bloquean muchas de las iniciativas privilegiando un enfoque limitado a opciones válidas sólo para estos sectores pero no necesariamente para toda la sociedad.

---

<sup>5</sup> Considera Niño y Niña a la persona de 0 a 18 años, lo que incluye parte del grupo de edad que se denomina Adolescentes (10-19 años).

Recién se están iniciando servicios de salud para adolescentes los que encuentran limitaciones importantes por el hecho que los sistemas de salud no se encuentran suficientemente preparados, ni en términos logísticos ni de personal capacitado en servicios a adolescentes con enfoque de género. Además, en cuanto al enfoque integrado de atención al adolescente, hay varios países que muestran un mejoramiento importante, como es el caso de Costa Rica, Cuba, Panamá, Brasil y Colombia. Con la información disponible, posiblemente incompleta, aún en estos países (excepto Cuba) los programas están aún lejos de abarcar a la totalidad de la población que requiere de estos servicios.

Varios retos están aún pendientes para garantizar mejores opciones para los adolescentes en materia de su salud sexual y reproductiva. Muchos de ellos ya han sido mencionados en numerosos encuentros y conferencias sobre el tema<sup>6</sup>. Entre estos podemos considerar los siguientes:

1. Los países deben asumir más directamente el apoyo a los esfuerzos por prevenir los embarazos tempranos no deseados y las ITS y el VIH-SIDA, mejorando el acceso a una educación sexual que promueva pautas de comportamiento saludables en los adolescentes. Estos esfuerzos deben concebirse en el marco de un enfoque integral que considere todo su ciclo de vida y tome en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos.
2. Para garantizar los derechos y fomentar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes se requiere construir consensos sociales y políticos sobre las estrategias más adecuadas, por medio de la participación activa de los jóvenes, de sus familias y de organizaciones del nivel local. La participación directa y creativa de los y las adolescentes en la formulación e implementación de políticas de salud sexual y reproductiva tiene efectos positivos comprobados.
3. Promover la intersectorialidad en las acciones, mediante una mayor colaboración entre los sectores de salud y educación, de tal manera que este último genere una demanda informada y los adolescentes sepan a donde requerir servicios de salud sexual y reproductiva y el sector salud se convierta además en una instancia formativa en esta materia a través de servicios que garanticen calidad y calidez y donde se promueva el empoderamiento en la toma de decisiones responsables y el desarrollo de habilidades para toda la vida. Hasta donde se dispone de información (excepto en Perú, Cuba y en Costa Rica) no existen acuerdos inter-institucionales firmados por estos ministerios que permitan una atención al adolescente efectivamente integral.
4. Promover una mayor coordinación entre los diferentes sectores que trabajan con adolescentes, tanto público como privado y ONG's con el fin de evitar duplicación de esfuerzos y producir mayores impactos. Del mismo modo, promover que los programas sociales dirigidos a los y las adolescentes estén articulados con aquellos referidos a la salud sexual y reproductiva, fomentando las sinergias.
5. En términos de los servicios de salud, debe prestarse una atención integrada brindando consejería y métodos anticonceptivos apropiados. Para este fin, se requieren mayores esfuerzos de capacitación del personal de servicios para atender esta demanda específica.
6. En cuanto a la educación sexual, se requiere: 1) articular las experiencias de los sectores formal y no formal, 2) incluir en los programas de educación, los componentes adecuados de educación sexual desde la niñez y 3) Incorporar en los programas educativos a la comunidad docente (padres, adolescentes, maestros y comunidad); fomentar metodologías de educación más activas que potencien el auto aprendizaje y el mutuo aprendizaje.

---

<sup>6</sup> Ver por ejemplo los resultados del Encuentro Regional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes en América Latina: Un Compromiso para el Futuro, realizado en San José Costa Rica, en diciembre de 1997

## BIBLIOGRAFÍA

Achío, Mayra; Henny de Vries; Cathalina García; Miguel Gómez; Socorro Gross; Wietze Lindeboom & Luis Rosero. 1994. *Fecundidad y formación de la familia. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993*. San José, CCSS/Depto. de Medicina Preventiva/CDC.

Asociación Demográfica Salvadoreña e Institute for Resource Development / Westinghouse. FESAL-85. *EL SALVADOR: Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL-85*. Columbia, MD, USA.

Asociación Demográfica Salvadoreña y Centers for Disease Control and Prevention. 1988. *El Salvador: Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL, 1988*. El Salvador.

Asociación Demográfica Salvadoreña y Centers for Disease Control and Prevention. 1993. *El Salvador: Encuesta Nacional de Salud Familiar, National Family Health Survey, FESAL 1993*. El Salvador.

Asociación Demográfica Salvadoreña y Centers for Disease Control and Prevention. 1998. *El Salvador: Encuesta Nacional de Salud Familiar, Informe Preliminar, FESAL 1998*. El Salvador.

Asociación Hondureña de Planificación Familiar (ASHONPLAFA) y Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. 1997. *Honduras: Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, 1996. Informe Final*. Honduras.

Asociación Hondureña de Planificación Familiar (ASHONPLAFA) y Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. 1998. *Honduras: Encuesta Nacional de Salud Masculina, 1996. Informe Final*. Honduras.

Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana e Institute for Resource Development / Macro International (PROFAMILIA y MI). 1990. *Colombia: Encuesta de Prevalencia Demográfica y Salud, 1990. (Demographic and Health Survey)* Columbia, MD, USA.

Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana e Institute for Resource Development/Macro International. 1995. *Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1995. (Demographic and Health Survey)* Calverton, MD, USA.

Bernhard, Erika.; José Miguel Guzmán & Alberto Palloni. 1998. *Conocimientos, actitudes y prácticas de la población relacionadas con el VIH-SIDA. Encuesta CAP-SIDA, San Pedro Sula, Honduras, 1997*. San Pedro Sula, UNFPA/DIEM.

Buvinic, Mayra. 1998. "The cost of adolescent childbearing: evidence from Chile, Barbados, Guatemala, and Mexico". *Studies in Family Planning* 29 (2): 201-209.

Caja Costarricense de Seguro Social, Departamento de Medicina Preventiva. *Comportamiento Sexual de los Costarricenses Menores de 25 años. Julio, 1992. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de Adultos Jóvenes*. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social y Centers for Disease Control and Prevention. 1994. *Costa Rica: Fecundidad y Formación de la Familia, 1994*. San José, Costa Rica.

Central Statistical Office y Centers for Disease Control. 1992. *Belize: 1991 Belize Family Health Survey, Final Report, 1992*. Atlanta, Georgia, USA.

Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable y Centers for Disease Control and Prevention. 1994. *Ecuador: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, Informe General, 1994. (Demographic and Health Survey)* Quito, Ecuador.

Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM), Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia (PROFAMILIA) y Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN). 1996. *República Dominicana: Encuesta Demográfica y de Salud, 1996. (Demographic and Health Survey)* Calverton, MD, USA.

Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable, Ministerio de Salud Pública y Centers for Disease Control. 1989. *Ecuador: Encuesta demográfica y de salud materna e infantil, 1989*. Endemain, Ecuador.

Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable, Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales e Institute for Resource Development / Westinghouse. 1988. *Ecuador: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1987. (Demographic and Health Survey)* Quito, Ecuador

Centro Latinoamericano de Demografía, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Organización Panamericana de la Salud. 1994. *Mujer y fecundidad en Uruguay. Factores determinantes directos de la fecundidad y sus implicaciones en salud. Estudio de las mujeres en edad fértil, 1994*. Uruguay.

Centro Paraguayo de Estudios de Población e Institute for Resource Development / Macro Systems, Inc. 1990. *Paraguay: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1990. (Demographic and Health Survey)* Columbia, MD, USA.

- Centro Paraguayo de Estudios de Población y Centers for Disease Control and Prevention. *Paraguay: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1998. Informe Preliminar.* Paraguay.
- Centro Paraguayo de Estudios de Población y Centers for Disease Control and Prevention. *Paraguay: Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva, 1995-1996.* Paraguay.
- CEPAL. 1997. *Dinámica de población y desarrollo en el Caribe.* CEPAL, Santiago de Chile.
- Consejo Nacional de Población y Familia e Institute for Resource Development / Westinghouse. 1987. *República Dominicana: Encuesta Demográfica y de Salud DHS, 1986. (Demographic and Health Survey)* Santo Domingo, República Dominicana.
- Consejo Nacional de Población. *Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995. Síntesis de Resultados.* México DF.
- Contraloría General de la República. *Tasas de Fecundidad en la República, según edad de los Padres: Años 1993-97. Nacimientos Vivos en la República y Ciudad de Panamá y Colón, por Edad del Padre, según Edad de la Madre: Año 1993-97.* Panamá.
- Corporación Centro Regional de Población, Ministerio de Salud de Colombia e Institute for Resource Development / Westinghouse (CCRP). 1986. *Colombia: Tercera Encuesta Nacional de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos y Primera de Demografía y Salud. 1986. (Demographic and Health Survey)* Columbia, MD, USA.
- David, H. & Susan Pick de Weiss. 1992. "Abortions in the Americas". En: Abdel R. Omran *et al.* (eds.). *Reproductive Health in the Americas.* PAHO, Washington DC.
- Demographic and Health Surveys / Akinrinola Bankole and Charles F. Westoff. *Childbearing Attitudes and Intentions. Comparative Studies No. 17. December 1995.* Calverton, MD, USA.
- Demographic and Health Surveys / Alex C. Ezech, Michka Seroussi and Hendrik Raggars. *Men's Fertility, Contraceptive Use and Reproductive Preferences. Comparative Studies No. 18. March 1996.* Calverton, MD, USA.
- Demographic and Health Surveys / Siân L. Curtis and Katherine Neitzel. *Contraceptive Knowledge, Use, and Sources. Comparative Studies No. 19. March 1996.* Calverton, MD, USA.
- Demographic and Health Surveys / Sunita Kishor and Katherine Neitzel. *The Status of Women: Indicators for Twenty-Five Countries. Comparative Studies No. 21. December 1996.* Calverton, MD, USA.
- Demographic and Health Surveys / Macro International Inc. *Comparative Studies 13. Socioeconomic Differentials in Fertility. May 1994.* Columbia, Maryland, USA.
- Demographic and Health Surveys / Macro International Inc. *Newsletter Vol. 5 No. 2, 1993.*
- Demographic and Health Surveys / Macro International Inc. *Newsletter Vol. 6 No. 2, 1994.*
- Demographic and Health Surveys / Macro International Inc. *Newsletter Vol. 7 No. 1, 1995.*
- Demographic and Health Surveys / Macro International Inc. *Newsletter Vol. 8 No. 2, 1997.*
- Demographic and Health Surveys / Macro International Inc. *Newsletter Vol. 8 No. 2, 1997. ECLAC / CDCC Demographic Unit. Digest of Selected Demographic & Social Indicators 1960-1994, For CDCC Member Countries*
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean. *Regional Digest of Selected Demographic & Social Indicators 1960-1990.* Port of Spain, 1991.
- Family Planning Association of Trinidad and Tobago and Institute for Resource Development/Westinghouse. 1987. *Trinidad and Tobago: Demographic and Health Survey, 1987.* Columbia, MD, USA.
- Farnot, U. 1985. Maternal mortality in Cuba. Trabajo preparado para la Reunión Interregional sobre la Prevención de la Mortalidad Materna, OMS, Ginebra.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, Dra. Nafis Sadik, Directora Ejecutiva. 1995. *Estado de la Población Mundial 1995. Decisiones para el desarrollo: La mujer, la potenciación y la salud genésica.*
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, Dra. Nafis Sadik, Directora Ejecutiva, 1997 *Estado de la Población Mundial 1997. Las nuevas generaciones..*
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, Dra. Nafis Sadik, Directora Ejecutiva, 1998. *Estado de la Población Mundial 1998. Las nuevas generaciones.*
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, Dra. Nafis Sadik, Directora Ejecutiva . 1999. *Estado de la Población Mundial 1999, 6 mil millones: Es hora de optar.*
- Fondo de Población de las Naciones Unidas/INIM. 1999. *¿ Qué más podía hacer sino tener un hijo ? Bases socioculturales del embarazo de las adolescentes en Nicaragua.* Managua, FNUAP / Instituto Nicaraguense de la Mujer.

- Goldman, Noreen. 1981. "Dissolution of first unions in Colombia, Panama, and Peru". *Demography* 18 (4): 659-679.
- Gupta, N. & Iúri da Costa Leite. 1999. "Adolescent fertility behavior: trends and determinants in the Northeast of Brazil". *International Family Planning Perspectives* 25 (3): 125-131.
- Guzman, J.M, Hakkert, R., Moyano, M., Contreras, J.M. (2000). Diagnóstico de Salud Reproductiva de Adolescentes en América Latina. Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA, México, D.F. (Borrador).
- Instituto de Estudios de Población y Desarrollo, Denise Paiewonsky. *Determinantes Sociales y Consecuencias del Aborto Inducido en la República Dominicana. Marzo, 1995.* Santo Domingo, República Dominicana
- Instituto de Estudios de Población y Desarrollo IEPD/PROFAMILIA. *Madres Adolescentes en República Dominicana. 1996. Informe General.* Santo Domingo, República Dominicana.
- Instituto de Estudios de Población y Desarrollo, PROFAMILIA, Oficina Nacional de Planificación e IRD/Macro International. 1991. *República Dominicana: Encuesta Demográfica y de Salud, 1991. (Demographic and Health Survey)* Columbia, MD, USA.
- Instituto de Estudios de Población y Desarrollo IEPD, entidad de PROFAMILIA y Centers for Disease Control and Prevention. *República Dominicana: Encuesta Nacional de Jóvenes, 1992. Informe Final.* República Dominicana.
- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá e Institute for Resource Development / Westinghouse. 1987. *Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1987. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (Demographic and Health Survey)* Columbia, MD, USA.
- Institute for Resource Development / Macro Systems, Inc. 1989. *Bolivia: Maternal and Child Health in Bolivia, 1989: Report on the In-depth Demographic and Health Survey in Bolivia.* Columbia, Maryland USA.
- Institut Haïtien de l'Enfance y Johns Hopkins University. 1989. *Haiti: Survie et Sante de l'Enfant en Haiti, Résultats de l'Enquete Mortalité, Morbidité, et Utilisation des Services, 1987.* Port-au-Prince, Haiti.
- Institut Haïtien de l'Enfance y Macro International. 1994/95. *Haïti: Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services EMMUS-II, 1994/95. (Demographic and Health Survey)* Calverton, MD, USA.
- Institut Haïtien de l'Enfance y Centers for Disease Control. 1991. *Haïti: Enquête Nationale Haïtienne sur la Contraception, 1989. Rapport Final.* Atlanta, Georgia, USA.
- Instituto Nacional de Estadística. 1986. *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Informe General, 1986. (Demographic and Health Survey)* Lima, Perú.
- Instituto Nacional de Estadística y el Institute for Resource Development/Macro Systems. 1989. *Bolivia Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1989: Resumen Ejecutivo. (Demographic and Health Survey)*
- Instituto Nacional de Estadística / Macro International Inc. 1994. *Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1994. (Demographic and Health Survey)* Calverton, Maryland USA.
- Instituto Nacional de Estadística / Macro International Inc. 1998. *Bolivia: Encuestas Nacional de Demografía y Salud, 1998. (Demographic and Health Survey)* Calverton, MD, USA.
- Instituto Nacional de Estadística y Macro International Inc. 1995. *Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1995. (Demographic and Health Survey)* Calverton, MD, USA.
- Instituto Nacional de Estadísticas, Departamento Servicio al Usuario y Difusión. *Tasas de Fecundidad por grupos de edad de la madre, 1995, 1996 y 1997. Diciembre, 1999.* Santiago de Chile.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y Macro International. 1998. *Nicaragua: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 1998. (Demographic and Health Survey)* Calverton, MD, USA.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática, Asociación Benéfica PRISMA y Macro International. 1991/1992. *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991/1992. (Demographic and Health Survey)* Columbia, MD, USA.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática y Macro International (INEI y MI). 1996. *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1996 : Informe Principal. (Demographic and Health Survey)* Calverton, MD: INEI e MI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 1992. *México: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992. Metodología y Tabulados.* México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 1997. *México: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997. Metodología y Tabulados.* México
- International Planned Parenthood Federation / Western Hemisphere Region, Tirbani P. Jagdeo. 1993. *Suriname: Contraceptive Prevalence Survey, 1992.* Suriname.

- Makinson, Carolyn. 1985. "The health consequences of teenage fertility". *Family Planning Perspectives* 17 (3): 132-139.
- Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos. *Infancia y Condiciones de Vida, Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud y Acción Social. *Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Indicadores de Salud y Condiciones de Vida para el Grupo de Población de 10-24 años - 1970, 1980 y 1985. Abril 1989. Serie 8. Análisis de Datos, Número 7*. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social.
- Ministerio de Salud y Acción Social. *Encuesta a Población: Módulo de Utilización y Gasto en Servicios de Salud Aglomerado Gran Buenos Aires, Situación Sanitaria de la Población de 13 a 19 años (adolescentes) - Cifras definitivas, Septiembre 1993. Serie 10, Número 8*. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social.
- Ministerio de Salud y Acción Social. *Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Estadísticas Vitales. Información Básica, 1995. Serie 5, Número 38*. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social.
- Ministerio de Salud y Acción Social. *Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud: Indicadores de Natalidad y Mortalidad, Años 1980-1993. Número 71. Junio 1995*. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social.
- Ministerio de Salud y Acción Social. *Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Información Básica - 1994. Serie 5, Número 38*. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud y Acción Social. *Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Estadísticas Vitales. Información Básica 1996. Serie 5, Número 40*. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social.
- Ministerio de Salud y Acción Social. *Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Estadísticas Vitales. Información Básica 1997. Serie 5, Número 41*. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social.
- Ministerio de Salud Pública. 1999. *La salud Pública en Cuba. Hechos y Cifras*. La Habana, Dirección Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública.
- Misago, C. & W. Fonseca. 1999. "Determinants and medical characteristics of induced abortion among poor urban women in North-East Brazil". In: Axel Mundigo & Cynthia Indriso (eds.). *Abortion in the developing world*. WHO. New Delhi, Vistaar Publications.
- Mones, Belkys. 2000. *Las relaciones de género y sus implicaciones en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes* (mimeo).
- Morris, Leo; Valerie Sedivy; Jay S. Friedman & Carmen P. McFarlane. 1995. *Jamaica Contraceptive Prevalence Survey 1993. Vol. IV: Sexual behaviour and contraceptive use among young adults*. Kingston, National Family Planning Board / Centers for Disease Control.
- National Family Planning Board y Centers for Disease Control and Prevention. 1994. *Jamaica: Contraceptive Prevalence Survey, Volume III Sexual Experience, Contraceptive, Practice and Fertility, 1993*. Atlanta, Georgia, USA.
- National Family Planning Board y Centers for Disease Control and Prevention. 1994. *Jamaica: Contraceptive Prevalence Survey, Volume I Administrative Report, 1993*. Kingston, Jamaica.
- National Family Planning Board y Centers for Disease Control and Prevention. 1994. *Jamaica: Contraceptive Prevalence Survey, Volume II Knowledge and Attitudes Towards Family, Contraception and Aids, 1993*. Kingston, Jamaica.
- National Family Planning Board y Centers for Disease Control and Prevention. 1995. *Jamaica: Contraceptive Prevalence Survey, Volume IV Sexual Behaviour and Contraceptive Use Among Young Adults, 1993*. Atlanta, Georgia, USA.
- National Family Planning Board y Centers for Disease Control and Prevention. 1994. *Jamaica: Contraceptive Prevalence Survey, Volume V Summary of Results by Health Region, 1993*. Atlanta, Georgia, USA.
- National Family Planning Board y Centers for Disease Control and Prevention. 1999. *Jamaica: Reproductive Health Survey, 1997. Final Report*. Atlanta, Georgia, USA.
- Oficina Nacional de Estadísticas, Centro de Estudios de Población y Desarrollo. *Anuario Demográfico de Cuba. 1998*. La Habana, ONE.
- Oficina Nacional de Estadísticas. *Perfil Estadístico de la Mujer Cubana en el Umbral del Siglo XXI. Febrero 1999*. La Habana, ONE.
- ONUSIDA. *Informes por países. 2000* ([www.unaids.org](http://www.unaids.org)).
- Organización Panamericana de la Salud. *Perfil de la fecundidad en la edad de la adolescencia en Venezuela. Informe. Agosto de 1998*. Caracas, Venezuela.

- Pan American Health Organization. *Caribbean Adolescent Health Survey: Antigua, Dominica, Grenada, Jamaica, 1998*. Minneapolis MN, USA.
- Pan American Health Organization. *Health conditions of adolescents and youth in the Americas, 1998*. Minneapolis MN, USA.
- PROFAMILIA y Centers for Disease Control and Prevention. 1993. *Nicaragua: Encuesta sobre Salud Familiar Nicaragua 92-93. Informe Final*. Nicaragua.
- Scholl, T. O.; M. L. Hediger & D. H. Belsky. 1994. "Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy". *Journal of Adolescent Health* 15: 444-456.
- Secretaría de Salud e Institute for Resource Development / Macro System. 1987. *México: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987. (Demographic and Health Survey)* Columbia, MD, USA.
- Senderowitz, Judith. 1995. *Adolescent health: reassessing the passage to adulthood*. Washington DC, World Bank Discussion Paper 272.
- Singh, Susheela. 1998. "Adolescent childbearing in developing countries: a global review". *Studies in Family Planning* 29 (2): 117-136.
- Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, BEMFAM y Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) Macro International. 1996. *Brasil: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. (Demographic and Health Survey)* Calverton, MD 20705, USA.
- Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil e Instituto para Desenvolvimento de Recursos BEMFAM e IRD. 1987. *Brasil: Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, PNSMIPF, Brasil, 1996. (Demographic and Health Survey)* Rio de Janeiro, Brasil.
- Sullivan, Jeremiah M.; Shea O. Rutstein & G. T. Bicego. 1994. "Infant and child mortality". *Demographic and Health Surveys Comparative Studies* 15, Calverton MD, Macro International.
- Teen Pregnancy Prevention Program and Centers for Disease Control and Prevention. *Trying to maximize the odds: using what we know to prevent teen pregnancy. December 1995*. Atlanta GA, Teen Pregnancy Prevention Program / CDC.
- United Nations Population Fund. *UNFPA and Adolescents 1997*.
- United Nations Population Fund / Hope Enterprises Ltd. 1997. *Biomedical and other background data relevant to the establishment of adolescent sexual and reproductive centers in specific sites in Jamaica*. Kingston, Jamaica, UNFPA/Hope.
- United Nations Population Fund, Jamaica. 1998. *Biomedical and Socio-cultural Data Relevant for the Establishment of Adolescent Sexual and Reproductive Centres in Selected Sites in Guyana (draft)*.
- United Nations. 1994. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo A/Conf. 171/13*. New York, United Nations.
- United Nations. 1999. *Examen y evaluación generales de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. New York, United Nations, A/S-21/5/Add.1.
- Universidad de la República Oriental del Uruguay, Ma. del Carmen Varela Petito. *La Fecundidad Adolescente: una expresión de cambio del comportamiento reproductivo en el Uruguay*. Montevideo, Uruguay.
- Zamudio, L.; N. Rubiano & L. Wartenberg. 1999. *El aborto inducido en Colombia*. Bogotá, Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social, Universidad del Externado, Cuadros del CIDS 1 (3).



## ANEXO

### CUADROS Y GRAFICOS

Cuadro 1

Tasas de fecundidad adolescente para fechas recientes.  
América Latina y el Caribe, 1990-1997

País	Tasas de fecundidad			Años de referencia	Fuentes
	1990	1995	1997		
Argentina	67	61	67	90,95,97	Estadísticas Vitales
Barbados	61	47		90,95	CDCC-ECLAC,Proyecciones
Belice	122	108		90,95	Proyecciones
Bolivia	94	94	84	87,92,97	DHS-89; DHS94; DHS98
Brasil	84	86		90,94	DHS86; DHS96
Chile	69	68	70	90.95,97	Estadísticas Vitales
Colombia	85	89		90,93	Proyecciones, DHS-95
Costa Rica	95	89	86	90,95,97	Estadísticas Vitales
Cuba	76	59	58	90,95,97	Estadísticas Vitales
Ecuador	89	91	91	90,92,97	ENDEMAIN I, II y 99
El Salvador	124	116		90,95	CDC-93 y CDC-98
Guatemala	130	126	117	90,94, 97	DHS-87, DHS-95, DHS-99
Guyana	69	62		90,95	Proyecciones
Haití	92	79		88,93	DHS-94/95
Honduras	132	136		90,94	ENESF-96, ENESF-91-92
Jamaica	108	112		90,96	CPS-93, RHS-97
México	81	78	74	90,95,96	ENADID-92, ENADID-97
Nicaragua	158	148		90,95	CDC-92-93; DHS-98
Panamá	98	90	94	90,95,96-97	Estadísticas Vitales, Proyecciones
Paraguay	97	94	87	89,95,97	DHS-90, CDC-95 y CDC-98
Perú	74	75		90,95	DHS-91-92, DHS-96
Rep. Dominicana	88	112		90,95	DHS-91, DHS-96
Suriname	60	44		90,95	CPS-92, Proyecciones
Trinidad&Tabago	60	47		90,95	CDCC-ECLAC,Proyecciones
Uruguay	64	71	..	90,96	Estadísticas Vitales
Venezuela	105	85		90,95	ENPOFAM-98

Fuentes: Encuestas DHS, CDC y otras  
 CDC Centers for Disease Control  
 DHS Demographic and Health Surveys  
 CPS Contraceptive Prevalence Surveys

**Cuadro 2**  
Tasas de fecundidad adolescente por lugar de residencia y nivel de instrucción alcanzado.  
Países seleccionados de América Latina y el Caribe.

País y año de la Encuesta	Total	Area de residencia		Nivel de instrucción			
		Urbana	Rural	Sin instrucción	Primaria	Secundaria	Superior
Belice (1991)	137	117	174	..	193	74	..
Bolivia (1998)	84	68	135	203	163	66	11
Brasil (1996)	86	78	122	299	143	67	..
Colombia (1995)	89	74	137	176	166	62	13
Costa Rica (1993)	82	69	113	156	127	46	..
Ecuador (1999)	91	79	111	203	135	80	12
El Salvador (1998)	116	87	150	231	174	105	32
Guatemala (1999)	117	86	139	210	141	43	..
Haití (1994-95)	76	58	92	145	83	32	..
Honduras (1996)	136	113	161	205	170	66	..
Jamaica (1996)	112	96	133	..	..	..	..
México (1997)	74	62	95	214	136	88	27
Nicaragua (1998)	130	109	167	253	181	75	23
Paraguay (1995)	107	48	135	214	139	41	29
Perú (1996)	75	55	139	185	164	63	15
Rep. Dominicana (1996)	112	87	160	274	172	47	16
Trinidad y Tabago (1987)	82	82	83	304	134	70	56
Venezuela (1998)	80	77	93	..	144	66	53
<b>Promedio simple</b>	..	<b>80</b>	<b>131</b>	<b>220</b>	<b>150</b>	<b>68</b>	<b>26</b>

Fuente: Encuestas DHS, CDC y otras.

**Cuadro 3**  
Tasas de fecundidad de mujeres adolescentes, según quintiles de pobreza en países seleccionados de América Latina y el Caribe.

País/fecha de la encuesta	Quintiles					Total
	1	2	3	4	5	
Bolivia, 1998	168	126	100	68	27	84
Brasil, 1996	176	109	70	57	28	86
Colombia, 1995	180	126	93	65	24	89
Rep. Dominicana, 1996	234	153	130	65	30	112
Guatemala, 1995	203	173	141	108	54	126
Haití, 1994/95	105	99	92	93	25	76
Nicaragua, 1997/98	213	176	147	90	58	130
Perú, 1996	170	124	75	46	19	75
Paraguay, 1990	181	130	95	70	34	97

Quintil 1: 20 % más pobre; Quintil 5: 20 % más rico.  
Fuente: Encuestas DHS.

Cuadro 4

Porcentaje de mujeres de 20 a 49 años que tuvieron un hijo antes de los 15 años, por lugar de residencia, nivel de instrucción y nivel de pobreza. Países de América Latina y el Caribe 1995-1998

País	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad				Quintiles de Pobreza				
		Urbano	Rural	Sin instrucción	Primaria	Secundaria.	Medio y más	1°	2°	3°	4°	5°
Bolivia (1998)	2.1	1.4	3.8	4.6	3.3	1.1	0.2	4.5	3.4	1.7	1.1	0.8
Brasil (1996)	1.4	1.2	2.1	5.8	1.8	0.8	0.1	3.1	1.7	1.4	0.6	0.5
Colombia (1995)	2.6	1.7	3.4	7.4	3.6	1.0	0.1	5.2	2.8	2.0	1.2	1.0
Costa Rica (1993)	1.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador (1994)	2.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
El Salvador (1993)	3.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala (1995)	4.1	2.3	5.5	8.2	3.1	0.3	0.0	7.0	7.4	4.1	3.0	0.8
Haití (1995)	2.6	2.4	2.9	4.1	2.3	0.4	0.0	2.9	3.7	3.1	2.8	1.1
Honduras (1996)	3.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica (1997)	3.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nicaragua (1998)	5.8	4.6	8.2	13.6	7.1	1.5	0.0	11.3	7.8	5.6	3.8	3.0
Paraguay (1996)	2.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Perú (1996)	2.0	1.3	3.9	6.9	3.4	1.0	0.3	4.9	2.8	1.4	1.5	0.5
Rep.Dom.(1996)	4.0	3.0	5.9	12.9	5.7	.5	.5	8.6	4.6	5.0	2.8	1.0
Trinidad&tabago (1987)	1.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Encuestas DHS y CDC.

Cuadro 5  
Razones declaradas del abandono escolar de mujeres con edades actuales de 15-24 años

Razón	Bolivia	Brasil	Colombia	Guatemala
Asiste actualmente	52.5 %	47.7 %	40.4 %	27.0 %
Quedó embarazada	3.8	4.9	4.7	0.8
Se casó o unió	5.9	6.0	5.1	3.2
Para cuidar los niños	2.1	2.2	1.0	1.9
La familia necesitaba ayuda	11.6	2.5	1.2	11.5
No pudo pagar estudios	1.7	2.8	16.6	5.6
Necesitaba ganar dinero	9.1	9.9	6.8	7.8
Se graduó, suficiente estudio	2.5	2.9	1.6	3.9
No pasó los exámenes	0.5	0.8	1.4	1.7
No quiso estudiar	2.9	8.1	15.2	23.6
La escuela muy lejos	2.6	6.6	1.8	2.9
Los padres no quisieron	-	-	0.7	-
Razón médica	-	1.1	1.2	-
Otra razón	2.5	3.7	2.4	5.2
No sabe/sin información	0.5	0.6	-	3.2
	Nicaragua	Perú	Rep. Dominicana (1996)	
Asiste actualmente	40.9 %	44.8 %	32.6%	
Quedó embarazada	5.4	6.6	3.4	
Se casó o unió	10.5	4.3	17.1	
Para cuidar los niños	2.2	2.2	1.9	
La familia necesitaba ayuda	1.8	4.4	1.4	
No pudo pagar estudios	9.9	10.7	5.1	
Necesitaba ganar dinero	5.0	9.1	8.3	
Se graduó, suficiente estudio	0.7	3.4	.01	
No pasó los exámenes	-	0.8	--	
No quiso estudiar	13.3	5.3	15.7	
La escuela muy lejos	3.0	1.1	4.2	
Los padres no quisieron	-	-	--	
Razón médica	-	-	--	
Otra razón	2.8	6.0	9.3	
No sabe/sin información	1.1	1.2	0.8	

Fuente: Informes de país de la DHS III

**Cuadro 6**  
**Porcentaje de las adolescentes (15-19 años) que han tenido relaciones sexuales,**  
**América Latina y El Caribe, 1995-1998.**

**MUJERES**

País	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad			
		Urbano	Rural	Sin instrucción	Primaria	Secundaria	Medio y más
Bolivia (1998)	19.6	17.0	27.6	60.0	37.9	14.1	9.7
Brasil (1996)	32.5	32.2	33.5	58.8	40.4	29.4	41.7
Colombia (1995)	29.6	27.7	35.5	59.1	42.8	23.8	25.4
Guatemala (1995)	25.0	17.3	31.0	44.8	30.0	8.5	-
Haití (1995)	29.0	33.1	25.2	30.8	29.0	27.7	-
Nicaragua (1998)	36.1	31.5	44.3	65.1	48.7	21.6	17.1
Perú (1996)	20.2	16.2	32.2	57.4	39.2	15.9	8.5
Rep. Dom. (1996)	32.6	28.9	39.6	74.0	40.6	19.8	8.9

**HOMBRES**

País	Total	Lugar de residencia		Nivel de escolaridad			
		Urbano	Rural	Sin instrucción	Primaria	Secundaria	Medio y más
Bolivia (1998)	41.3	41.9	39.2	...	41.4	39.5	58.3
Brasil (1996)	62.2	66.4	48.9	58.8	61.1	62.3	76.9
Honduras (1996)	49.6	59.6	39.5	...	...	...	...
Haití (1995)	47.1	61.7	38.2	27.1	43.8	63.4	...
Nicaragua (1998)	58.7	61.1	51.9	52.9	56.2	59.0	...
Perú (1996)	45.3	46.1	43.9	...	34.3	44.1	65.5
Rep. Dom. (1996)	49.0	56.0	41.0	44.0	46.8	54.3	...

Fuente: Encuestas DHS.

CUADRO 7 (EN CONSTRUCCIÓN)  
 LEYES, POLÍTICAS Y PROGRAMAS RELATIVOS A LA ATENCIÓN INTEGRAL A ADOLESCENTES <sup>7</sup>  
 (INCLUYENDO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS)

Países	Constitución/Leyes	Políticas	Programas	Estado de implementación
<b>Argentina</b>	Ley Federal de Educación, 1993	Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente, 1995.	Contenidos Básicos comunes para la Educación General Básica, la Educación Polimodal (secundaria) y Formación Docente, 1995, que incluyen transversalmente la ES.	Dado que existe autonomía a nivel de Provincias (Estados), la aplicación de los currículos no está generalizada. Hay experiencias en marcha en las escuelas oficiales de Buenos Aires y Mendoza
<b>Bolivia</b>	Ley de Educación No. 1565 del 7 de julio de 1994.	..	Plan Nacional para el desarrollo integral de adolescentes y jóvenes 1997-2002. Reforma Educativa, 1996 incorpora Educación Sexual.	Aplicación de los programas de la Reforma Educativa en grados 1 a 4 del nivel primario. Aplicación de nuevos programas en la Educación Alternativa (no formal de jóvenes y adultos) Experiencias demostrativas en la educación secundaria, apoyadas por ONGs, UNFPA y otros en Santa Cruz, La Paz, El Alto y Cochabamba.
<b>Brasil</b>	Constitución garantiza protección de la salud de adolescentes Estatuto da criança e do Adolescentes, 1990.	..	Parámetros curriculares nacionales aprobados en 1996 que incluyen transversalmente la Educación Sexual. Normas para el cuidado médico integral del Adolescente, 1993. Programa de Atención Integral a la salud del adolescente (PROSAD), 1994. Normas para la atención a la salud integral del adolescente.	Los estados federales están aplicando los nuevos programas con tendencia a la generalización de la ES en todo el país. Realización de experiencias demostrativas en los estados del Nordeste con apoyo del UNFPA. Los servicios de salud reproductiva para adolescentes incluyen cuidado prenatal y parto, planificación familiar, tratamiento de problemas ginecológicos y de ITS/VIH/SIDA.
<b>Caribbean Countries</b>	..	..	Resolución de los Ministros de Educación del CARICOM sobre Salud y Educación para la Vida Familiar (HFLE). Plan de Acción Regional de la Cumbre de la Juventud del Caribe (Octubre, 1998)	Barbados, Dominica y Granada no tienen currículos estandarizados, pero FLE está incorporada en la educación primaria, aunque en Dominica no incluye reproducción y anticoncepción, al igual que en Santa Lucía. Jamaica aún la está incorporando como parte

<sup>7</sup> Si bien el concepto de Atención Integral incluye Educación, Salud, Trabajo, Recreación, aquí se consideran solo los componentes de Educación y Salud como parte de una Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva. La Educación Sexual, en algunos países llamada Educación en Población, es considerada uno de los derechos sexuales de los adolescentes, incluido en el derecho a la información a y la educación integral de su personalidad.

				formal del currículo. El sector Salud y las ONGs juegan el rol principal en la implementación de FLE. No es obligatoria la implementación en el nivel de formación de docentes ni en Secundaria. La Iglesia católica tiene una importante influencia.
<b>Chile</b>	..	Política de Educación de la Sexualidad (intersectorial), aprobada en 1993. Política de Salud del Adolescente, 1995.	..	Los procesos de descentralización educativa dejan libertad a Regiones y Municipios para la aplicación de los currículos, la ES no esta generalizada en el país. Las experiencias de JOCAS han activado el tratamiento del tema.
<b>Colombia</b>	Constitución del país reconoce derechos a la salud de adolescentes. Ley de Educación No.115 del 8 de febrero de 1994. Y Resolución No. 03353 del 2 de julio de 1993. Ley de la Juventud, 1994.	..	Programa Nacional de Educación Sexual	Gran impulso dado por el Proyecto Nacional de ES y por la resolución de obligatoriedad de desarrollar proyectos pedagógicos en todas las escuelas del país.
<b>Costa Rica</b>	Decreto ley para la atención total de la salud de los jóvenes y educación sexual y paternidad responsable, 1990. Ley General de Protección a la madre adolescente. Consejo Interinstitucional de atención a la madre adolescente. Código de la Niñez y Adolescencia (1998)	Política para la atención de adolescentes y jóvenes, 1995	Programas Intersectoriales e Interinstitucionales "Amor Joven" y "Construyendo Oportunidades" de la Oficina de la Primera Dama. Programa de Atención Integral a Adolescentes de la Caja Costarricense del Seguro Social.	El Ministerio de Educación es el encargado de implementar la educación sexual en las escuelas primarias y secundarias sin embargo el proceso no está consolidado. Avances en la coordinación entre los proyectos intersectoriales y el proyecto de Educación en Población del Ministerio de Educación.
<b>Cuba</b>	..	Programa Nacional de Educación Sexual. Acuerdo Interministerial Educación/Salud. Currículos aprobados (1997). Resolución Ministerial No.90/98.	..	La experiencia iniciada con apoyo del UNFPA en 1996, se está generalizando en el país, en base a la Resolución Ministerial 90/98 que establece la aplicación en todos los centros educativos del programa "Educación Formal para una conducta sexual responsable" El reglamento de la ley de Salud Pública de 1988 establece que los servicios de planificación familiar, ITS y anticonceptivos sean asequibles a los jóvenes.

<b>Rep. Dominicana</b>	Código para la protección del Niño y Adolescente (1994)	Política Nacional de Adolescencia y Juventud 1998-2003, en su parte relativa a Políticas de Educación, establece "el desarrollo de programas de prevención de ITS , VIH/SIDA y embarazo adolescente. En el capitulo de Políticas de Salud indica "implementar jornadas de educación sexual para los jóvenes, padres/madres y maestros".	..	Limitado. El Ministerio de Educación no ha incorporado la Educación Sexual hasta la fecha.
<b>Ecuador</b>	Constitución de la República, 1998 Código de Menores actualizado por ley 1998. Decreto Ley No. 73: Ley de Educación de la Sexualidad y el Amor, 1998. Legislación sobre atención integral de niños y adolescentes	..	Plan Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor., 1999	Experiencias demostrativas auspiciadas desde 1993 por UNESCO-UNFPA, ONGs, se han realizado en provincias de Sierra y Costa, servirán de base a la generalización que se espera iniciar en 2000.
<b>El Salvador</b>	Sin Información			
<b>Guatemala</b>	Código de la Niñez y Juventud, 1998 Código de Menores de 96?	Acuerdo Intersectorial sobre Educación en Población, 1992 y Acuerdo Legislativo del Congreso de la República, 1995.	..	Incorporación a los currículos de la Reforma Educativa y aplicación limitada a las escuelas en las que se capacitaron docentes mediante el apoyo UNFPA.
<b>Haiti</b>	..	Plan Nacional de Educación	..	Experiencia demostrativa iniciada en 1998 en 39 escuelas de tres departamentos. Reajuste de los currículos de la enseñanza fundamental, áreas de ciencias sociales y ciencias experimentales que habían introducido algunos temas en la Reforma de 1986 que quedó inconclusa por razones políticas



<b>Honduras</b>	Código de la Niñez y Adolescencia. Ley de creación del Instituto hondureño del niño y la familia (IHNAF), 1998. Ley especial sobre Prevención del SIDA que establece la obligatoriedad de la educación sexual, 1999.	..	..	..
<b>México</b>	..	Programa Nacional de Población 1995-2000.	Servicios para adolescentes del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. Programas y Textos escolares para la educación primaria y secundaria, 1994.	La política de textos gratuitos garantiza la generalización de la ES. Los textos escolares de 5°.y 6°. grados de la educación primaria son un ejemplo de enfoque integral.
<b>Nicaragua</b>	Código de la Infancia y Adolescencia, 1998. Ley de creación del Consejo Nacional de atención a la niñez y adolescencia .	Política de Educación Sexual del Ministerio de Educación. Convenio entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación.	Programa Nacional de atención integral a la niñez y adolescencia.	Implementación limitada en cobertura y en contenidos de la Educación Sexual. La aprobación de la Política de Población y de su Plan de Acción ha favorecido la elaboración de un sub programa de educación en población y de la sexualidad con enfoque integral que se encuentra en consulta nacional para su posterior aprobación.
<b>Panamá</b>	Código de Familia. Ley No. 4 del 29 de enero de 1999.	Resolución del Ministerio de Salud que crea la Comisión Nacional de Salud Reproductiva, 1996.	Plan Nacional para la Salud de la Mujer y Adolescentes 1995-1999	Incluida en la Formación magisterial y en los currículos de la educación primaria y secundaria con apoyo del UNFPA desde 1989. Implementación parcial debido a insuficiente apoyo político y a limitada capacidad técnica en el nivel central del Ministerio de Educación.
<b>Paraguay</b>	..	..	Plan Nacional de Salud Integral y Desarrollo del Adolescente 1997-2001.	Los Delineamientos curriculares, 1993, establecen la incorporación de la educación familiar y sexual en los currículos de la educación primaria y secundaria. Se inició la capacitación de los docentes y con apoyo del BID el MEC se produjeron textos escolares para la educación primaria que incluyen educación de la sexualidad con perspectiva de género.

<b>Perú</b>	Ley de Política de Población. Código del niño y del adolescente, modificado en 1998, para incluir derechos. Legislación para la atención de la salud integral de niños y adolescentes.	Currículos de los niveles primario, secundario y Formación Docente, 1997-1999 Programa Nacional de Educación Sexual. Acuerdo interministerial Educación/Salud. Normas administrativas para la atención integral de la población entre 5 y 19 años, 1992.	Programa Nacional de Educación Sexual, 1996.	Aplicación en un 70% de las escuelas del nivel secundario. Inicio de la aplicación en el segundo ciclo del nivel primario y en la Formación Docente.
<b>Venezuela</b>	Constitución del país, 1999, incorpora derechos de adolescentes a la información y atención. Ley de Protección Integral del niño y del adolescente, 1998. Ley de creación de la Comisión Nacional de Prevención del Embarazo Precoz, 1992.	..	Currículos para primero, segundo y tercer ciclos de la educación básica  Programa de Atención a la Salud Integral de Adolescentes del Ministerio de Salud, 1991.	Inicio de la aplicación de los nuevos currículos.  En la mayoría de establecimientos del tercer nivel de atención funcionan una consulta para adolescentes embarazadas.
<b>Uruguay</b>	..	..	Programa de Educación de la Sexualidad del Consejo de Educación Secundaria, 1994, Programa Nacional de SIDA del Ministerio de Salud.	No existen programas oficiales que incluyan la Educación Sexual. Desarrollo de algunos programas específicos en municipios. De carácter experimental en algunos liceos del país. El Ministerio de Salud, a través de Programa de SIDA realiza algunas intervenciones educativas puntuales en los liceos.

.. No existente, de acuerdo a información disponible.