



Estudio regional de equidad y fecundidad adolescente (EREFA) en Centroamérica y República Dominicana



Estudio regional de equidad y fecundidad adolescente (EREFA) en Centroamérica y República Dominicana

Washington, D.C.
2023



OPS



SECRETARÍA EJECUTIVA
COMISCA
CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA



SICA
Sistema de la Integración
Centroamericana



Estudio regional de equidad y fecundidad adolescente (EREFA) en Centroamérica y República Dominicana

ISBN: 978-92-75-32709-8 (OPS)

ISBN: 978-9962-5539-9-1 (UNFPA)

© Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, 2023

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-Compartirlgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de *Creative Commons* ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA) respaldan una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS, del UNFPA ni de la SE-COMISCA.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS, del UNFPA o de la SE-COMISCA".

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) o de la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA). La OPS, el UNFPA y la SE-COMISCA no se hacen responsables del contenido ni de la exactitud de la traducción".

Cita propuesta: Estudio regional de equidad y fecundidad adolescente (EREFA) en Centroamérica y República Dominicana. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA) 2023. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327098>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>, en <https://www.unfpa.org/publications> y <https://www.sica.int/comisca/>.

Derechos y licencias: Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: Las denominaciones empleadas en esta publicación, y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene, no implican por parte de la OPS, el UNFPA y/o la SE-COMISCA juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS, el UNFPA y/o la SE-COMISCA los aprueben o recomienden con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS, el UNFPA y/o la SE-COMISCA han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS, el UNFPA y/o la SE-COMISCA podrán ser consideradas responsables de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Prólogo.....	5
Agradecimientos.....	7
Abreviaciones.....	8
Resumen ejecutivo.....	9
1. El embarazo adolescente en la agenda de salud del Sistema de la Integración Centroamericana	11
2. Marco conceptual: la salud como fenómeno histórico-social	13
3. Aspectos metodológicos	19
3.1. Análisis cuantitativo.....	19
3.2. Análisis cualitativo	20
4. Resultados del análisis cuantitativo	24
a. Desigualdades en la fecundidad adolescente entre países	24
b. Desigualdades ecosociales en la fecundidad adolescente entre territorios subnacionales	27
5. Resultados del análisis cualitativo	31
a. Valoración general de marcos normativos y legales en los países del SICA.....	31
b. Valoración de planes de prevención del embarazo adolescente desde la perspectiva de la salud como fenómeno histórico-social	33
6. Conclusiones y recomendaciones	39
Anexos	
Anexo 1. Informe por país como contribución al EREFA	40
Anexo 2. Métricas de desigualdad	42
Anexo 3. Índice de desarrollo humano, porcentaje de nacimientos de madres adolescentes, tasa específica de fecundidad adolescente y población femenina de 15 a 19 años de edad, por desagregación territorial subnacional y años; países CARD.....	43
Anexo 4. Tasa promedio nacional y métricas-resumen estándar de desigualdad en la tasa de fecundidad adolescente por país y año de referencia (incluyendo rangos de incertidumbre al 95%); países CARD.	46
Anexo 5. Tasa específica de fecundidad adolescente según categorías de estratificación social en encuestas nacionales; países CARD.....	47
Anexo 6. Resolución del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, aprobando el EREFA.....	60

Prólogo

“ Solo haremos realidad la salud universal cuando nos libremos de la pesada carga de la desigualdad ”

Carissa F. Etienne
Directora Emérita de la OPS

Promover la equidad en la salud es el primer objetivo misional de la Organización Panamericana de la Salud y uno de sus más preciados valores fundacionales: la lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias

que son innecesarias y evitables. El principio de equidad intergeneracional está profundamente arraigado en el modelo de desarrollo sostenible, orientado a satisfacer las necesidades del presente sin comprometer la habilidad de futuras generaciones de satisfacer sus propias necesidades, y el enfoque de equidad preside la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, sus indivisibles Objetivos de Desarrollo Sostenible y la solemne promesa de *no dejar a nadie atrás*. La emergencia de salud sin precedentes que significó —y aún significa— la pandemia de la enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19) ha dejado ver con meridiana claridad la primacía de la equidad en la protección de la salud, la prevención de vulnerabilidades sociales, la mitigación de riesgos poblacionales, y la sostenibilidad y resiliencia de los sistemas y servicios de salud.

En una región como las Américas, caracterizada por profundas y persistentes desigualdades sociales en las oportunidades para la salud y el bienestar, promover la equidad es una prioridad impostergable. Entre las múltiples manifestaciones de la desigualdad social, el embarazo en la adolescencia es una de las más duras e inobjetables: su sola presencia a menudo refleja la falla sistémica de la sociedad en proteger a una población muy especial y vulnerable por antonomasia, comprometiendo el enorme talento y potencial productivo de las mujeres e hipotecando su futuro a la amenaza de la miseria, la exclusión y la impotencia. De acuerdo a las estimaciones de las Naciones Unidas, en la Región de las Américas se registran actualmente cerca de 1.6 millones de nacimientos de madres adolescentes de 15 a 19 años y el peso de esta carga se distribuye desproporcionadamente entre las que se encuentran en mayor desventaja social, es decir, aquellas cuyas circunstancias —los determinantes sociales— son las más desfavorables, como la pobreza, la baja escolaridad, el desempleo, la ruralidad y la discriminación étnica, incluida la perniciosa interseccionalidad de estas vulnerabilidades.

En Centroamérica y República Dominicana la fecundidad adolescente se mantiene a un nivel promedio superior al de América Latina y el Caribe y se constituye en una prioridad de salud pública, como ha sido explícitamente reconocido por su Consejo de Ministros de Salud (COMISCA) desde 2014. Esta prioridad se ha plasmado en sendos planes quinquenales de prevención del embarazo en adolescentes orientados primariamente a reducir su incidencia a mediano plazo como estrategia clave para capitalizar el bono demográfico actual en favor del desarrollo socioeconómico regional.

Este *Estudio regional de equidad y fecundidad adolescente (EREFA) en Centroamérica y República Dominicana* nació en 2018 en el seno del II Foro Intersectorial Regional para la Salud de Centroamérica y República Dominicana, promovido por el COMISCA. La apuesta central del EREFA se centra en replantear al embarazo adolescente como prioridad de salud pública no solamente por su elevado promedio regional sino también —y esencialmente— por su elevada desigualdad: el EREFA se planteó generar evidencia circunstancial sobre la magnitud de la desigualdad distributiva del riesgo de embarazo en la población de mujeres adolescentes en el gradiente social definido por el nivel de desarrollo humano alcanzado en las unidades subnacionales que forman la región de Centroamérica y República Dominicana.

La evidencia generada por el EREFA, así, reconoce de manera explícita que la reproducción en la adolescencia —y el embarazo precoz o no intencionado en este grupo etario— se asocia a patrones de exclusión social, identificando los territorios subnacionales con mayor vulnerabilidad en la región y, por tanto, con más alta prioridad para la implementación de intervenciones de promoción de la salud y prevención del embarazo adolescente. Aspiramos a que el EREFA aporte a informar sustantivamente decisiones de salud reproductiva más estratégicas y eficientes en su noble propósito de reducir el embarazo adolescente y —simultáneamente— reducir sus desigualdades sociales entre las poblaciones y territorios de la región de Centroamérica y República Dominicana, privilegiando una acción transformadora a partir de la respuesta intersectorial que se integre y articule al marco de la determinación social de la salud. En este transitar explícito hacia la salud reproductiva universal de las adolescentes, se cristalizará la promesa de *no dejar a nadie atrás*.

Agradecimientos

Equipo Coordinador del EREFA

Organización Panamericana de la Salud (OPS): Oscar J Mujica; Sonja Caffé; Luis Francisco Sánchez Otero; Antonio Sanhueza; Rodolfo Gómez Ponce de León.

Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA): Melissa Marcela Hernández de Ayala; David Saúl Rodríguez Araujo; Oscar Armando Azúcar Gómez.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA): Alma Virginia Camacho Hubner.

También se agradece la colaboración a los delegados de los países de Centroamérica y República Dominicana que participaron en la elaboración y revisión de este documento como parte del **Grupo Técnico Regional de Salud Adolescente (GTRSA) del COMISCA:** Belice: Julio Sabido; Costa Rica: Olga Hernández Chaves; El Salvador: Mario Ernesto Soriano Luna; Guatemala: Ruth Elena Girón Molina de Arango y Maira Elizabeth Sandoval Rosa; Honduras: Telma Romero y Maribel Navarro; Nicaragua: Fátima Ayerdis Espinoza; Panamá: Yamilette Rivera Solís; República Dominicana: Monika Carrión. Por la **Comisión Técnica de Investigación en Salud (CTIS) del COMISCA:** Belice: Russell Manzanero; Costa Rica: Ana Eduviges Sancho Jimenez; El Salvador: Xóchitl Sandoval López y Rina Domínguez; Guatemala: Jorge Horacio Cifuentes Morales; Honduras: Ana Carolina Rivera; Nicaragua: Natalia Vanessa Salgado Quintero; Panamá: Jesica Eileen Candanedo Pérez; República Dominicana: Nelson Leonel Martínez Rodríguez y Katherine Victorio.

Consultores: Alejandra Balandrán (OPS), Deborah Itriago (OPS), Claudia M Moreno (OPS), Ma. Dolores Mantilla (UNFPA).

Finalmente, se agradece especialmente la sustantiva contribución de la Iniciativa *Todas las Mujeres, Todos los Niños* (EWEC-LAC, por sus siglas en inglés) y la de los siguientes asesores técnicos de la OPS: Elisa Acevedo, Katuska Alvayero, Olivia Brathwaite, Adrienne Cox, Evelyne Degraff, Yamira Del Villar, Sebastián García-Saisó, Patricia Nájera Hamrick, Leclair León, Wilmer Marquiño, Gustavo Mery y Rebeca Nuñez.

Diagramación y diseño: 5W Infographics.

Foto de Portada: © OPS (Licencia estándar Adobe Stock).

Abreviaciones

CARD	Centroamérica y República Dominicana
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIAMA	Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
CONJUVE	Consejo Nacional de la Juventud
CTIS	Comisión Técnica de Investigación en Salud
DHS	<i>Demographic and Health Survey</i>
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
DSPSE	Determinación Social del Proceso Salud-Enfermedad
ENDESA	Encuesta de Demografía y Salud
ENESF	Encuesta Nacional de Salud Familiar
ENHOGAR	Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples
EREFA	Estudio Regional de Equidad y Fecundidad Adolescente
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil
ENSR	Encuesta Nacional de Salud Reproductiva
ENASSER	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
ENSSR	Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
ESF	Encuesta de Salud Familiar
FESAL	Encuesta Nacional de Salud Familiar
FHS	<i>Family Health Survey</i>
GDL	<i>Global Data Lab</i> (Universidad de Radboud)
GTRSA	Grupo Técnico Regional de Salud Adolescente
ICx	Índice de Concentración de la Desigualdad en Salud
IDP	Índice de Desigualdad de la Pendiente (o Índice Angular de Desigualdad, IAD)
MICS	<i>Multiple Indicator Cluster Survey</i>
MITRAB	Ministerio de Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSAR	Observatorio en Salud Reproductiva
PF	Planificación familiar
PNA	Prevalencia de nacimientos en la adolescencia
SE-COMISCA	Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
SICA	Sistema de la Integración Centroamericana
SIP	Sistema Informático Perinatal
SSR	Salud sexual y reproductiva
TEFA	Tasa específica de fecundidad adolescente
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

Resumen ejecutivo

El embarazo tiene un impacto profundo en la trayectoria de vida de las adolescentes: obstaculiza su desarrollo psicosocial, se asocia con resultados deficientes en materia de salud tanto para ellas como para sus hijos, repercute negativamente en sus oportunidades educativas y laborales y contribuye a perpetuar los ciclos intergeneracionales de pobreza y mala salud. La reducción del embarazo en la adolescencia es un objetivo estratégico de alta prioridad para el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), reconociéndose el doble problema de su inaceptablemente alta incidencia y su igualmente inaceptablemente alta desigualdad entre las mujeres de 15 a 19 años en la región.

El presente Estudio regional de equidad y fecundidad adolescente (EREFA) en Centroamérica y República Dominicana, que ha sido mandatado por el COMISCA en su Resolución 02-2018, parte de reconocer al embarazo adolescente como una de las expresiones más nocivas de la desigualdad social y propone un marco explicativo para analizarlo desde esa perspectiva. Dicho análisis aborda los aspectos más cuantitativos vinculados a la magnitud y profundidad de la desigualdad social en fecundidad adolescente, así como los aspectos más cualitativos ligados a la valoración de los marcos de políticas, normativas y planes vigentes para enfrentar el problema. De dicho análisis se desprende un conjunto de recomendaciones orientadas a apoyar la toma de decisiones y la generación de incidencia política en favor de la reducción del embarazo adolescente con enfoque de equidad, la acción sobre sus determinantes sociales y la rendición de cuentas sobre el compromiso de *no dejar a nadie atrás* en el camino por el desarrollo sostenible al 2030.

La salud es un fenómeno histórico-social y el embarazo adolescente una expresión negativa de la salud, determinada histórica y socialmente. El EREFA reconoce que: **i)** la salud y las inequidades en la salud se asocian a una constelación de determinantes sociales subyacentes; **ii)** la estratificación social reproduce pautas de discriminación y exclusión sociales que comprometen la salud de ciertos grupos poblacionales; **iii)** la estratificación social se alimenta de prescripciones social e históricamente construidas; **iv)** las discriminaciones sociales suelen superponerse creando interacciones complejas; **v)** las relaciones de poder asimétricas reproducen inequidades

en la salud; **vi)** la captura política, en interacción con la preferencia por ciertos modelos de desarrollo, exacerbada y perpetúa las inequidades en la salud; y **vii)** la constelación de factores que se relacionan con los resultados e inequidades en la salud implica, para la gestión pública, la necesidad de un abordaje integral, intersectorial e interinstitucional de la salud.

En la región de Centroamérica y República Dominicana (CARD), la tasa específica de fecundidad adolescente (TEFA), definida como el número de nacimientos en madres de 15 a 19 años de edad por 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad, pasó de 75-119 embarazos por 1.000 adolescentes en 2000 (rango interpaís) a 51-91 en 2020, de acuerdo con las estimaciones de Naciones Unidas. De manera análoga, el rango interpaís de la prevalencia de nacimientos en la adolescencia (PNA), definida como el número de nacimientos en madres de 15 a 19 años de edad como porcentaje del total de nacimientos registrados en el país, pasó de 18-25% en 2000 a 14-21% en 2020. Con ambos indicadores, se constata una reducción de la desigualdad estándar entre países (en promedio, de 26,6 a 16,4 embarazos por 1.000 adolescentes y de 3,0 a 2,7%, respectivamente). Considerando la gradiente social entre las 128 unidades territoriales subnacionales de primer nivel de la región CARD definida por el Índice de Desarrollo Humano subnacional (IDHs) *circa* 2017, existe un exceso de embarazos adolescentes desproporcionadamente concentrado en los territorios con menor desarrollo humano, equivalente a 129 embarazos por 1.000 adolescentes (índice de desigualdad de la pendiente, IDP). De hecho, mientras la TEFA en el quintil de unidades subnacionales CARD con menor IDHs es 124 embarazos por 1.000 adolescentes, en el quintil CARD con mayor IDHs es 53 x 1.000 (promedio regional CARD: 73 embarazos por 1.000 adolescentes).

Complementariamente, el EREFA exploró los resultados de 38 encuestas poblacionales probabilísticas de los ocho países de CARD constatando en todas ellas la presencia de desigualdades absolutas y relativas en la fecundidad adolescente según la división político-administrativa territorial, los cuantiles de riqueza, la división urbano-rural y la pertenencia étnica, afectando sistemáticamente en mayor proporción a aquellas categorías socialmente más desaventajadas.

Desde el punto de vista cualitativo, los análisis de marcos de política sobre el tema destacan lo siguiente: **i)** en su gran mayoría, los planes analizados son consistentes con el enfoque de salud como fenómeno histórico-social; **ii)** en general, los diagnósticos situacionales abordan en forma débil el tema de la equidad; **iii)** en distinto grado, los planes coinciden en reconocer que las instituciones sociales discriminatorias, las relaciones de poder asimétricas y la consecuente violencia de género, son causas principales del embarazo adolescente; **iv)** todos los planes analizados reconocen que el embarazo adolescente se asocia a una constelación de determinantes que van más allá de factores biológicos y conductuales y, en particular, de aquellos asociados a los sistemas y servicios de salud; **v)** ninguno de los planes analizados presenta metas cuantitativas de reducción de desigualdades en la incidencia del embarazo adolescente; **vi)** todos los planes destacan la importancia del trabajo intersectorial e interinstitucional para abordar el problema del embarazo adolescente; **vii)** en general, se convoca a la participación de instancias del ámbito económico, “grupos vulnerables” y/o “población-blanco” en los espacios de trabajo intersectorial e interinstitucional; **viii)** en general, los lineamientos operativos para orientar el funcionamiento de la intersectorialidad, la interinstitucionalidad y la integralidad de la gestión son deficientes; **ix)** la mayoría de planes no establece una priorización territorial clara para el abordaje del problema del embarazo adolescente; y **x)** algunos planes presentan objetivos o acciones de incidencia o abogacía, aunque sin explícito alineamiento con atributos específicos de la gobernanza del sector salud relevantes para la reducción de inequidades.

Se concluye reconociendo la alta incidencia y la alta desigualdad del embarazo adolescente en los distintos territorios subnacionales y las diversas categorías de estratificación social de las poblaciones de mujeres de 15 a 19 años de la región CARD, a pesar de la favorable tendencia descendente en el promedio regional constatada en las últimas dos décadas. El problema del embarazo adolescente no solamente es de una gran magnitud sino que se concentra desproporcionadamente en los segmentos poblacionales con mayor desventaja social. Los marcos políticos, aunque presentes y fortalecidos en los últimos años, exhiben gran diversidad programática y normativa que dificulta su integración y coordinación, generando barreras que limitan su implementación o reducen su impacto.

El EREFA recomienda, en esencia: **i)** mejorar sustantivamente la disponibilidad, integridad y calidad de los datos desagregados sobre fecundidad adolescente y sus determinantes, en especial los provenientes de registros administrativos; **ii)** institucionalizar el monitoreo de desigualdades ecosociales en el embarazo adolescente y la salud reproductiva; **iii)** estructurar estrategias de intervención integrales y consensuadas para la prevención del embarazo y la fecundidad adolescentes centradas en la gestión del territorio, reconociéndose como el espacio donde se concretan las inequidades sociales y las políticas públicas para eliminarlas; y, **iv)** incorporar, de manera explícita, el abordaje de la salud como un fenómeno histórico-social y el enfoque de equidad en los marcos de política, planes y programas de prevención del embarazo adolescente en Centroamérica y la República Dominicana, *sin dejar a nadie atrás*.

1 El embarazo adolescente en la agenda de salud del Sistema de la Integración Centroamericana

Desde que, en el marco de su XL Reunión Ordinaria, celebrada en Santo Domingo el 26 y 27 de junio de 2014, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) reconociera al embarazo adolescente como prioridad de salud pública en la subregión, se ha aprobado la formulación y puesta en práctica de dos planes quinquenales consecutivos de prevención del embarazo en adolescentes: los planes estratégicos regionales 2014-2018 y 2019-2023¹. Este último, conocido como 'PREVENIR', actualmente en etapa de evaluación, tiene como objetivo "contribuir a la articulación de una respuesta intersectorial desde la integración regional para la prevención y reducción del embarazo en adolescentes en Centroamérica y República Dominicana", como principios orientadores la interculturalidad, el enfoque de curso de vida, la equidad de género en salud y la intersectorialidad y como marco de referencia teórico-político la Determinación Social de la Salud (DSS)², adoptado en la Declaración de El Salvador durante la XLIII Reunión Ordinaria del COMISCA el 2015.

A iniciativa de la Presidencia Pro Tempore de República Dominicana del COMISCA, el 15 de junio de 2018 se desarrolló en Santo Domingo el segundo Foro Intersectorial Regional para la Salud de Centroamérica y República Dominicana, dedicado exclusivamente al análisis de situación del embarazo adolescente con miras a replantear la respuesta intersectorial e integral al problema. En el marco de dicho foro, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) presentó la propuesta de ejecución de un estudio de ámbito regional que, haciendo uso de la información disponible a nivel intersectorial y con el concurso de las contrapartes técnicas nacionales, desarrolle una exploración analítica original y exhaustiva sobre la magnitud, la profundidad y las tendencias de las desigualdades sociales en la fecundidad adolescente con enfoque territorial subnacional orientado

a informar la respuesta intersectorial de prevención del embarazo adolescente a nivel regional con perspectiva de equidad. La hoja de ruta para este estudio —estudio regional de equidad y fecundidad adolescente (EREFA)— se aprobó mediante la Resolución COMISCA 29-2018 en la XLIX Reunión Ordinaria celebrada en Belice en diciembre 2018 y el protocolo del EREFA se aprobó mediante la Resolución COMISCA 10-2019 en la L Reunión Ordinaria celebrada en Guatemala en junio 2019³.

El EREFA adquiere especial relevancia en un contexto en el que la fecundidad adolescente, a pesar de mostrar una favorable tendencia descendente en los últimos años, sigue siendo elevada en el conjunto de los Estados miembros del SICA. En general, la incidencia de fecundidad adolescente en estos países se mantiene en cifras superiores a la del promedio de América Latina y el Caribe (LAC).

La persistencia de este problema en la región CARD se fundamenta en buena medida por las diferencias (desigualdades) observadas en la ocurrencia de embarazo precoz o no intencionado entre diferentes grupos poblacionales. Así, en general, los análisis para LAC y países del SICA en particular, reconocen que la reproducción en la adolescencia se asocia a patrones de exclusión social. Es decir, este fenómeno es más frecuente entre los grupos de población que viven en condición de pobreza y con menor educación, en las zonas rurales normalmente más rezagadas en términos socioeconómicos, y en los grupos étnicos típicamente excluidos y postergados⁴. Esa desventaja social relativa se vincula con el menor acceso a cuestiones clave en la prevención del embarazo adolescente como la educación sexual y, sobre todo, la salud sexual y reproductiva, en particular la anticoncepción; lo cual implica menos protección contra embarazos no deseados en la

1 Resolución COMISCA 20-2018, Placencia, Belize, 07 de diciembre de 2018.

2 Adoptado por el COMISCA en la Política Regional de Salud del SICA (PRSS) 2015-2022 y el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana (PSCARD) 2016-2020 y 2021-2025.

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

4 Rodríguez J. (2017) y San Juan Bernuy V. Maternidad, fecundidad y paridez en la adolescencia y la juventud. Continuidad y cambio en América Latina. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45838-maternidad-fecundidad-paridez-la-adolescencia-la-juventud-continuidad-cambio>

adolescencia⁵. Además, la falta de oportunidades laborales, educativas, de proyectos de vida o de actividades alternativas a la maternidad, es decir, la propia exclusión social, así como estereotipos sociales de género discriminatorios (y, en algunos casos lesivos) en contra de la mujer —que ejercen fuerte y eficaz influencia en los grupos socialmente rezagados⁶—, generan menos incentivos para prevenir el embarazo precoz⁷.

El embarazo en la adolescencia suele ser una de las peores expresiones de la desigualdad. Asimismo, compromete el aprovechamiento del enorme talento y potencial productivo de las mujeres. En este sentido, y desde una perspectiva a medio-largo plazo, reducir su incidencia es una estrategia clave para poner a jugar el bono demográfico⁸ en favor del desarrollo socioeconómico. La mayoría de los Estados miembros del SICA se encuentran en fases intermedias de su transición demográfica y tienen una oportunidad única para aprovechar el último bono demográfico. Para los países que están en fases intermedias de la transición (Belize, El Salvador, Honduras y Nicaragua) se estima que esa ventana de oportunidad concluirá entre los años 2030 y 2035. En el caso de Guatemala los márgenes son aún mayores pues ese período se prolongará hasta el año 2050⁹. Algo similar ocurrirá en República Dominicana cuando se estima que en 2050 haya mayor proporción de población envejeciente que menores de 15 años¹⁰.

Las afirmaciones antes planteadas implican al menos dos asuntos: por una parte, la necesidad de documentar de la manera más exhaustiva y actualizada posible, la magnitud y las tendencias de las desigualdades sociales en el embarazo

adolescente en la región del SICA y, por la otra, la necesidad de reflexionar sobre las estrategias para el abordaje del problema del embarazo adolescente adoptadas en los países de la subregión. En concreto, es fundamental un análisis de los enfoques de los marcos políticos relevantes y su capacidad para orientar acciones que redunden en una reducción de las brechas sociales que explican la mayor incidencia relativa de embarazo adolescente en determinados grupos poblacionales. De esta forma, ambos asuntos se constituyen como los objetivos principales del EREFA.

Para darle coherencia racional a los dos objetivos del EREFA antes indicados, se hizo necesario la elaboración de un marco conceptual explícito. En consecuencia, el EREFA se compone de tres partes:

- Marco conceptual: la salud como fenómeno histórico-social.
- El análisis de datos sobre la magnitud, profundidad y tendencias de las desigualdades sociales en fecundidad adolescente a partir de la información remitida por los Ministerios de Salud de los Estados miembros del SICA y la consulta de otras fuentes de datos (Análisis Cuantitativo).
- El análisis de marcos políticos y normativas que tienen impacto sobre la población de menores de edad y en etapa adolescente en los Estados miembros del SICA, y el análisis de planes de prevención del embarazo adolescente desde la perspectiva de la salud como fenómeno histórico-social (Análisis Cualitativo).

5 Ibid.

6 Damonti (2017) en un análisis para el caso español plantea, entre otros asuntos, que el riesgo de experimentar violencia de género teniendo como referencia la plena integración aumenta un 45% en exclusión moderada y un 82% en exclusión severa. Véase a Damonti, P. (2017). Exclusión social como factor de riesgo de violencia de género en la pareja. Papers 2019, 104/3. Universidad Pública de Navarra. Departamento de Trabajo Social; <https://doi.org/10.5565/rev/papers.2570-485-523>

7 Ibid.

8 Se define como bono demográfico la oportunidad de contar con una población en edad productiva (15-64 años) que crece de manera sostenida y con mayor rapidez que la proporción de personas dependientes (menores de 15 años y mayores de 65).

9 Román Forastelli M. Pertinencia de la formación técnica profesional en Centroamérica y República Dominicana. Sexto Informe Estado de la Región. Borrador en progreso.

10 Oficina Nacional de Estadística de República Dominicana (2016), p. 30; <https://dominicanrepublic.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Envejecimiento%20demogr%C3%A1fico.pdf>

2 Marco conceptual: la salud como fenómeno histórico-social

El EREFA se enmarca conceptualmente a partir de la convergencia de dos enfoques consistentes con los postulados de la epidemiología social y complementarios entre sí: por un lado, el enfoque adoptado por la Comisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los “Determinantes Sociales de la Salud” (DSS), basado en la epidemiología clásica anglosajona y la medicina social europea; y, por otro lado, el enfoque de la medicina social y salud colectiva latinoamericanas denominado “Determinación Social del Proceso Salud-Enfermedad (DSPSE)”. El paradigma central de ambos enfoques – sobre el que se asienta este marco conceptual–, es el reconocimiento de la salud poblacional *como un fenómeno de producción histórico-social y no únicamente biológico*. La interpretación de la situación sanitaria observada y la racionalidad de las intervenciones propuestas para modificar positivamente dicha situación implica reconocer a su vez, bajo este paradigma, una serie de postulados básicos, según se enuncian a continuación:

La salud y las inequidades (esto es, las desigualdades injustas y evitables) en los resultados de salud se asocian causalmente a una constelación de determinantes sociales subyacentes.

Las condiciones materiales de vida (condiciones o circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, estudian, trabajan y envejecen) y los sistemas de salud, interactuando con aspectos conductuales¹¹, biológicos¹², psicosociales y de otra naturaleza (como, la cohesión social¹³, el capital social¹⁴ y el medio ambiente natural), modulan los resultados en salud y su distribución entre distintos grupos de población. A su vez, estos factores o “determinantes intermedios” de la salud no se configuran aisladamente, sino que en su gran mayoría son el resultado de la influencia y configuración histórica de un contexto social macro (conformado, entre otros elementos, por instituciones sociales¹⁵, políticas, jurídicas y económicas) que no sólo modelan las características y capacidades de dichos determinantes intermedios, sino que determinan cómo se concretan en la vida de las personas¹⁶. Es decir, procesos sociales macro condicionan a los determinantes intermedios, y estos a su vez afectan a los procesos de salud y enfermedad en lo micro. Por lo tanto, el contexto social de las personas, en sentido amplio, se convierte en un factor fundamental (estructural) para entender los resultados y las inequidades en la salud.

Para el caso del embarazo adolescente en particular la figura 1, presentada a continuación, sintetiza algunos de los principales factores determinantes de su ocurrencia, que han sido identificados en análisis para países de LAC.

11 Hace referencia a aspectos como la nutrición, actividad física, y estilos de vida.

12 Como el sexo, la edad y la herencia genética.

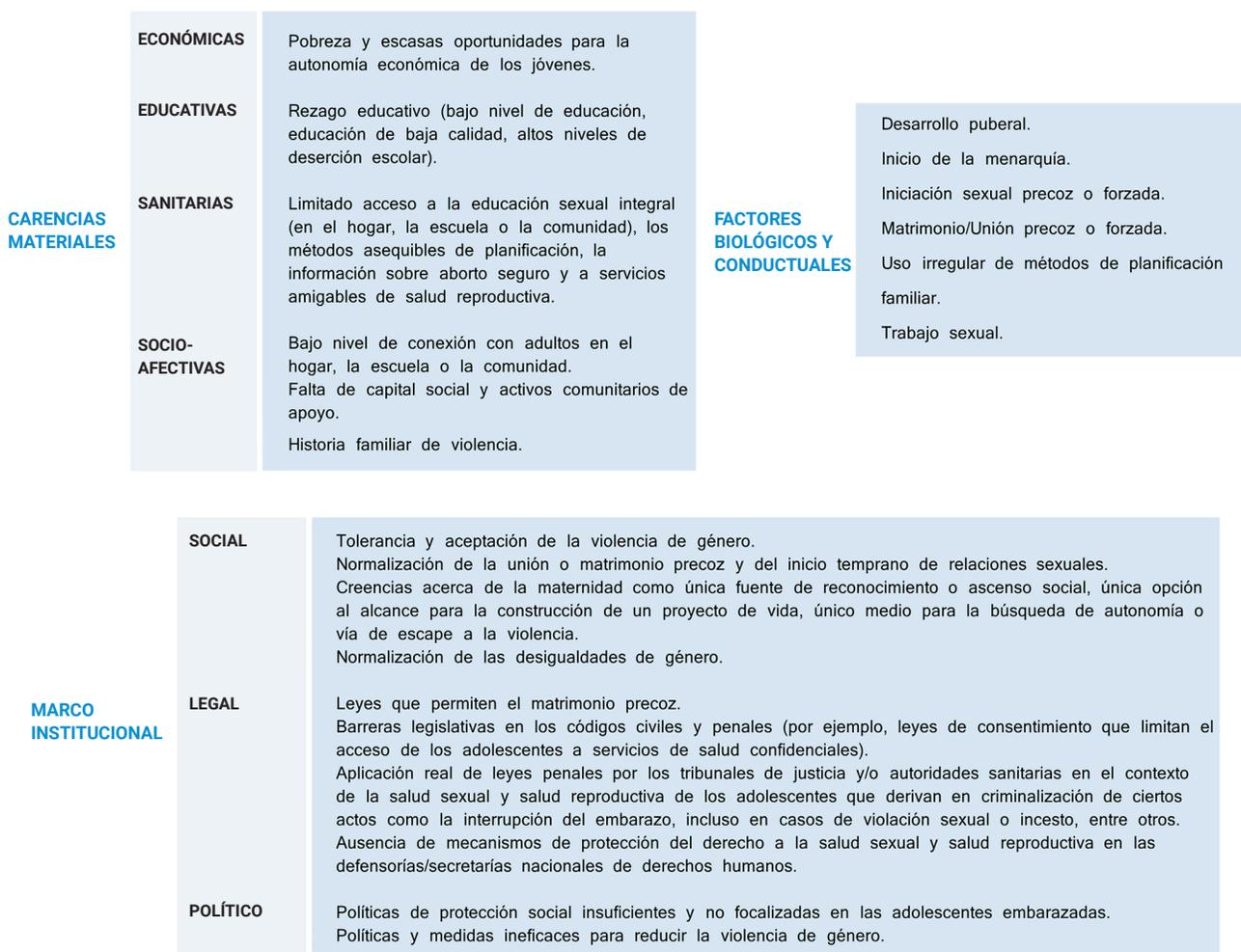
13 “Desde el punto de vista sociológico, puede definirse a la cohesión social como “el grado de consenso de los miembros de un grupo social sobre la percepción de pertenencia a un proyecto o situación común.” Véase a Ferrelli, R. (2015). Cohesión social como base para políticas públicas orientadas a la equidad en salud: reflexiones desde el programa EUROsociAL. Rev Panam Salud Publica 38(4):272-277; <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n4/272-277/es>

14 Entendido como “patrimonio simbólico de la sociedad en términos de la capacidad de manejo de normas y lazos sociales de confianza”. Véase a Ferrelli, R. (2015). Cohesión social como base para políticas públicas orientadas a la equidad en salud: reflexiones desde el programa EUROsociAL. Rev Panam Salud Publica 38(4):272-277; <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n4/272-277/es>. También entendido como ‘reserva de recursos sociales compartidos y factores contextuales, basada en normas de reciprocidad, que genera cohesión social, credibilidad y confianza en las instituciones y preocupación general por el bienestar del otro.’ Véase: Mujica OJ, Victora CG (2021): *Lancet Child Adolesc Health* 5(8):533-535.

15 En este documento se refieren a imaginarios sociales, normas, tradiciones, códigos y prácticas culturales.

16 Véase a Prats, J. (2007). Revisión crítica de los aportes del institucionalismo a la teoría y la práctica del desarrollo. Revista de Economía Institucional 9(16), Agosto. De acuerdo con el autor, “las instituciones son las reglas formales e informales que estructuran la interacción social, los incentivos y las restricciones que dan forma a la interacción humana” (citando a North, 1990). Asimismo, indica que “mientras las instituciones son las reglas de juego, las organizaciones son los jugadores” (citando a North, 1997). “Su interacción genera el cambio institucional”; por lo tanto, “el desarrollo depende del funcionamiento de la matriz institucional, compuesta por instituciones y organizaciones que cambian a distintas velocidades.” Es decir, las instituciones se concretan en organizaciones y sus actores.

FIGURA 1. DETERMINANTES INTERMEDIOS Y ESTRUCTURALES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE IDENTIFICADOS EN EL ANÁLISIS PARA PAÍSES DE LAC (no es una representación exhaustiva).



Fuente: elaboración propia a partir de Rodríguez (2009), OECD (2019), OECD (2019), citando a Girls not Brides (2017), OPS, UNFPA, UNICEF (2018), Medina y Gonzáles (2018), Reunión Internacional sobre Evidencias Actuales, Lecciones Aprendidas y Buenas Prácticas de Prevención de Embarazo en Adolescentes en América Latina y el Caribe (Managua, 17-19 de marzo de 2014), Plan y UNICEF (2014) citando a Rico y Trucco (2014), Binstock y Pantelides (2006) y Stern (1997).

La estratificación social reproduce pautas de discriminación y exclusión social que comprometen la salud de determinados grupos poblacionales.

Los elementos del contexto social macro (como, por ejemplo, las políticas fiscales, laborales, de protección social, educación y salud, o los patrones culturales) generan mecanismos que producen o refuerzan la estratificación y las divisiones sociales. Así, como resultado, los individuos son “estratificados” en las sociedades según sus niveles de ingresos y educación, el tipo de ocupación que desempeñan, el sexo, la orientación sexual y la raza/etnia a la que pertenecen, entre otros. Estos estratificadores responden a características socialmente atribuidas.

La “estratificación social” puede determinar los resultados y las inequidades en la salud por medio de al menos dos vías: a) las diferencias entre las personas o grupos socialmente determinados en la exposición a riesgos para su salud y en la vulnerabilidad/susceptibilidad a condiciones que comprometen su salud (determinantes intermedios); y b) las consecuencias diferenciales —económicas, sociales y sanitarias— derivadas del acervo de salud de los grupos e individuos según la posición en la que se ubican en la jerarquía social producto de la estratificación. Cabe resaltar aquí que, ante la ausencia de intervenciones específicas, estos resultados diferenciales en salud tendrán impactos intergeneracionales.

La fuerte relevancia que tiene la estratificación social en la explicación de las inequidades en la salud supone reconocer la jerarquía que tiene el contexto social y sus procesos inherentes, por encima de las elecciones y comportamientos individuales y los factores biológicos, en los resultados de salud de las poblaciones. Esto, dado que los individuos (y, por lo tanto, su salud) en la práctica quedan embebidos en los modos y condiciones de vida impuestas por un todo social sobre el que tienen un control muy limitado.

La estratificación social se alimenta de prescripciones social e históricamente construidas.

Determinadas prescripciones acerca del comportamiento esperado de los individuos, adjudicadas según su pertenencia o no (subjettiva u objetiva) a un(os) grupo(s) socialmente determinado(s), pueden limitar o favorecer su acceso a recursos clave (determinantes intermedios) para la salud y el bienestar como, por ejemplo, el acceso oportuno al sistema de salud, contar con un empleo que asegure protección social en la vejez, o vivir en el seno de un hogar y una comunidad que genere el soporte afectivo necesario durante parte del ciclo de vida que va desde la preconcepción hasta la adolescencia, pasando por la infancia y niñez¹⁷.

Los recursos clave no sólo dotan a las personas de capacidades habilitantes para el acceso y aprovechamiento de oportunidades conducentes a la buena salud y una vida digna, sino que incrementan su resiliencia para enfrentar y superar shocks idiosincráticos que puedan comprometer los recursos con los que cuentan. Es decir, estos recursos, hacen referencia al inventario de conocimientos, destrezas, aptitudes y otras habilidades individuales —el capital humano— así como los activos tangibles e intangibles, que hacen posible vivir saludablemente y gestionar saludablemente la adversidad.

El abordaje analítico de los resultados y las inequidades en la salud debe ahondar en el por qué y cómo determinados grupos de población, al experimentar ciertas discriminaciones y exclusiones, acumulan experiencias vitales diferenciadas a lo largo del ciclo de vida que limitan el acceso a esos recursos clave. Cabe resaltar que ese acceso limitado implica también el reforzamiento de pautas de discriminación y exclusión. Por ejemplo, una salud endeble condiciona negativamente el potencial de generación de ingresos y de movilidad social ascendente al reducir el rendimiento escolar y laboral y, a su vez, refuerza pautas de discriminación y exclusión sociales basadas en los ingresos o la clase social.

Por lo tanto, es necesario develar las inequidades relacionadas con la clase social, el género, la pertenencia a una determinada raza, entre otras, como vías por las que se materializan prescripciones sociales explícitas o implícitas con implicaciones negativas para la salud.

¹⁷ Véase a Black M., Behrman J., Daelmans, B., et al (2021). The principles of Nurturing Care promote human capital and mitigate adversities from preconception through adolescence. *BMJ Global Health* 6:e004436; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33875519/>

GÉNERO, DISCRIMINACIÓN E INEQUIDAD

El género se refiere a la construcción social de la identidad sexual. Es una construcción que asigna a las personas diferentes roles de acuerdo a su sexo biológico (roles de género). Esto se relaciona estrechamente con lo que formalmente se denomina “división sexual del trabajo”, asunto que, en términos generales, adjudica el rol de “proveedor” al hombre (encargado de las tareas productivas) y de “cuidadora” a la mujer (encargada de las tareas de la reproducción social) en la sociedad, sobre la base de estereotipos o prescripciones culturalmente construidas que suelen responder a visiones tradicionales, reduccionistas y simplistas (estereotipos de género).

Como se infiere de lo anterior, las diferencias de género tienden a construirse jerárquicamente, por lo general dando un mayor estatus a la masculinidad hegemónica¹⁸ y subvalorando todo aquello que sea femenino. Así, en sociedades patriarcales, las niñas y mujeres son clasificadas (no siempre conscientemente) como menos valiosas, económicamente menos atractivas, no aptas para roles de liderazgo y con mayor necesidad de protección y control. Esto genera discriminación hacia las niñas y mujeres y relaciones de poder entre géneros asimétricas que derivan en desventajas para ellas en el acceso a recursos, derechos y oportunidades e incluso en prácticas lesivas.

Dicho de otra forma, los roles de género, definidos como la expresión pública de la identidad sexual, asumidos mediante el desempeño de diversas funciones en la vida social, implican atributos, oportunidades y relaciones humanas que varían de sociedad a sociedad, pueden cambiar con el tiempo y se aprenden mediante los procesos de socialización acerca de conductas culturalmente esperadas, permitidas o valoradas. Los conceptos rígidos de género, además de ser motores de inequidades entre hombres y mujeres, pueden fomentar prácticas lesivas (como la violencia de género o el matrimonio temprano, infantil y forzado¹⁹; aspectos íntimamente relacionados con el embarazo adolescente) que pueden llegar a defenderse sobre la base de la tradición, la cultura, la religión o la superstición²⁰.

Las discriminaciones sociales suelen superponerse creando interacciones complejas.

El enfoque de la interseccionalidad, desarrollado en la década de 1990 en el ámbito de los estudios de género y a partir de la herencia del feminismo negro (*black*

feminism, en inglés), se plantea como una herramienta para develar el cruce y la superposición de múltiples ejes de discriminación (como el sexismo, el heterosexismo²¹, el racismo²² y los prejuicios de clase), que crean interrelaciones complejas²³. En este sentido, por ejemplo, ha ido ganando terreno la idea de que, si bien es cierto que todas las mujeres están de alguna manera sujetas a

-
- 18** Un modelo hegemónico de masculinidad hace referencia a un esquema culturalmente construido en el que el hombre es esencialmente dominante. Véase a OPS (2019). Masculinidades y salud en la Región de las Américas; https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51764/9789275321645_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- 19** Son los términos aceptados en los documentos de las Naciones Unidas en el ámbito internacional para describir estas prácticas. El término *infantil* se refiere a aquellos matrimonios y uniones que tienen lugar cuando al menos uno de los contrayentes tiene menos de 18 años de edad, momento que, de acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño, representa el final de la infancia. *Temprano* se refiere al principio de la vida conyugal que, en el caso de las niñas y las adolescentes, puede competir con el derecho de las mujeres a la educación. El término *forzado* se usa para visibilizar las desigualdades de género estructurales que dan lugar a esta realidad para las niñas en el mundo entero. También cuestiona si las condiciones que determinan el establecimiento de un matrimonio o una unión en realidad implican una “decisión”, si se toman en consideración las pocas expectativas futuras para las niñas, el trabajo doméstico, el control que experimentan en sus hogares de origen y el limitado compromiso hacia su educación por parte de sus familias. Véase a Green M (2019). Una Realidad Oculta para niñas y adolescentes. Matrimonios y uniones infantiles, tempranas y forzadas en América Latina y el Caribe. Informe regional.
- 20** Castro, MD. (2021). Análisis de la Situación de los Marcos Normativos y de Política Pública para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Consultoría para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA LACRO) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- 21** El heterosexismo, o heterocentrismo, se refiere a la existencia de un sistema de actitudes, sesgos y discriminación que propugna como superior (o como únicamente aceptable) una sexualidad entre sexos opuestos.
- 22** Según ACNUR, el racismo implica un tipo de discriminación que se produce cuando una persona o grupo de personas siente rechazo hacia otras por tener características o cualidades distintas, como el color de piel, idioma o lugar de nacimiento. Existen, según esta organización, cuatro tipos de racismo: racismo aversivo, racismo etnocentrista, racismo simbólico, y racismo biológico. Véase <https://eacnur.org/blog/que-es-el-racismo-y-tipos-de-racismo-tc-alt45664n-o-pstn-o-pst/>
- 23** Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Fondo de Población de las Naciones Unidas (2020): Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión; <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46191-afrodescendientes-la-matriz-la-desigualdad-social-america-latina-retos-la>

la discriminación de género, también lo es el hecho de que otros factores relacionados con las identidades sociales de las mujeres, tales como la clase social, el color de piel, el origen étnico, la religión, el origen nacional, la orientación sexual o la edad, son “diferencias que marcan la diferencia” en la manera en que los distintos grupos de mujeres experimentan la discriminación.

Las relaciones de poder asimétricas reproducen inequidades en la salud.

La sistemática distribución desigual de recursos y, por ende, de prestigio y poder entre los distintos grupos que conforman a la sociedad, produce y reproduce relaciones de poder asimétricas. Dicha asimetría es funcional para el mantenimiento de dinámicas de generación de inequidades en la salud basadas en discriminaciones y exclusiones sociales. Así, los grupos sociales favorecidos del reparto de recursos clave para la salud suelen contar con mayor capacidad relativa de influencia sobre el contexto social macro que determina, a su vez, la salud en lo micro. Dicho de otra forma, los grupos que concentran los recursos, suelen concentrar también la capacidad de influencia sobre las reglas por las que se rigen las sociedades, por ejemplo, las reglas que determinan el acceso a la salud.

La captura política, en interacción con la preferencia por ciertos modelos de desarrollo, exacerbada y perpetúa las inequidades en la salud.

El término *epi-demos-cracia*²⁴, que resulta de la conjunción de tres raíces griegas, denota la relevancia del estudio de cómo las instituciones (en este caso, las políticas) configuran la salud de la población y la magnitud de las

inequidades en la salud. La noción de *epi-demos-cracia* crea el espacio propicio para plantear que diferentes tipos de arreglos institucionales podrían ser conducentes a diferentes perfiles de salud poblacional y magnitudes de inequidades en la salud. En consecuencia, la causa raíz de las inequidades en la salud (las llamadas *causas de las causas*) se halla en realidad en las prioridades e intereses de actores (élites) que han sido favorecidos por relaciones de poder asimétricas (basadas en discriminaciones y exclusiones sociales). Dichos actores, tenderán a modelar a su favor las características y dinámicas del contexto social que es relevante para la salud de la mayoría.

Con base en lo anterior, es que académicos y activistas sostienen con fuerza que el control que ejercen las élites sobre el diseño e implementación de determinados arreglos políticos, económicos y sociales (la llamada “captura política^{25, 26}”) es quizás uno de los mayores impedimentos para el logro de sociedades más equitativas.

En lo correspondiente a los sistemas de salud, la interacción de la captura en la formación de reglas con la preferencia por ciertos modelos de desarrollo puede conducir a afianzar modelos de gobernanza inequitativos. Así, se considera que cuando la gobernanza de salud (entendida como “los arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud²⁷”), se rige por la consideración de la salud como un bien mercantil y no como un derecho humano, tiende a producir sistemas de salud menos accesibles para todas las personas (es decir, discriminatorios).

Por lo tanto, debe analizarse cómo las prioridades de actores o grupos élite (nacionales o internacionales) han influido en la gobernanza de la salud, con implicaciones para la equidad

-
- 24 Beckfield J. y Krieger N. (2009). Epi + demos + cracy: Linking Political Systems and Priorities to the Magnitude of Health Inequities—Evidence, Gaps, and a Research Agenda. *Epidemiologic Reviews*, Volume 31, Issue 1, 1 November 2009, Pages 152-177; <https://doi.org/10.1093/epirev/31/1/152>
- 25 Cortés, H. y Itriago, D. (2018) definen el fenómeno de captura como “El ejercicio de influencia abusiva por parte de una(s) élite(s) extractiva(s) —en favor de sus intereses y prioridades y en detrimento del interés general— sobre el ciclo de políticas públicas y los organismos del Estado (u otros de alcance regional o internacional), con efectos potenciales en la desigualdad (económica, política o social) y en el correcto desempeño de la democracia.” Véase a Cortés, H. y Itriago, D. (2018). El fenómeno de la captura: desenmascarando el poder. Guía de análisis de la captura de políticas públicas y su efecto sobre la desigualdad, Intermon Oxfam https://cdn2.hubspot.net/hubfs/426027/Oxfam-Website/oi-informes/OXFAM_Intermon_Metodolog%C3%ADa_captura_2018.pdf
- 26 Para aplicaciones del término en el contexto de la política fiscal y la política de agua, véase, respectivamente a Itriago, D. (2016). Wielding Influence, Building Inequality: Capture of Tax Policies in Latin America and the Caribbean. *Development* 59, 151-157 (2016); <https://doi.org/10.1057/s41301-017-0069-x>; Itriago, D. (2021). El Salvador: agua, élites y poder. Oxfam; https://oi-files-cng-prod.s3.amazonaws.com/lac.oxfam.org/s3fs-ublic/file_attachments/El%20Salvador%20Agua.%20%C3%89lites%20y%20Poder.pdf
- 27 Hufty M, Báscolo E, Bazzani R (2006). Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cadernos de Saúde Pública*;22(sup.): S35-S45.

en salud, en pilares fundamentales de los sistemas de salud como, entre otros: los valores y concepciones de los actores involucrados en la red de servicios de salud; la organización de las prácticas de salud y la asignación y gestión de recursos en la red de servicios de salud; los modelos de gestión operativa de las instalaciones de salud y estándares de atención de pacientes; las políticas de recursos humanos en el sector de la salud, las políticas de financiamiento del sector (como la recaudación tributaria y el aseguramiento médico de la población), las prioridades en materia de desarrollo tecnológico y la regulación de medicamentos.

La constelación de factores que se relacionan con los resultados e inequidades en la salud implica, para la gestión pública, la necesidad de un abordaje integral, intersectorial e interinstitucional de dichos factores.

La intersectorialidad, para lograr integralidad, implica que “diversos sectores gubernamentales no sólo entreguen a un mismo público específico los servicios que son propios de cada uno, sino que de manera articulada atiendan necesidades sociales o prevengan problemas que tienen complejas, diversas y relacionadas causas en sus orígenes” (Cunill-Grau, 2013:5). Si se aspira a lograr, por ejemplo, el

desarrollo integral de las adolescentes no basta con que cada sector (por ejemplo, salud y educación) haga lo que le corresponde de acuerdo con sus respectivas misiones (proveerles de servicios de salud sexual y reproductiva, brindarles educación, entre otras). Vale indicar que tampoco significa evitar que se produzcan redundancias entre los distintos sectores convocados a atender un objetivo social concreto. Implica que “los sectores “se pongan de acuerdo” para actuar “conjuntamente” a fin de lograr un cambio social respecto de la situación inicial. Desde esta perspectiva, la noción de la intersectorialidad remite a la integración de diversos sectores, principalmente —aunque no sólo— gubernamentales, con vistas a la solución de problemas sociales complejos cuya característica fundamental es su multicausalidad. Implica, además, relaciones de colaboración, claramente no jerárquicas e incluso no contractuales” (Cunill-Grau, 2013:8).

Lo anterior, supone trascender a los esquemas tradicionales de gestión pública con diversas instituciones y actores trabajando en compartimentos estancos. Es decir, se requieren modelos de gestión y lineamientos operativos específicos para el abordaje intersectorial e interinstitucional de los problemas sociales que tienen implicaciones en la salud de las personas, así como metodologías de monitoreo y evaluación del desempeño de la gestión pública sobre la base de objetivos compartidos.

3 Aspectos metodológicos

3.1. Análisis cuantitativo

En su dimensión cuantitativa, el EREFA adopta la metodología estándar propuesta por OMS/OPS para el análisis de la desigualdad social en salud²⁸: se analiza la distribución de un indicador de salud en la escala de posición social relativa definida por un indicador socioeconómico (denominado estratificador de equidad) y dicha desigualdad distributiva se resume a través de métricas estándar de desigualdad²⁹.

El presente informe usa dos indicadores de salud: la **tasa específica de fecundidad adolescente**, TEFA (número de nacimientos de madres de 15 a 19 años de edad por 1,000 mujeres de 15 a 19 años) y la **prevalencia de nacimientos en la adolescencia**, PNA (número de nacimientos de madres de 15 a 19 años de edad como porcentaje del total de nacimientos registrados). Los estratificadores de equidad incluidos son: nivel socioeconómico, índice de desarrollo humano subnacional, ámbito subnacional (territorio) y área

CUADRO 1. PRINCIPALES FUENTES DE DATOS CONSULTADAS POR PAÍS.

Fuentes País	Encuestas Nacionales	Encuestas DHS	Encuestas MICS	Estadísticas Vitales (EV)	Estimaciones Global Data Lab
Belize	FHS 1991 FHS 1999	n.d.	MICS 2006 MICS 2011 MICS 2016	n.d.	n.d.
Costa Rica	ENSR 1993 ENSSR 2010	n.d.	MICS 2011 MICS 2018	EV 2000-2019	n.d.
El Salvador	FESAL 1998 FESAL 2008	n.d.	MICS 2014	EV 2005-2016	n.d.
Guatemala	ENSMI 2002 ENSMI 2008-2009 ENSMI 2014-2015	DHS 1995 DHS 1998 DHS 2014	n.d.	EV 2009-2018	1995;1999;2015
Honduras	ENESF 1996 ENESF 2001	DHS 2005 DHS 2011	n.d.	EV 2000-2016	2005;2011
Nicaragua	ESF 92-93 ENDESA 2006-2007 ENDESA 2011-2012	DHS 1997 DHS 2001	n.d.	n.d.	1998;2001
Panamá	ENASSER 2009 ENASSER 2014-2015	n.d.	MICS 2012	EV 2002-2018	n.d.
República Dominicana	ENHOGAR 2018	DHS 1996 DHS 1999 DHS 2002 DHS 2007 DHS 2013	MICS 2000	EV 2001-2019	1996;2002 2007;2013

²⁸ Manual de Monitoreo de Desigualdades en Salud. Washington DC: OPS, 2016.

²⁹ En este documento se hace uso de tanto métricas simples como complejas de desigualdad. Véase el anexo 2.

de residencia (urbana/rural).

Las fuentes de información consultadas incluyen registros de estadísticas vitales, bases de datos e informes de encuestas de demografía y salud (DHS), de indicadores múltiples por conglomerados (MICS), de salud sexual y reproductiva y otras encuestas nacionales de salud de los Estados miembros del SICA, así como documentos y plataformas de datos de organismos regionales e internacionales como la Organización Mundial de la Salud (específicamente el repositorio de datos del Monitor de Equidad en Salud del Observatorio Mundial de Salud³⁰), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, el Observatorio en Salud Reproductiva de Guatemala (OSAR), el Laboratorio Global de Datos del Instituto de Gestión de la Investigación de la Universidad Radboud de los Países Bajos³¹, entre otros³² (cuadro 1).

3.2. Análisis cualitativo

En su dimensión cualitativa, el EREFA presenta, por una parte, los principales hallazgos del estudio "Análisis de la Situación de los Marcos Normativos y de Política Pública para la Prevención del Embarazo en Adolescentes³³" y, por la otra, valora la alineación de los planes nacionales para la

prevención del embarazo y fecundidad adolescente con la perspectiva de la salud como fenómeno histórico-social.

El informe de análisis de marcos normativos y políticas se basó en una metodología cualitativa que incluyó la revisión de fuentes secundarias: normativas, planes, protocolos, informes de investigación, informes de evaluación, entre otra documentación relevante para cada país, así como de los mandatos y compromisos internacionales asumidos por los mismos. Cabe indicar que el proceso de elaboración de dicho informe contó con la revisión y aportación de funcionarios de los Ministerios de Salud de Centroamérica y República Dominicana que forman parte del Grupo Técnico Regional de Salud Adolescente (GTRSA) y de la Comisión Técnica de Investigación en Salud (CTIS) y la Secretaría Ejecutiva del COMISCA, así como de asesores del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de Salud (OPS).

Para la valoración de los planes de prevención del embarazo adolescente desde la perspectiva de la salud como fenómeno histórico-social, se contrastaron unos criterios básicos de valoración (cuadro 2) con los documentos presentados en el cuadro 3. Dichos criterios, organizados por dominios (es decir, categorías más generales de valoración), se formularon tomando en consideración los postulados básicos del marco conceptual antes presentado.

³⁰ https://www.who.int/gho/health_equity/en/

³¹ <https://globaldatalab.org/>

³² Como parte del conjunto de fuentes de datos consultadas para el EREFA, se intentó utilizar los datos provenientes de la herramienta analítica del Sistema Informático Perinatal (SIP) que está disponible para los países de la subregión. Aunque no fue posible hacer uso del mismo en esta edición del EREFA, se ha definido un modelo común de informe de variables e indicadores por país (relevantes para el EREFA) que se espera que puedan monitorearse en el futuro, haciendo uso del SIP (véase el anexo 1). Mediante la participación de equipos de los diferentes países, se cumplió con el objetivo de dejar instalada la capacidad de análisis de los datos del SIP. El mismo fue validado por los participantes como una herramienta que podrá ser utilizada en forma regular para monitorear los cambios y avances en el embarazo no intencional en adolescentes. Esto, siempre que el SIP se actualice regularmente.

³³ Véase el anexo 3.

CUADRO 2. CRITERIOS DE VALORACIÓN DE ALINEACIÓN DE PLANES NACIONALES DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE CON LA PERSPECTIVA DE LA SALUD COMO FENÓMENO HISTÓRICO-SOCIAL.

Dominio	Criterios básicos de valoración
1. Marco conceptual de referencia: en este dominio se valora la sintonía entre el marco conceptual que orienta al plan con el marco conceptual que considera a la salud como un fenómeno social.	1.1 Se considera a la salud como un fenómeno principalmente social y no estrictamente biológico.
	1.2 Se acepta que las inequidades en la salud se asocian a determinantes intermedios que son configurados por instituciones del contexto social macro (determinantes estructurales).
	1.3 Se reconoce que las limitaciones en el acceso a recursos clave para la salud y vida digna (determinantes intermedios), que experimentan grupos socialmente determinados, se fundamentan en pautas históricas de discriminación y exclusión social, y relaciones de poder asimétricas.
	1.4 Se acepta que el contexto social macro está modelado por actores que concentran el poder de influencia sobre dicho contexto.
2. Presentación del problema y sus causas: en este dominio se valora si el problema de salud que desea abordarse está planteado como un problema de inequidades.	2.1 Se parte del reconocimiento explícito de que el problema de salud que se aborda es un problema asociado a inequidades.
	2.2 Se describe el problema de salud que se desea abordar por estratificadores sociales relevantes, identificándose los grupos sociales que presentan los peores resultados en salud (grupos sociales más rezagados).
	2.3 Se identifican y describen las limitaciones en el acceso a recursos clave (determinantes intermedios) que afectan los resultados en salud de los grupos sociales más rezagados.
	2.4 Se identifican y describen las discriminaciones y exclusiones sociales que limitan el acceso a recursos clave de los grupos sociales más rezagados.
	2.5 Se identifican y describen las características de los sistemas de salud (pilares clave) que impiden o limitan la reducción de las inequidades en resultados de salud.
	2.6 Se identifican y describen aspectos de la gobernanza del sector salud que tienen implicaciones directas sobre los pilares del sistema de salud que son relevantes para la reducción de inequidades.
3. Marco para la acción: en este dominio se valora la calidad de las iniciativas planteadas para reducir las inequidades relevantes.	3.1 Se establecen objetivos cuantificables de reducción de desigualdades relevantes.
	3.2 Se identifican los distintos grupos sociales prioritarios que serán objetivo de las intervenciones.
	3.3 Se aborda de forma integral a los determinantes intermedios, relevantes al caso, que inciden en la salud de los grupos sociales prioritarios.
	3.4 Se incorporan acciones específicas orientadas a disminuir la exposición diferencial de grupos sociales a factores de riesgo para la salud.
	3.5 Se incorporan acciones específicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad diferencial de grupos sociales a determinantes intermedios de la salud.
	3.6 Entre las acciones planteadas para reducir la vulnerabilidad y exposición diferencial de los grupos sociales prioritarios, se identifican iniciativas orientadas a abordar discriminaciones sociales.
	3.7 Se plantean iniciativas para incidir sobre aspectos de la gobernanza del sector salud que tienen implicaciones directas sobre los pilares del sistema de salud que son relevantes para la reducción de inequidades.

Dominio	Criterios básicos de valoración
4. Gobernanza para la acción: en este dominio se valoran los espacios y mecanismos de coordinación, articulación e incidencia convocados para el abordaje de las inequidades relevantes.	4.1 Se convoca a equipo (s) interinstitucional (es) e intersectorial (es) de trabajo para implementar el marco para la acción, en pro de la equidad, establecido en el plan.
	4.2 Dentro de los equipos de trabajo convocados, se identifican instancias tanto del ámbito social que va más allá de la salud (como, por ejemplo, educación y protección social) como del ámbito económico (como, por ejemplo, trabajo, infraestructura, innovación, desarrollo agrícola y productivo).
	4.3 Se establecen lineamientos operativos para orientar el funcionamiento del trabajo articulado, intersectorial e interinstitucional en pro de la equidad.
	4.4 Se plantean espacios y mecanismos para incidir sobre la gobernanza del sector salud que tiene implicaciones directas sobre los pilares del sistema de salud que son relevantes para la reducción de inequidades.
	4.5 Los espacios y mecanismos de articulación y coordinación interinstitucional e intersectorial, así como aquellos establecidos para incidir sobre la gobernanza del sector salud, cuentan con una participación ciudadana amplia e inclusiva (es decir, aquella que permita contar con la perspectiva de la población con mayor riesgo de exclusión social).

CUADRO 3. PLANES DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE ANALIZADOS³⁴.

País	Nombre del plan	Objetivo del plan
Belize	Adolescent Health National Strategic Plan, 2019-2030.	Misión de la estrategia: Oportunidades equitativas para los adolescentes a través de la asociación.
Costa Rica	Plan de Acción Consejo Interinstitucional de Atención Madre Adolescente ³⁵ , 2012-2016.	Objetivo: avanzar y contribuir en la reducción de las brechas que inciden en las condiciones de vida de la población adolescente e impactar en los determinantes sociales de la salud y reducir las inequidades que explican los perfiles de salud diferenciados que afectan a esta población y en especial a los que se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad.
El Salvador	Estrategia Nacional Inter-sectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes, 2017-2027.	Objetivo general: eliminar el embarazo en niñas y en adolescentes con intervenciones intersectoriales articuladas, que incorporan el enfoque de derechos humanos, género e inclusión, facilitando el empoderamiento de niñas y adolescentes para su pleno desarrollo.
Guatemala	Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes en Guatemala (PLANEA), 2018-2022.	Objetivo general: articular la respuesta intersectorial de los portadores de obligaciones en la prevención de embarazos en adolescentes 15-19 años, contribuyendo al desarrollo integral y medios de vida de adolescentes y jóvenes, desde una visión holística basada en las necesidades, derechos, desarrollo humano, participación y ciudadanía juvenil en Guatemala durante el período 2013-2017.
Honduras	Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Honduras (ENAPREAH), 2012.	Objetivo de la estrategia: definir las acciones comunitarias e institucionales que deben implementarse para disminuir el embarazo en adolescentes y así contribuir a mejorar la calidad de vida de la población adolescente y a la disminuir la mortalidad materna e infantil en Honduras.
Nicaragua	Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR), 2008.	Misión de la estrategia: es un marco de referencia nacional para las acciones en salud sexual y reproductiva, concertado intra e intersectorialmente, que genera iniciativas de cambio en la cultura y estructura del sector para satisfacer las necesidades y el ejercicio de los derechos de las personas, contribuyendo a mejorar su calidad de vida durante su ciclo vital.
Panamá	Lineamientos del Plan Nacional de Prevención del Embarazo en la Adolescencia en la República de Panamá, 2015-2020.	El plan no establece un único objetivo finalista.
República Dominicana	Plan Nacional para la Reducción de Embarazos en Adolescentes (PERA-RD), 2019-2023.	Misión del plan: articular la coordinación intersectorial en los distintos niveles del territorio nacional para la reducción y respuesta al embarazo en personas adolescentes, a través de intervenciones basadas en evidencia en el ámbito de la prevención, atención y protección oportuna, desde los enfoques de género, equidad y derechos humanos, contribuyendo con el empoderamiento y el desarrollo potencial de las capacidades de las personas adolescentes, incluidos sus hijos e hijas.

³⁴ o documentos similares a un plan de prevención del embarazo adolescente.

³⁵ El Consejo Interinstitucional de Atención a La Madre Adolescente (CIAMA) surgió a partir de la promulgación de la ley número 7735 reformada mediante ley número 8312, llamada Ley General de Protección a la Madre Adolescente, que tiene como ámbito de aplicación la regulación de las políticas, acciones, programas preventivos y de apoyo, que ejecutan las instituciones gubernamentales dirigidos a madres adolescentes.

4 Resultados del análisis cuantitativo

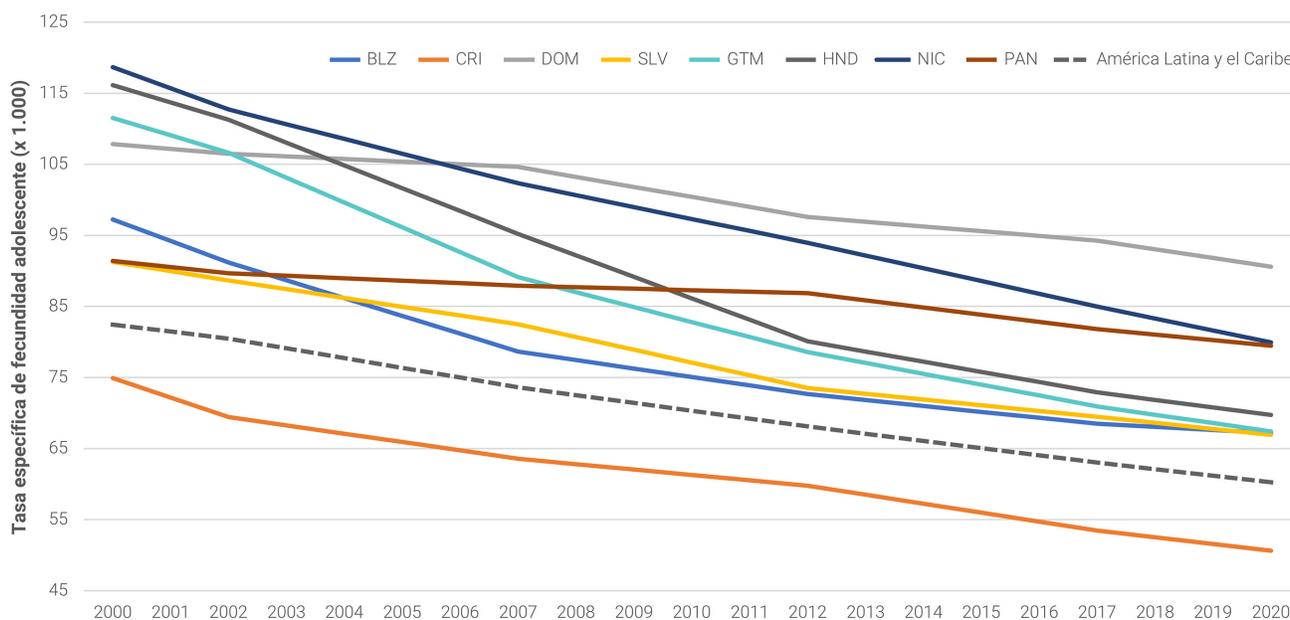
a. Desigualdades en la fecundidad adolescente entre países

En general, la fecundidad adolescente en Centroamérica y República Dominicana muestra una evolución favorable en los últimos años. La figura 2 ilustra las tendencias de la tasa específica de fecundidad adolescente entre los años 2000 y 2020 para los ocho Estados miembros del SICA,

según las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas. El rango interpaís de la TEFA pasó de 75-119 embarazos por 1.000 adolescentes en 2000 a 51-91 en 2020, manteniéndose todos los países —con excepción de Costa Rica— sobre la TEFA promedio para América Latina y el Caribe. La disparidad estándar de la TEFA entre países se redujo de 26,6 en 2000 a 16,4 en 2020.

FIGURA 2. TENDENCIAS DE LA TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE POR PAÍS; CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA, 2000-2020.

Estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas

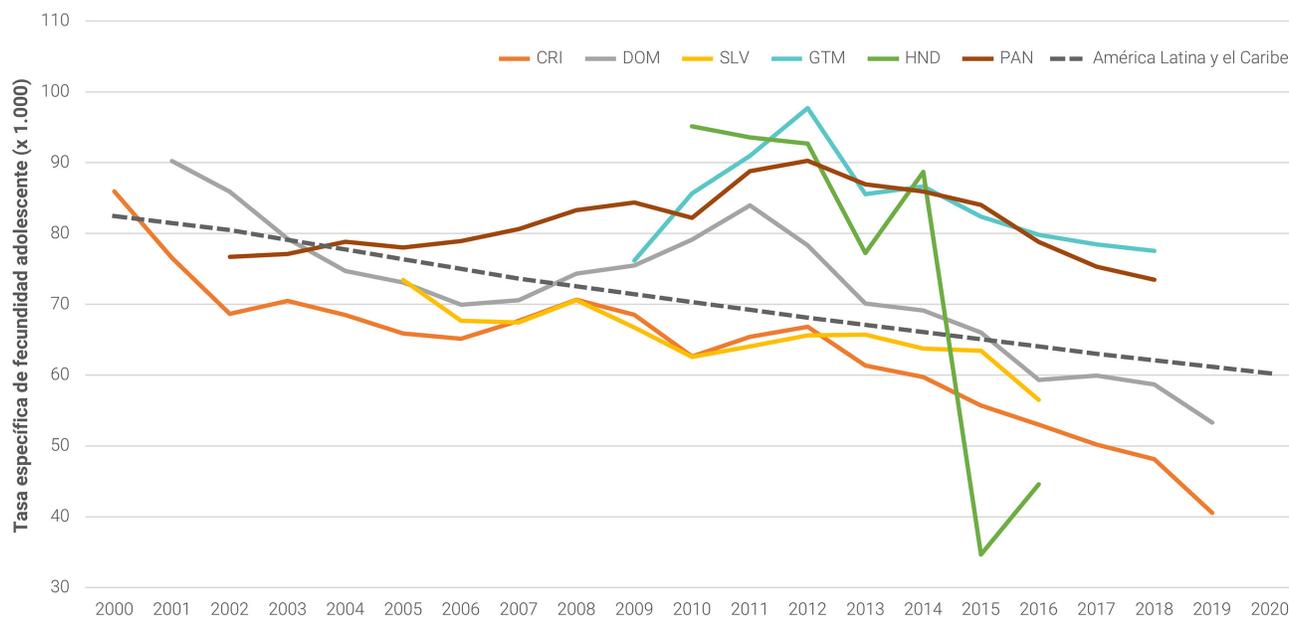


Fuente: elaboración propia a partir de datos del World Population Prospects: The 2019 Revision. New York: United Nations, 2019.

El comportamiento descrito se reproduce a partir de datos provenientes de registros de estadísticas vitales, aunque con marcados contrastes en cuanto a magnitud y patrón temporal. La figura 3 ilustra esta evolución para los países con información disponible de esa fuente. En general, es apreciable una tendencia inicialmente estacionaria, un punto de inflexión en 2012 y una trayectoria descendente desde entonces. El rango interpaís de la TEFA se amplió

de cerca de 75-90 embarazos por 1.000 adolescentes en 2001 a 40-80 en 2018. Aunque, en general, la magnitud de la TEFA generada a partir de las fuentes administrativas es consistentemente menor que la generada por estimación internacional, la mayor discrepancia entre ambas fuentes se refiere a los datos de Honduras y, más recientemente, República Dominicana.

FIGURA 3. TENDENCIAS DE LA TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE POR PAÍS A PARTIR DE LOS REGISTROS ADMINISTRATIVOS DE ESTADÍSTICAS VITALES; CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA, 2000-2020.



Fuente: elaboración propia elaborada a partir de datos de los registros de estadísticas vitales (nacimientos vivos) y demográficas de cada país.

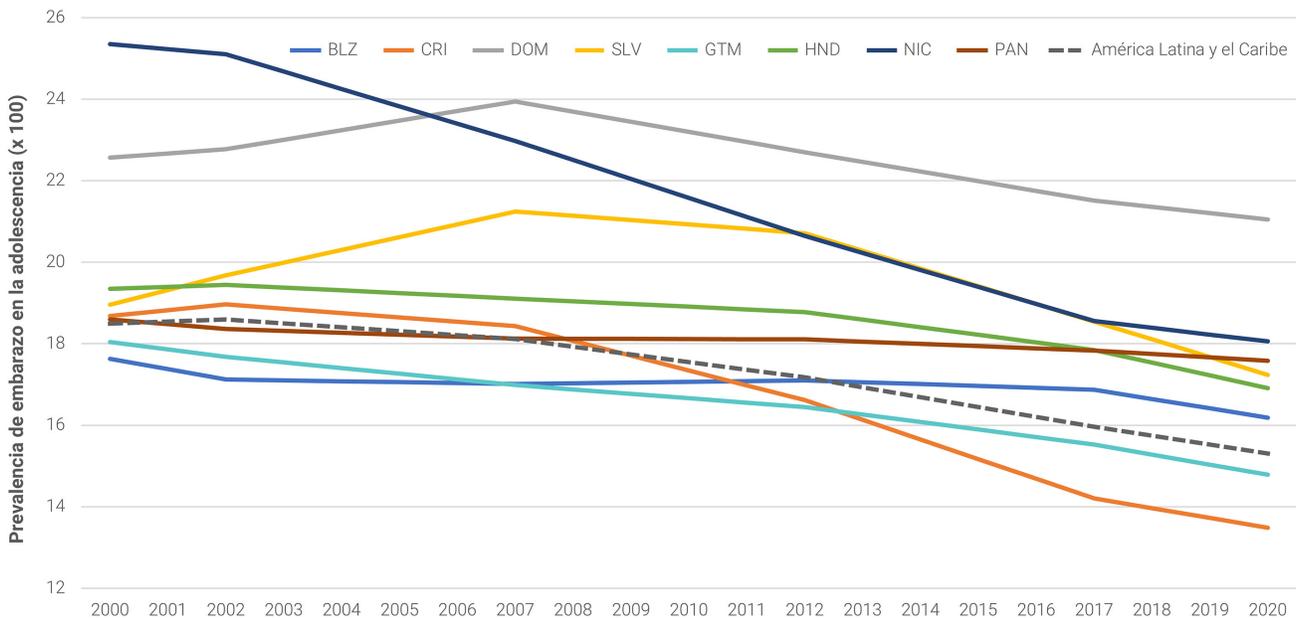
La evolución favorable de la fecundidad adolescente regional también se documenta con las tendencias de la prevalencia de embarazo en la adolescencia (PNA). La figura 4 presenta dichas tendencias en el periodo 2000-2020 para los ocho países según las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas. En general, se constata una reducción sostenida de la PNA en todos los países, especialmente en al menos los últimos diez años, siendo esta reducción más acentuada en Nicaragua y más atenuada en Guatemala. Al igual que con la TEFA, se constata también la persistencia de notorias desigualdades entre países, aunque la disparidad estándar interpaís se redujo discretamente de 3,0 puntos porcentuales de PNA en 2000 a 2,7 puntos porcentuales en 2020. Considerando los datos provenientes de los registros de estadísticas vitales, las tendencias de la PNA son menos parsimoniosas y, de hecho, más fluctuantes —aunque reproducen por igual el punto de inflexión en 2012 que marca el inicio de una tendencia descendente en este indicador de fecundidad adolescente— (figura 5).

Es necesario tomar en consideración que la prevalencia de embarazo en la adolescencia no es un indicador que

depende exclusivamente de la magnitud y los cambios en la fecundidad adolescente, sino que puede verse influenciado directamente por la magnitud y los cambios en la fecundidad adulta: si, por ejemplo, la satisfacción de necesidades de planificación familiar tiene impacto positivo sobre la población adulta sexualmente activa (es decir, reduciendo el número de nacimientos en esta), la contribución relativa de las mujeres adolescentes respecto al total de nacimientos se incrementará, incluso si el número absoluto de nacidos vivos de madres adolescentes es el mismo o si disminuye a un ritmo menor que el de madres adultas. La tasa específica de fecundidad adolescente (TEFA) es, por tanto, el indicador más confiable para monitorear la magnitud y los cambios en el tiempo de la fecundidad adolescente y sus desigualdades. A pesar de estas limitaciones, es probable que las tendencias reflejadas en la evolución de la prevalencia de nacimientos en la adolescencia en la región sean certeras, debido a que la tasa específica de fecundidad adolescente —al igual que la tasa global de fecundidad— se viene reduciendo en los últimos años en todos los Estados miembros del SICA.

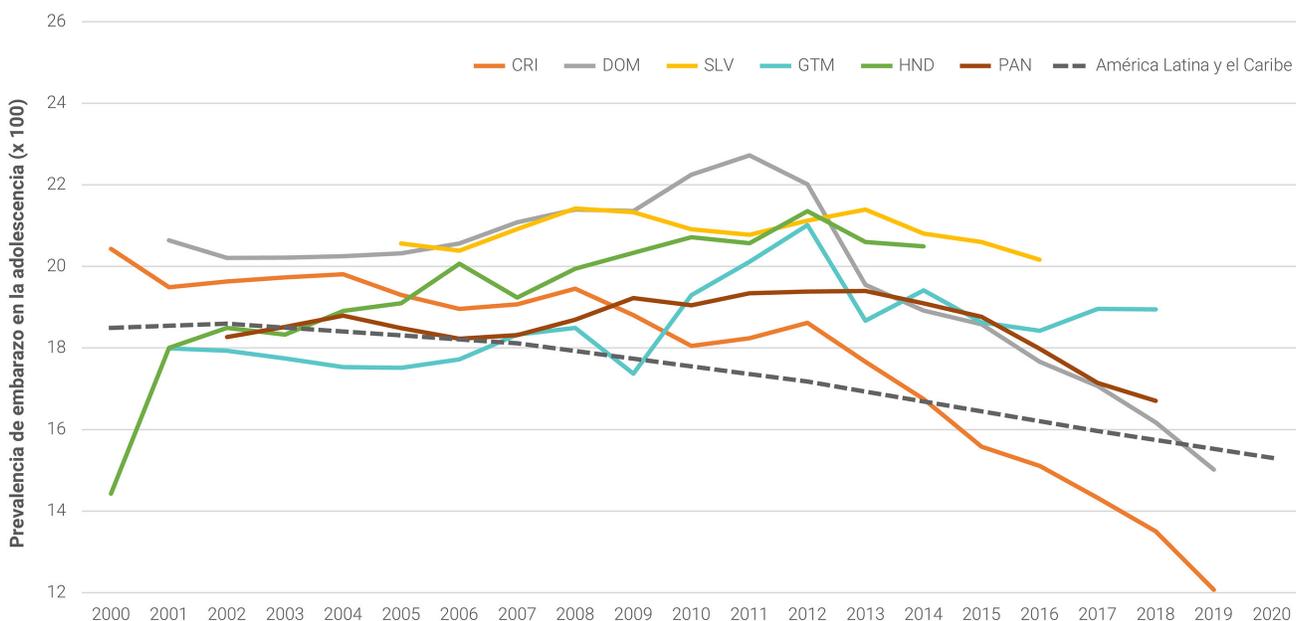
FIGURA 4. TENDENCIAS DE LA PREVALENCIA DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA POR PAÍS; CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA, 2000-2020.

Estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas



Fuente: elaboración propia a partir de datos del World Population Prospects: The 2019 Revision. New York: United Nations, 2019.

FIGURA 5. TENDENCIAS DE LA PREVALENCIA DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA POR PAÍS A PARTIR DE LOS REGISTROS ADMINISTRATIVOS DE ESTADÍSTICAS VITALES; CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA, 2000-2020.



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

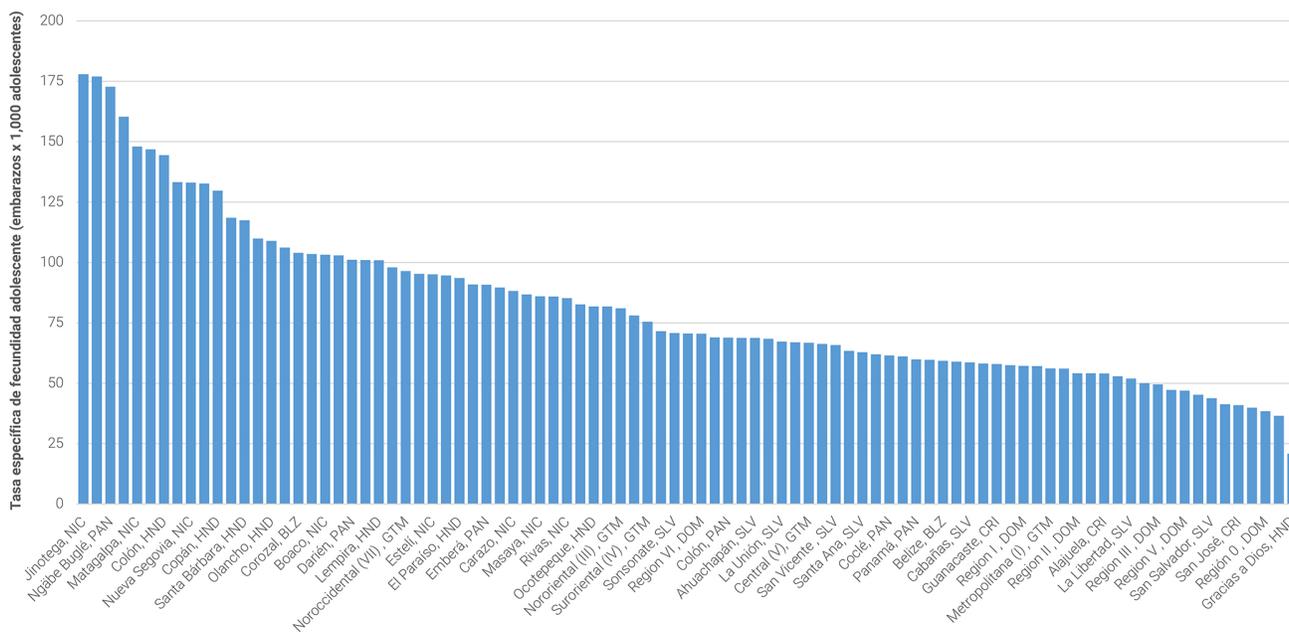
b. Desigualdades ecosociales en la fecundidad adolescente entre territorios subnacionales

Para el momento en que fue adoptada la resolución del COMISCA, estaba disponible información subnacional sobre desigualdades sociales en fecundidad adolescente solamente para cuatro Estados miembros del SICA, a partir de encuestas DHS —la más reciente de 2013— donde se documentaba la presencia de manifiestos gradientes según ingreso, nivel educativo y división urbana/rural. Ha sido propósito cardinal del EREFA ampliar la base de evidencia sobre la presencia, magnitud y tendencias de las desigualdades ecosociales en la fecundidad adolescente al interior de los países, destacando la importancia del territorio subnacional para la identificación de espacios-población prioritarios. En este sentido, y más allá de las encuestas disponibles, el esfuerzo clave del EREFA se centró en la triangulación de fuentes de datos

administrativos —en especial los provenientes de registros de estadísticas vitales— y en su uso analítico para la exploración de desigualdades y patrones de desigualdad en fecundidad adolescente en territorios subnacionales. Visualizando a Centroamérica y República Dominicana no sólo a partir de sus ocho países, sino por sus 128 unidades territoriales subnacionales de primer nivel administrativo (admin-1) y en función a la jerarquía o gradiente social definida por el nivel de desarrollo humano —medido por el índice de desarrollo humano subnacional— de cada una de ellas.

Antes de presentar la magnitud de las desigualdades ecosociales en la fecundidad adolescente, conviene partir del reconocimiento de pronunciadas desigualdades interterritoriales en la incidencia de la TEFA (tanto cuando se considera a Centroamérica y República Dominicana como un todo (figura 6) como cuando se realizan los análisis por país de forma individual (anexos 4 y 5).

FIGURA 6. ESPECTRO DISTRIBUCIONAL DE LA DESIGUALDAD REGIONAL EN LA TEFA A NIVEL SUBNACIONAL, CIRCA 2017.

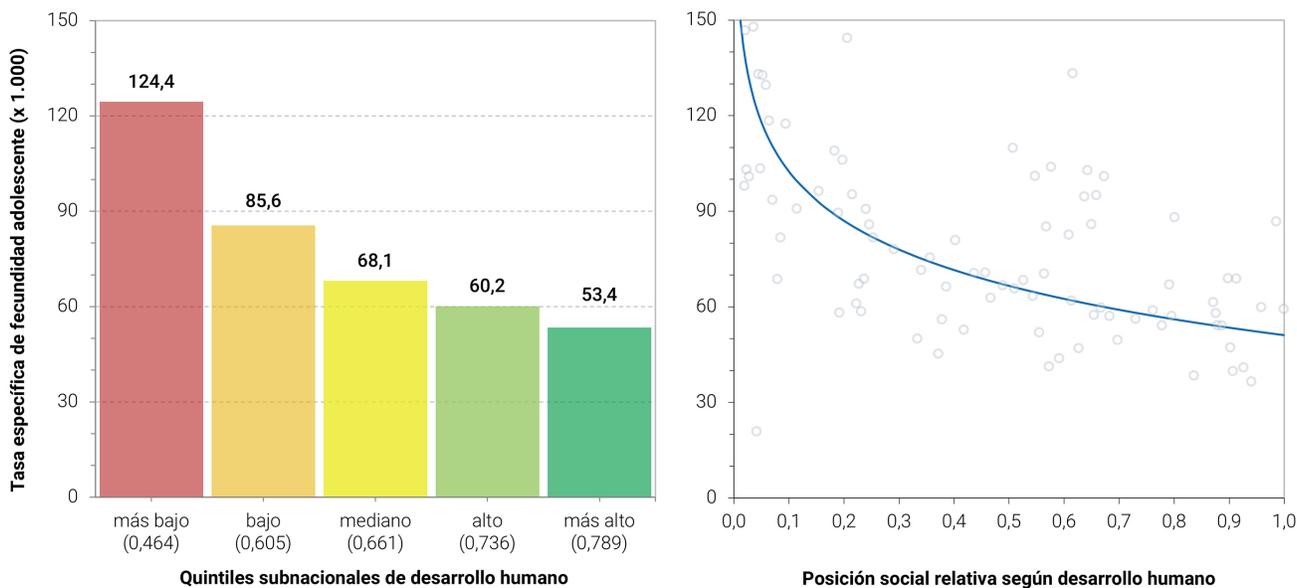


Fuente: elaboración propia a partir de datos de los registros de estadísticas vitales (nacimientos vivos) y demográficas de cada país.

Un análisis exploratorio formal de las desigualdades ecosociales en la fecundidad adolescente a partir de los mismos datos administrativos desagregados a nivel subnacional, se presenta en la figura 7. El panel gráfico izquierdo muestra el gradiente de fecundidad adolescente por quintiles subnacionales de desarrollo humano y el panel gráfico derecho muestra la pendiente de regresión de la desigualdad en la fecundidad adolescente a lo largo del gradiente social definida por el índice de desarrollo humano

subnacional. Ambos resultados muestran no solo que los embarazos adolescentes se concentran en los territorios socialmente más desaventajados, sino que conforme mejora el desarrollo humano disminuye la fecundidad adolescente. De hecho, el análisis sugiere que existe un exceso de 129 embarazos (rango de incertidumbre: 108 a 150) por cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años atribuible a la desigualdad en el desarrollo humano entre las unidades subnacionales en la subregión³⁶.

FIGURA 7. DESIGUALDADES EN FECUNDIDAD ADOLESCENTE SEGÚN EL GRADIENTE SOCIAL DEFINIDO POR EL NIVEL DE DESARROLLO HUMANO ENTRE UNIDADES TERRITORIALES SUBNACIONALES. CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA, CIRCA 2017.

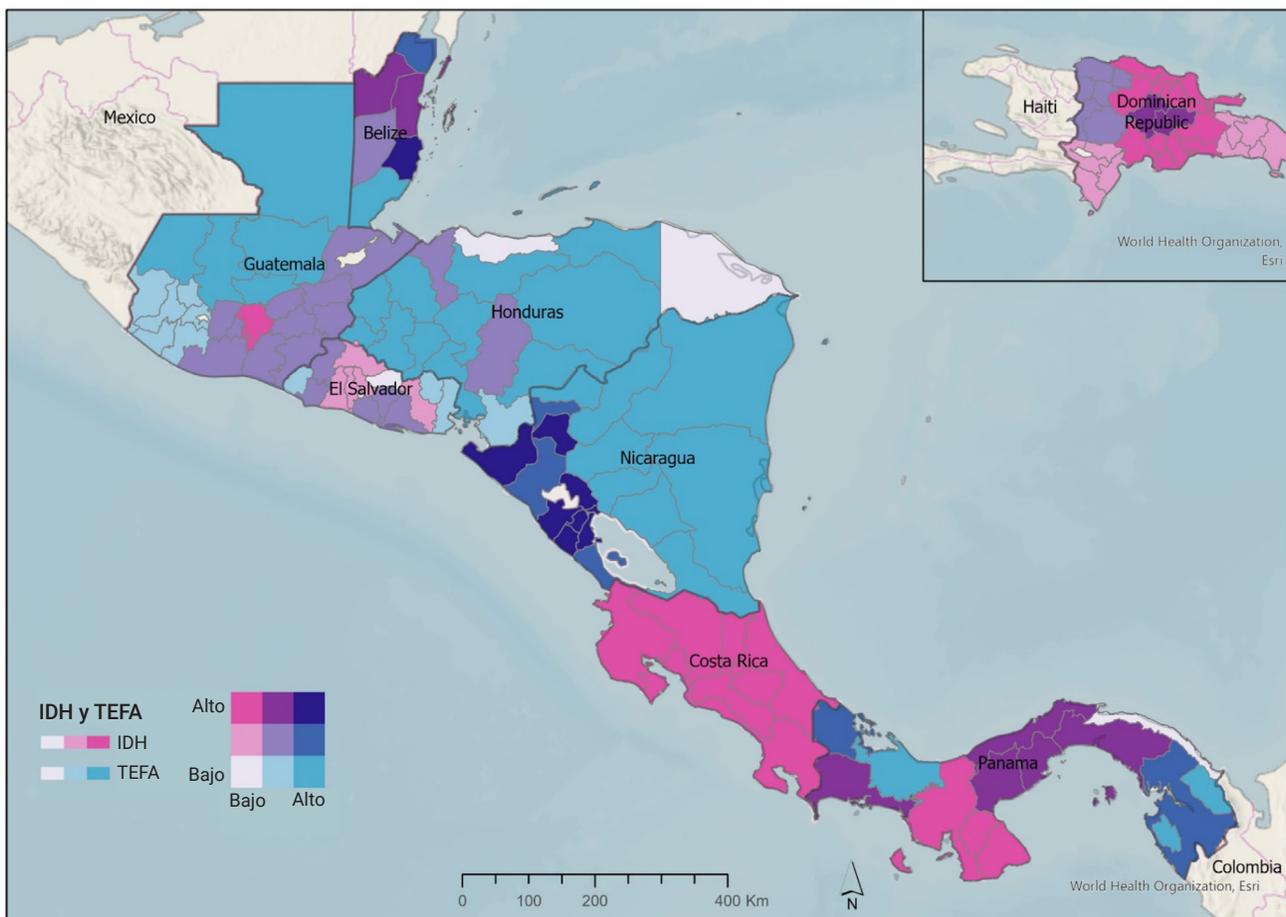


Fuente: elaboración propia a partir de datos administrativos triangulados con el Explorador de Equidad (ExEq). OPS, 2020.

³⁶ Denominada desigualdad absoluta y medida a su vez por el Índice de desigualdad de la pendiente (IDP).

De la misma forma, el mapa de coropleta bivariado presentado en la figura 8 revela también las profundas desigualdades ecosociales en la fecundidad adolescente. Así, los territorios de la subregión con menor desarrollo humano concentran desproporcionadamente los embarazos de mujeres adolescentes.

FIGURA 8. DESIGUALDADES EN FECUNDIDAD ADOLESCENTE SEGÚN EL GRADIENTE SOCIAL DEFINIDO POR EL NIVEL DE DESARROLLO HUMANO ENTRE UNIDADES TERRITORIALES SUBNACIONALES. CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA, CIRCA 2017.



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

CUADRO 1. EL TERRITORIO COMO UN ESPACIO EN EL QUE SE CONCRETAN DESIGUALDADES SOCIALES

En LAC (y en los países del SICA) persisten pronunciadas e históricas desigualdades territoriales.

Asimetrías espaciales en el acceso al empleo, a recursos productivos, y a servicios públicos (entre muchas otras), se traducen en desigualdades territoriales significativas en el comportamiento de indicadores socioeconómicos como el nivel de ingresos, la pobreza monetaria, la desigualdad económica, así como el nivel educativo y la esperanza de vida. De esta forma, disparidades en el desarrollo económico y social de los territorios limitan el desarrollo individual de muchas personas y viceversa.

La mayor incidencia de la fecundidad adolescente en ámbitos subnacionales con menor desarrollo humano relativo a la que se ha hecho referencia anteriormente, confirma dos asuntos interconectados: a) el “territorio” como un espacio en el que se concretan y articulan desigualdades que condicionan negativamente la calidad de vida de poblaciones histórica y socialmente discriminadas y excluidas y, por lo tanto, un ámbito donde se debe actuar para reducir las brechas de desigualdad en el embarazo adolescente y b) la estrecha (y ampliamente documentada) relación entre la mayor incidencia del embarazo y fecundidad adolescente y patrones de exclusión social; lo que supone la necesidad de actuar con mayor determinación sobre los determinantes sociales que inducen a la ocurrencia del embarazo y fecundidad precoz en grupos poblacionales específicos.

Fernández Montero y Poyser Calderón³⁹ definen la exclusión social como “aquella condición en la que las personas tienen una nula o precaria inserción en los mercados de trabajo y no tienen acceso a los servicios sociales básicos de salud y educación a que han sido legalmente conferidos por disposiciones constitucionales o tratados y convenios internacionales”. Así, aunque la definición antes presentada puede ser algo limitada en su alcance, es útil para obtener una estimación gruesa de la magnitud del problema de la exclusión social y reiterar su vinculación con el embarazo y fecundidad adolescente (dado el conjunto de carencias económicas, educativas, sanitarias y socio-afectivas que se configuran como parte del grupo de determinantes intermedios que inducen a su ocurrencia).

Los países analizados en el EREFA registran altos niveles de exclusión social que se acentúa en zonas rurales. Los autores antes señalados estiman que el 39% (mediana de las observaciones) de los hogares de Centroamérica se encontraban socialmente excluidos en 2014³⁷. Cifra que se eleva considerablemente en entornos rurales (50%; mediana de las observaciones)³⁸. Así, para ese año, las brechas absolutas de incidencia porcentual de la exclusión social (entre zonas rurales y urbanas de los países centroamericanos) oscilaban entre 12 y 30 puntos porcentuales³⁹. Consistente con esto, el Programa “Estado de la Región” indicaba en 2016 que vivir en una zona rural aumenta 1,5 veces la probabilidad de que un (una) joven sea excluida socialmente en la región centroamericana⁴⁰.

Cabe indicar que el EREFA analizó 38 encuestas de los ocho Estados miembros del SICA (cuadro 1) y se ha constatado en todas ellas, la presencia de gradientes de desigualdad absoluta y relativa en fecundidad adolescente no solo según la división político-administrativa sino también según la posición socioeconómica, la división urbano-rural y la pertenencia a grupos de identidad étnica. Por ejemplo, la brecha absoluta simple de desigualdad entre los quintiles de ingreso más bajo

y más alto equivale a un exceso de 72 embarazos por 1.000 madres adolescentes en Belize (2016) y de 83 en El Salvador (2014⁴¹). En términos relativos, la TEFA en los hogares del decil de ingreso más bajo fue tres (Belize, 2016 y El Salvador, 2014), cuatro (Nicaragua, 2001), cinco (Guatemala, 2014 y Honduras, 2011) y siete veces (República Dominicana, 2013) la TEFA del decil de más alto ingreso.

37 Cálculos propios a partir de Fernández Montero D. y Poyser Calderón O. (2015).

38 Ibid.

39 Fernández Montero D. y Poyser Calderón O. (2015). Evolución de la exclusión social en Centroamérica. Aporte para el Quinto Informe - Estado de la Región (2016), pág. 7; <http://repositorio.conare.ac.cr/handle/20.500.12337/740>

40 Quinto informe. Estado de la Región 2016, pág. 381; <http://repositorio.conare.ac.cr/handle/20.500.12337/959>

41 Véase el anexo 5 para un detalle de las desigualdades absolutas simples estimadas con base en datos aportados por las encuestas nacionales y el Global Datalab.

5 Resultados del análisis cualitativo

a. Valoración general de marcos normativos y legales en los países del SICA

CUADRO 2. AVANCES COADYUVANTES EN LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

- En todos los países se identifica algún tipo de marco normativo que reconoce algunos de los derechos sexuales y reproductivos, entre ellos el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, la anticoncepción y la prevención de la violencia sexual. De hecho, se observa en general una diversidad de marcos políticos, programas y normativas que, si bien dan cuenta de la importancia que tiene la prevención del embarazo en adolescentes en los Estados miembros del SICA, no todos están integrados y coordinados entre sí, tanto desde la interinstitucionalidad como la intersectorialidad. Esta débil integración, contrarresta efectos positivos y la estabilidad en la oferta de programas.
- La mayoría de los países cuenta con planes de prevención del embarazo en adolescentes. Estos, en general, proponen enfoques integrales e intersectoriales, enfoques transversales (género, interculturalidad, derechos). No obstante, los planes son disímiles temporalmente, algunos no están vigentes y no todos han sido evaluados para identificar los impactos de los mismos.
- Los servicios de salud amigables o diferenciados para adolescentes son una estrategia utilizada en todos los países. Se constata la eliminación de barreras en cuanto al no requerimiento de padres/madres para acceder al servicio, a orientación y a métodos anticonceptivos.
- En las políticas específicas de género se incluyen módulos de promoción de una educación integral para la sexualidad y una vida libre de violencia. Enfatizan la formación y capacitación permanente en materia de igualdad y equidad a personal técnico y profesional de salud y educación. Se incluyen acciones para la detección y atención integral a la violencia, acompañadas de mecanismos para la eliminación de las prácticas y patrones culturales que perpetúan diversas formas de violencia y discriminación hacia las mujeres, niñas y adolescentes.
- Todos los países han avanzado en los últimos 5 años en establecer la edad para contraer matrimonio en 18 años o cuando se cumple la mayoría de edad, ajustándose de esa manera a los compromisos internacionales para favorecer la protección legal de las niñas y adolescentes e incidir a la vez en la prevención del embarazo. No obstante, todavía algunos países permiten excepciones para el matrimonio antes de esa edad, entre ellos, Belice, Costa Rica, Nicaragua y República Dominicana.
- Entre las intervenciones basadas en la evidencia se encuentran también los programas de transferencia condicionada y no condicionada de recursos para evitar la deserción escolar de las niñas e inversiones que promueven la independencia económica de las mujeres.

Fuente: Castro (2021)

CUADRO 3. BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS AVANCES COADYUVANTES EN LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

a. Salud sexual y reproductiva:

El acceso universal a SSR⁴² es limitado por coberturas insuficientes que lleguen a adolescentes pobres, rurales, indígenas y afrodescendientes.

Existe falta de asignación de recursos financieros y recursos humanos sensibilizados/ capacitados.

Las evaluaciones de calidad de los servicios son escasas.

Si bien se menciona en avances que no hay restricciones a la PF, las edades para acceder a los métodos no son homogéneas y no coinciden con la aprobación de la edad de inicio de relaciones sexuales, es decir, las edades de inicio de la sexualidad por lo general son aceptadas mucho antes que la de acceder a servicios o métodos de protección.

Se avanzó en la eliminación de restricciones en la oferta de la anticoncepción oral de emergencia, no obstante, no se establece claramente la edad en que es permitida.

b. Información y educación en sexualidad:

- Hay restricciones de recursos financieros para campañas de información y/o sensibilización en DSDR⁴³ y SSR.
- En algunos países hay aprobación de la educación integral de la sexualidad, en otros no hay un reconocimiento de la misma, a pesar del compromiso firmado de "Prevenir con Educación".
- Los currículos se implementan de manera parcial no incluyendo contenidos adecuados de género, derechos sexuales y diversidad sexual.
- Se ha debilitado la coordinación/ articulación entre educación y salud.

c. Derechos sexuales y reproductivos:

- No se asegura de manera oportuna y permanente la distribución del condón masculino y femenino y la disponibilidad de métodos de anticoncepción.
- Hay un limitado o nulo acceso a servicios de aborto seguro.
- Las Pruebas del VIH están restringidas para menores de edad (se requiere presencia de los padres o tutores).
- No hay un rol activo de los sectores encargados en la difusión de DSDR y se invierte muy poco en campañas educativas.

d. Violencia sexual:

- Las normativas no están integradas entre los sectores y no se trabaja en vínculos estructurales entre la violencia sexual, la deserción escolar y las uniones tempranas.

e. Protección social:

- En algunas medidas de protección social como las becas o transferencias condicionadas no se incluyen explícitamente a las adolescentes embarazadas, o aquellas que están unidas.
- Faltan estudios de impacto de medidas de protección social en la correlación con la reducción del embarazo en adolescentes.
- Así mismo, los presupuestos son limitados o ausentes en varios de los programas de SSR y adolescentes.

f. Evaluación, monitoreo y rendición de cuentas:

- Se requiere la generación de información permanente, con datos desagregados a niveles subnacionales que incluyan la etnicidad, además de la edad, sexo, condición socioeconómica y pertenencia territorial.

Fuente: Castro (2021)

⁴² Salud Sexual y Reproductiva.

⁴³ Derechos sexuales y reproductivos.

b. Valoración de planes de prevención del embarazo adolescente desde la perspectiva de la salud como fenómeno histórico-social

Los principales hallazgos de la valoración de los planes analizados, sobre la base de los criterios establecidos en el cuadro 2, son los siguientes:

En su gran mayoría, los planes analizados, si bien carecen de marcos conceptuales detallados e integrados son consistentes con la perspectiva de la salud como fenómeno histórico-social:

Ninguno de los planes analizados presenta o hace referencia a marcos conceptuales que consideren todos los elementos planteados en la propuesta conceptual que se presenta en el EREFA. Además, en todos los documentos analizados se plantean conceptos aislados, no integrados en una propuesta conceptual única que oriente el análisis.

Podría decirse que los planes de El Salvador y Costa Rica son los que plantean la propuesta conceptual más próxima a la de la salud como fenómeno social.

En el documento analizado para El Salvador se define a la salud como un bien público y un derecho humano “resultante de una interacción dinámica de determinantes socioeconómicos, políticos, biológicos, culturales, demográficos y ambientales que deben permitir a la persona alcanzar su plena realización humana a través de vidas largas, saludables y productivas” (Gabinete de Gestión Social e Inclusión de El Salvador, 2017:8). Además, en la definición de estereotipos de género planteada, se reconoce que éstos se asocian a relaciones jerarquizadas de subordinación de la mujer al hombre, en todas las etapas del ciclo de vida, que se traducen en fuentes de desigualdad⁴⁴. Por otra parte, se definen a los sistemas de salud amigables como “espacios de información, orientación y atención de calidad a través de estrategias novedosas y ajustadas a sus realidades, vivencias y expectativas, lo que favorece la participación de los adolescentes, los jóvenes y la comunidad en la construcción de un servicio de salud a la medida de sus

necesidades, a la vez que refuerza la capacidad técnica y humana de los prestadores de servicios” (Gabinete de Gestión Social e Inclusión de El Salvador, 2017:8). Es decir, la oferta de servicios de salud amigables supone una comprensión de las necesidades y dinámicas particulares (y, por ende, diferenciadas) de la población adolescente.

Para el caso de Costa Rica, el Plan de Acción del CIAMA (2012-2016) en sí mismo no presenta un marco conceptual muy detallado. Sin embargo, este documento se presenta como parte de un conjunto de tres documentos fundamentales en el abordaje del problema del embarazo adolescente. Además del plan mencionado, los otros documentos son, por una parte, el Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSA⁴⁵) para el periodo 2010-2018 y, por la otra, el correspondiente a la Política Nacional de Salud Sexual (2010-2021). En este sentido, se puede decir que el plan del CIAMA se apoya de un marco conceptual que es bastante coherente con la perspectiva de la salud como fenómeno social. De hecho, suscribe el enfoque de los DSS⁴⁶ y la DSPSE⁴⁷. Así, además de supeditar los aspectos biológicos que comprometen los resultados en salud a factores sociales que se encuentran muy vinculados con lo político, económico y cultural, reconoce con fuerza que la salud es el resultado de procesos históricos. Adicionalmente, plantea que pautas de discriminación de variada índole limitan los derechos de ciertas poblaciones; en particular, de aquellas conformadas por personas con identidades y orientaciones sexuales que difieren de la “norma” y, por esto, indica que “es fundamental reconocer las insuficiencias de los referentes culturales que hasta el momento hemos construido y comenzar a sustituirlos por una visión más cercana a las realidades humanas, basada en la necesidad de crear y respetar nuevas normas que reconozcan la existencia de la diversidad sexual, con sus correspondientes derechos y deberes, límites y posibilidades por medio de los cuales se organiza socialmente la vida erótica. Una visión que contribuya a eliminar la dominación y subordinación sexual, como garantía de nuevas relaciones sociales y sexuales, de nuevas oportunidades de placer y elección” (Ministerio

⁴⁴ Gabinete de Gestión Social e Inclusión de El Salvador (2017). Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes, 2017-2027, pág. 8.

⁴⁵ Este plan se constituye como la guía de carácter político para el abordaje del embarazo adolescente.

⁴⁶ Ministerio de Salud de Costa Rica (2011a). Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSA), 2010-2018, págs. 31-38. En este documento se hace un aterrizaje detallado de los determinantes sociales de la salud en la adolescencia.

⁴⁷ Ministerio de Salud de Costa Rica (2011b). Política Nacional de Salud Sexual, 2010-2021, pág.5

de Salud de Costa Rica, 2011:11⁴⁸). Cabe resaltar que, del conjunto de documentos analizados, únicamente Costa Rica y Nicaragua mencionan discriminaciones y exclusiones sociales por razones de identidad y orientación sexual.

En general, los diagnósticos del embarazo adolescente presentados en los planes analizados abordan en forma débil el tema de la equidad:

La presentación del problema por estratificadores de equidad es, con la excepción de Honduras (y en menor medida en el caso de El Salvador, Nicaragua y República Dominicana), muy limitada en todos los planes analizados. Además, en ninguno de los casos se analiza el problema desde la mirada de la intersectorialidad.

Con la excepción de Honduras y República Dominicana, ninguno de los planes analizados identifica a los grupos sociales más rezagados (es decir, a los grupos poblacionales donde se observa la mayor incidencia de embarazo adolescente y que deberían ser foco de las intervenciones).

En el caso de Honduras, la acción 7 de la línea estratégica 1 de su plan plantea la necesidad de “identificar a través de las organizaciones o instituciones de la comunidad los adolescentes en riesgo con mayor necesidad de recibir servicios para la prevención de embarazo en adolescentes” (Secretaría de Salud de Honduras, 2012:23). Según dicho plan, se consideran adolescentes en riesgo: a) Adolescentes que ya han estado embarazadas, b) Adolescentes de ambos sexos con padres o hermanos que fueron padres adolescentes, c) Adolescentes que viven en hogares temporales, refugios, d) Adolescentes que viven en la calle, que no estudian ni trabajan, e) Adolescentes sexoservidores, y f) Adolescentes que sufren violencia intrafamiliar/doméstica. El documento de República Dominicana indica que los grupos de población más vulnerable son menores de 15 años, adolescentes de los quintiles de ingreso inferiores (1 y 2), migrantes, con discapacidad, huérfanos, en situación de calle⁴⁹, entre otros. Cabe indicar que, ni en el caso de Honduras ni en el de República Dominicana, se presentan datos concretos sobre la incidencia de la fecundidad o embarazo adolescente por cada uno de los grupos sociales considerados más vulnerables o rezagados.

Ningún plan logra identificar y describir las discriminaciones y exclusiones sociales que limitan el acceso a recursos clave para la salud según los grupos sociales más rezagados. Es decir, el abordaje de las causas (determinantes sociales) del problema se plantea de forma general y no diferenciada por grupos poblacionales según la estratificación social. Sin embargo, tanto en el plan de Costa Rica como en el de República Dominicana se confirma que, efectivamente, se producen resultados diferenciales en salud entre grupos socialmente determinados. Así, por ejemplo, el plan de Costa Rica indica “la gestión pública debe reconocer que las necesidades de los y las adolescentes en salud no son iguales según la posición social que cada uno ocupa, por lo que se hace necesario identificar las inequidades en salud presentes en este grupo poblacional, y priorizar en los grupos más vulnerables de manera tal que se garantice el ejercicio pleno del derecho a la salud y al control sobre la propia vida de los diferentes grupos sociales” (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011:36).

En distintos grados todos los planes coinciden en plantear que las instituciones sociales discriminatorias, así como las relaciones de poder asimétricas y la violencia de género que suelen inducir, son una de las causas principales del embarazo adolescente:

Lo anterior se destaca, particularmente, en los casos de El Salvador y República Dominicana. Así el plan de El Salvador plantea que “*las prácticas culturales normalizan las relaciones de pareja de niñas o adolescentes con hombres adultos, por lo que prevalecen las relaciones desiguales de poder. Esa normalización hace que el embarazo en niñas y en adolescentes no sea considerado por la sociedad como forma y producto de la violencia sexual*” (Gabinete de Gestión Social e Inclusión de El Salvador, 2017:20⁵⁰). “En la base del embarazo en niñas y en adolescentes, se encuentra la aceptación y legitimación de las desigualdades, en particular la desigualdad de género, la reproducción de patrones socioculturales que promueven la subordinación de las niñas y de las adolescentes al poder masculino a través del ejercicio de la violencia que dificultan el ejercicio y el reconocimiento de los derechos humanos y de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres” (Gabinete

⁴⁸ Citando a Castro (2014).

⁴⁹ Se interpreta que esto se refiere a las adolescentes sin hogares estables o que viven en la calle.

⁵⁰ Citando a PDDH (2015).

de Gestión Social e Inclusión de El Salvador, 2017:20). El plan de República Dominicana hace un planteamiento en el mismo sentido, pero indica además que las asimetrías de género propician agresiones y discriminaciones que son acumulativas y se manifiestan en diversos espacios (domésticos, públicos y escolares⁵¹).

Todos los planes analizados reconocen que el embarazo adolescente se asocia a una constelación de determinantes (causas) que van mucho más allá de factores biológicos y conductuales, y aquellos asociados a los sistemas de salud en particular:

Efectivamente, todos los diagnósticos del problema que se presentan en los planes analizados reconocen la variedad de determinantes sociales (causas) detrás del embarazo adolescente. En general, hay coincidencia en el conjunto de factores identificados. Sin embargo, se plantean énfasis o particularidades que vale la pena resaltar. Así, por ejemplo, el plan de El Salvador cuestiona las implicaciones sobre el problema del embarazo que conlleva el “modelo social y económico” adoptado en el país. Es el único plan analizado que lo hace de forma tan clara. En este sentido, indica que *“para erradicar el problema del embarazo en niñas y en adolescentes es necesario abordar las causas estructurales que provocan las inequidades como resultado del modelo de desarrollo social y económico (...) El embarazo en niñas y en adolescentes representa una de las peores formas de violencia y exclusión, y tiene raíces profundas en el proceso de desarrollo de nuestro país. El ejercicio sistemático de la violencia tiene sus orígenes en un modelo de desarrollo que ha permitido la exclusión, la violación a sus derechos fundamentales, la negación del ejercicio de derechos y de medios de vida dignos, y las desigualdades sociales y entre los géneros, lo que favorece un injusto reparto y ejercicio de poder en el seno de las familias y comunidades, en detrimento de los derechos de niñas, niños y adolescentes”* (Gabinete de Gestión Social e Inclusión de El Salvador, 2017:43).

El plan de Guatemala enfatiza (como ningún otro plan) el rol de las carencias económicas como inductor del embarazo adolescente *“prevenir el embarazo en adolescentes es un asunto de justicia social, que debe basarse en el desarrollo equitativo y la ampliación de medios de vida y oportunidades*

para las adolescentes y jóvenes” (Consejo Nacional de la Juventud [CONJUVE⁵²] de Guatemala, 2015:27). *“El embarazo en adolescentes podrá prevenirse en la medida que se realicen acciones articuladas para ampliar oportunidades y medios de vida para adolescentes y jóvenes con accesos a orientación – tecnificación laboral, habilidades financieras y de generación de empleo e ingresos”* (CONJUVE, 2015:37). En la misma tónica, el plan de República Dominicana plantea que “la acción sobre los determinantes sociales de la desigualdad también es necesaria para la reducción del embarazo adolescente, abordando «la causa de las causas» como las inequidades mediadas por los ingresos de los hogares, la precariedad en el empleo, la inserción laboral competente de adolescentes y jóvenes, con esquemas de protección social que aseguren condiciones de vida dignas” (Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales de República Dominicana, 2019:33).

De forma atinada, los documentos analizados de Panamá, Costa Rica y Honduras destacan dentro del conjunto de determinantes del embarazo adolescente, aspectos de carácter institucional (más allá de las instituciones sociales) y su reflejo en las organizaciones públicas relevantes en el abordaje del embarazo adolescente. En línea con esto, el documento de lineamientos para la prevención del embarazo adolescente de Panamá plantea que *“a pesar de la existencia de normatividad y acciones que se vienen desarrollando en el Sector Salud, con enfoque holístico (salud sexual para adolescentes con enfoque de derechos, equidad de género, pertinencia intercultural), dirigidas a las y los adolescentes, estas no pueden concretarse debido a las restricciones jurídicas existentes que dificultan el acceso integral de los y las adolescentes a los servicios de salud sexual y salud reproductiva”*(Ministerio de Salud de Panamá, 2015:56). En una misma tónica el documento de Honduras establece que dentro del conjunto de factores relacionados con el embarazo adolescente se encuentra: “a) Modelo actual de provisión de servicios que no responde a la garantía del cumplimiento de sus derechos, que no facilita el acceso ni responde a sus necesidades b) Recursos humanos que brindan atención con escasas competencias para atender a la población adolescente c) Visión institucional que no considera a la población adolescente como sujeta de

51 Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales de República Dominicana (2019). Plan Nacional para la Reducción de Embarazos en Adolescentes (PERA-RD), 2019-2023, pág. 27.

52 Cuyo objetivo general es “ser la institución que establezca procesos sistemáticos que faciliten el consenso entre sectores organizados de jóvenes, que permitan la construcción de marcos jurídicos y políticas públicas que respondan a las múltiples demandas de las juventudes de Guatemala”; <https://conjuve.gob.gt/quienes-somos/>

derecho d) Incumplimiento de acuerdos y compromisos nacionales e internacionales asumidos por el país para la prevención del embarazo en adolescente” (Secretaría de Salud de Honduras, 2012:20). Del plan de Costa Rica es importante destacar la mención que se hace a la existencia de prácticas discriminatorias en el acceso a los servicios de salud ejercidas por los propios funcionarios⁵³. Y en ese mismo sentido, la estrategia de salud sexual y reproductiva de Nicaragua plantea lo siguiente *“las particularidades culturales de los grupos indígenas y étnicos en el territorio no se respetan en las normas y protocolos de atención de los servicios de salud, así mismo se carece de estudios epidemiológicos del comportamiento de los problemas de salud en estos grupos sociales (...) las mujeres y los hombres con orientaciones sexuales diferentes a la heterosexualidad (lesbianas, mujeres y hombres bisexuales, homosexuales) en general consultan menos los servicios de salud por la incomodidad que representa revelar sus preferencias sexo-afectivas y la discriminación que puede ser objeto”* (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2007).

Del documento de Panamá cabe destacar la especial atención que se brinda a las diferentes etapas del ciclo de vida de las mujeres y sus necesidades específicas en relación con la demanda y provisión de servicios con calidad para, entre otros asuntos, la prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y el mejoramiento de la planificación familiar.

Ninguno de los planes analizados presenta metas cuantitativas de reducción de desigualdades en la incidencia del embarazo adolescente como parte de su marco para la acción:

Solo en los casos de República Dominicana, Honduras y Nicaragua se plantean indicadores con metas cuantitativas para el monitoreo de la eficacia de las acciones establecidas con implicaciones en la prevención del embarazo adolescente. Sin embargo, en ninguno de los dos primeros casos, las metas se plantean por estratificadores de equidad y, en el caso de Nicaragua, solo se plantean algunas metas relevantes por sexo en su estrategia de salud sexual y reproductiva.

Todos los planes plantean la importancia de un trabajo intersectorial e interinstitucional para abordar el problema del embarazo adolescente. Sin embargo, los lineamientos operativos para orientar su funcionamiento son deficientes:

La importancia del trabajo intersectorial e interinstitucional está reconocida en todos los planes analizados. De hecho, en varios de ellos, sus objetivos o propósitos finales están formulados integrando este asunto (tal y como se indica en el cuadro 2).

Aunque la falta de lineamientos claros y detallados para concretar el trabajo coordinado es la tónica general de los planes analizados, cabe señalar que en algunos de ellos se observan ciertos esfuerzos por dar lineamientos para una gestión articulada de las intervenciones formuladas. De esta forma, en el plan de El Salvador se plantean diferentes niveles/instancias de coordinación: a) Instancia de coordinación política, b) Instancia de coordinación operativa y c) Instancia de coordinación local⁵⁴. Nicaragua establece dos instancias principales para la gestión de la ENSSR: la Comisión Técnica de SSR (instancia que conduce el proceso de formulación, actualización e implementación de la ENSSR, da seguimiento y evalúa las acciones que se realizan, a la vez se responsabiliza de aspectos técnicos como la actualización de normas y la elaboración de protocolos de atención para operativizar la ENSSR) y la Comisión Nacional de SSR (instancia de carácter sectorial que facilitará la búsqueda del consenso y el trabajo conjunto entre los diversos sectores que apoyan el proceso de implementación, seguimiento y evaluación de la ENSSR. Esta estructura se organiza a nivel nacional, departamental y municipal⁵⁵). República Dominicana, Honduras, Panamá, Guatemala y Belice también establecen instancias de coordinación tanto en el nivel nacional como local.

Costa Rica, Guatemala y El Salvador señalan los actores específicos que deben coordinar esfuerzos según las intervenciones formuladas y sus resultados esperados. Además, en el plan de Costa Rica, se incluye una sección específica sobre las fortalezas y debilidades del CIAMA, así como una sobre las oportunidades que debe aprovechar y las amenazas que debe sortear el CIAMA como espacio de articulación interinstitucional e intersectorial que es.

⁵³ Ministerio de Salud de Costa Rica. Plan de Acción Consejo Interinstitucional de Atención Madre Adolescente, 2012-2016, pág. 22.

⁵⁴ Gabinete de Gestión Social e Inclusión (2017), págs.58-61.

⁵⁵ Ministerio de Salud de Nicaragua. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR), 2008, págs. 43-45.

En general, los planes convocan a participar a instancias del ámbito económico (como, por ejemplo, trabajo, infraestructura, innovación, desarrollo agrícola y productivo) y a grupos vulnerables o “targets” en los espacios de trabajo intersectorial e interinstitucional. Sin embargo, esta intención positiva se enfrenta al problema, antes planteado, de falta de lineamientos operativos claros para la gestión integral.

Costa Rica: el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social hace parte del CIAMA.

El Salvador: instituciones públicas como el Ministerio de Trabajo y Previsión Social y el Ministerio de Gobernación y Desarrollo Territorial hacen parte de la instancia de coordinación política de su plan de prevención del embarazo adolescente. También se menciona al sector privado y a organizaciones del sector ciudadano (asociaciones de desarrollo comunal, organizaciones basadas en la fe, organizaciones de la sociedad civil —principalmente redes de adolescentes y mujeres—) como parte de la instancia de coordinación local. Sin embargo, no se identifican instituciones del ámbito económico en la instancia de coordinación operativa (que, precisamente, está conformada por las instituciones que están directamente vinculadas con la implementación del plan).

Honduras: el plan plantea que, para facilitar la implementación y el seguimiento de la estrategia de prevención del embarazo adolescente, la Secretaría de Salud haga uso de una “mesa técnica de salud para adolescentes”. Aunque en las instancias que la conforman no se hace mención explícita a ninguna del sector económico, el plan establece la necesidad de hacer alianzas con, entre otros actores, el sector privado⁵⁶. Dicho plan también indica la importancia de “la coordinación entre la Secretaría de Salud con el Instituto Nacional de la Juventud, Programas de Juventudes de las corporaciones municipales y con otras organizaciones juveniles para garantizar el protagonismo de la población adolescente en la formulación de políticas de apoyo orientadas a la prevención del embarazo” (Secretaría de Salud de Honduras, 2012:36).

Nicaragua: en varias de las intervenciones formuladas en el documento de estrategia analizado, aparece el sector privado como parte de los actores convocados a participar en la implementación de las mismas. Adicionalmente, la ENSSR establece como parte de la Comisión Nacional de SSR a instancias del ámbito económico como el Ministerio de Trabajo (MITRAB) y a Organizaciones legítimamente reconocidas por la comunidad⁵⁷. Aunque el rol del MITRAB queda circunscrito a la sensibilización en el ámbito laboral sobre SSR y violencia de género.

Panamá: el sector privado aparece como parte del conjunto de actores relacionados para la puesta en práctica de uno de los lineamientos del plan nacional de prevención del embarazo en la adolescencia. Específicamente, se trata del lineamiento estratégico 5 “redes de protección y apoyo social con participación comunitaria”. Además, en el plan se reconoce que existen organizaciones de base comunitaria que realizan acciones de prevención del embarazo en la adolescencia en el nivel local, con las que la Coordinación de Niñez y Adolescencia (instancia que promueve la creación de redes interinstitucionales y multisectoriales) debe establecer alianzas.

República Dominicana: como parte del conjunto de instituciones y entidades convocadas a conformar la Comisión Interinstitucional para la Reducción del Embarazo en Adolescentes para el periodo 2019-2023, se identifica al Ministerio de Hacienda, Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo y Ministerio del Trabajo así como a varias Organizaciones No Gubernamentales⁵⁸.

La mayoría de los planes no establecen una priorización territorial clara para el abordaje del problema del embarazo adolescente:

El plan de El Salvador es el único que establece criterio (s) de priorización territorial. En este sentido, prioriza a una serie de municipios con base en el número de inscripciones prenatales de niñas y adolescentes desde los 10 hasta los 19 años.

⁵⁶ Secretaría de Salud de Honduras (2012). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Honduras (ENAPREAH), 2012, pág. 35.

⁵⁷ Como, entre otras: Consejos del Poder Ciudadano, Asociación de Mujeres Nicaragüenses Luisa Amanda Espinoza (AMNLAE), Juventud Sandinista 19 de Julio, Asociación de Trabajadores del Campo, Organizaciones No Gubernamentales, Iglesias y Organizaciones Religiosas, Universidades y Sociedades Médicas.

⁵⁸ Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales de República Dominicana (2019). Plan Nacional para la Reducción de Embarazos en Adolescentes (PERA-RD), 2019-2023, pág. 25.

El plan de acción de Costa Rica establece el foco en comunidades prioritarias para la ejecución de varias iniciativas formuladas. Sin embargo, no se indica ni a cuáles se hace referencia ni los criterios de priorización utilizados.

Guatemala plantea vagamente la cuestión: “la priorización territorial se realizará con base en el análisis de situación en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística y la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia de la República SEGEPLAN. Para ello, se analizarán indicadores relevantes que permitan la planificación a nivel municipal, departamental y nacional; considerando las variables étnicas, etarias, de género, urbano, rural entre otras” (CONJUVE, 2015:44).

Por su parte, el plan de República Dominicana es el que más énfasis hace en la necesidad de un abordaje territorial del problema (tal y como indica la misión del plan; véase el cuadro 3). Sin embargo, tampoco indica cuáles son los territorios priorizados para la ejecución de las iniciativas formuladas en el documento. Dicho plan considera al territorio desde dos perspectivas: a) como espacio para la transformación social (“el enfoque territorial implica formular políticas que, condicionadas y arregladas según la

particularidad de los territorios, promuevan su vinculación a la identidad e integración de quienes los habitan, generando cambios en las relaciones sociales dentro del mismo” (Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales de República Dominicana, 2019:28) y b) como espacio para la formulación y evaluación de las políticas sociales (“el territorio (...) es un espacio de participación de los actores sociales en la definición y decisión sobre las prioridades de la política social para la construcción y defensa de los espacios públicos de deliberación sobre políticas y presupuestos y para medir, evaluar y calificar la política social por su capacidad de responder a las necesidades de las mayorías sociales”(Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales de República Dominicana, 2019:44)).

El resto de los países analizados no abordan el tema.

Algunos de los planes presentan objetivos o acciones de incidencia (también denominados en algunos planes “de abogacía”). Sin embargo, estos no responden a diagnósticos comprehensivos sobre aspectos específicos de la gobernanza del sector salud que tienen implicaciones directas sobre los pilares del sistema de salud que son relevantes para la reducción de inequidades.

6 Conclusiones y recomendaciones

Derivadas del análisis cuantitativo:

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

Derivadas del análisis cualitativo:

- A pesar de que se han fortalecido los marcos de políticas, programas y estrategias de prevención del embarazo adolescente (incluyendo a la anticoncepción), su diversidad y la falta de integración y coordinación entre ellos (tanto desde el punto interinstitucional como intersectorial) así como la presencia de barreras que limitan su implementación o reducen su impacto, son aspectos que van en contrasentido de la apuesta por la reducción de la incidencia del embarazo adolescente en la subregión.
- Queda un importante camino por transitar para hacer más consistentes los planes y estrategias específicas de prevención del embarazo adolescente con la perspectiva de la salud como fenómeno histórico-social. En este sentido, se identifica claramente la ausencia de un enfoque explícito de equidad, lineamientos operativos claros para la articulación y coordinación interinstitucional y priorización territorial en el abordaje de los determinantes sociales de la fecundidad adolescente.

Anexo 1

Informe por país como contribución al EREFA

Cada equipo de país analiza sus datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) consolidados; tomar una línea de tiempo de al menos los últimos 5 años para definir línea de base y tendencias.

Definir inicialmente:

1. Número de nacidos vivos de madres adolescentes en el país o región por unidad de tiempo de análisis (año)
2. Para el mismo periodo y región definir número de parto cargados en el SIP; de este modo se podrá definir cobertura y estimación de la validez del análisis.
3. Control de calidad de llenado de SIP; con especial énfasis en las variables que construirán los indicadores y notificarlo.

Indicadores del EREFA:

ind.01	edad mediana de inicio de las relaciones sexuales
ind.02	edad mediana al matrimonio o primera unión
ind.03	número total de nacidos vivos
ind.04	número de nacidos vivos de madres adolescentes (de 15 a 19 años de edad)
ind.05	porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que han sido madres
ind.06	porcentaje de uso de métodos anticonceptivos (MAC) modernos por adolescentes unidas o sexualmente activas
ind.07	porcentaje de uso de condón en la primera relación sexual
ind.08	porcentaje de uso de MAC en la primera relación sexual
ind.09	porcentaje de último embarazo no deseado
ind.10	porcentaje de atención del parto de adolescentes por personal calificado

ind.11	porcentaje de adolescentes embarazadas con control prenatal
ind.12	porcentaje de mujeres adolescentes que han sufrido violencia
ind.13	porcentaje de mujeres adolescentes que han sufrido violencia sexual por su pareja
ind.14	prevalencia de VIH en población adolescente
ind.15	incidencia de VIH en población adolescente
ind.16	transmisión vertical de VIH en madres adolescentes
ind.17	nivel educativo de las adolescentes
ind.18	relación hombre/mujer adolescente en educación según nivel
ind.19	deserción escolar
ind.20	edad legal de matrimonio por sexo y grupo étnico racial
ind.21	tasa de fecundidad en adolescentes
ind.22	número de muertes maternas en adolescentes
ind.23	años promedio de educación en adolescentes
ind.24	porcentaje de adolescentes Ni-Ni (ni estudia ni trabaja)
ind.25	ingreso promedio per cápita
ind.26	años promedio de educación
ind.27	cobertura de acceso a agua potable
ind.28	cobertura de acceso a saneamiento básico
ind.29	población de mujeres de 15 a 19 años

Podrá notificarse desde el SIP:

ind.03	número total de nacidos vivos
ind.04	número de nacidos vivos de madres adolescentes
ind.05	porcentaje de madres adolescentes de 10 a 14 y de 15 a 19 años
ind.06	porcentaje de adolescentes que fueron madres y tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción
ind.07	porcentaje de falla anticonceptiva en las adolescentes que se embarazaron usando condón
ind.08	porcentaje de falla anticonceptiva en adolescentes que refieren haber usado MAC
ind.09	porcentaje de embarazo actual no deseado en adolescentes por rangos de edad
ind.10	porcentaje de atención del parto de adolescentes por personal calificado
ind.11	porcentaje de adolescentes embarazadas con control prenatal
ind.12	porcentaje de mujeres adolescentes embarazadas que tienen antecedentes de haber sufrido violencia
ind.13	porcentaje de mujeres adolescentes que han sufrido violencia durante el embarazo
ind.14	prevalencia de VIH en población adolescentes embarazadas
ind.15	incidencia de VIH en población adolescente embarazadas
ind.16	transmisión vertical de VIH en madres adolescentes (todas las variables de PTMI Plus: Sífilis, VIH, Chagas y Hepatitis B)
ind.17	máximo nivel educativo de las adolescentes embarazadas
ind.23	años promedio de educación en adolescentes embarazadas
ind.26	años promedio de educación de adolescentes embarazadas

Indicadores adicionales SIP

Adicionalmente, se podría analizar:

- Tasa de cesáreas, según criterios de Robson, por grupos de edad de 10 a 14 años y de 15 a 19 años.
- PTMI PLUS.
- Prematuridad.
- Tasa de complicaciones en el embarazo (HTA, HPP, Sepsis).
- Muerte fetal.
- Mortalidad Materna (dependiendo de la calidad de los datos).

Considerar los estratificadores de inequidad incluidos en SIP:

- Máximo nivel de educación
- Etnia
- Vive sola
- Casada o en unión
- Rural o urbana

Anexo 2

Métricas de desigualdad

Métricas simples de desigualdad:

- **Desigualdad de brecha absoluta:** medida-resumen simple de desigualdad en salud; corresponde a la diferencia aritmética de los valores del indicador de salud entre dos grupos poblacionales socialmente determinados, usualmente grupos extremos de posición social. Se expresa en las mismas unidades de medida del indicador de salud. Un valor cero (0) de brecha absoluta denota ausencia de desigualdad.
- **Desigualdad de brecha relativa:** medida-resumen simple de desigualdad en salud; corresponde al cociente aritmético de los valores del indicador de salud entre dos grupos poblacionales socialmente determinados, usualmente grupos extremos de posición social. Se expresa sin unidades (i.e., su valor representa el número de veces que el numerador está contenido en el denominador). Un valor uno (1) de brecha relativa denota ausencia de desigualdad.

Métricas complejas de desigualdad:

- **Desigualdad de gradiente absoluto (Índice de Desigualdad de la Pendiente, IDP):** corresponde al cambio en el indicador de salud por ejemplo, tasa de incidencia de fecundidad adolescente) entre los extremos del gradiente social obtenido por regresión ponderada. Se expresa en la unidad de medida del indicador de salud. Valores negativos del índice significan que el indicador de salud es más prevalente en el grupo más desaventajado.
- **Desigualdad de gradiente relativo (Índice de Concentración de la Desigualdad en Salud, ICx):** corresponde al grado de concentración relativa de la carga del indicador de salud (por ejemplo, tasa de incidencia de fecundidad adolescente) en el extremo poblacional en condición de mayor vulnerabilidad social. Se expresa en porcentaje acumulado. Valores negativos del índice significan que el indicador de salud es más prevalente en el grupo más desaventajado (desigualdad negativa). De no existir desigualdad, el índice de concentración es 0. Aunque ± 1 es el máximo teórico de un índice de concentración, en la práctica los valores absolutos de este índice raramente exceden 0,5. Por lo tanto, un valor de 0,2 a 0,3 se considera que representa un nivel razonablemente alto de desigualdad relativa.

Anexo 3

Índice de desarrollo humano, porcentaje de nacimientos de madres adolescentes, tasa específica de fecundidad adolescente y población femenina de 15 a 19 años de edad, por desagregación territorial subnacional y años; países CARD.

País	Unidad subnacional	IDH			PNA			TEFA			pf15-19
		2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2016
Belize	Belize	nd	0,843	nd	nd	nd	nd	nd	59,3	nd	5.316
	Cayo	nd	0,721	nd	nd	nd	nd	nd	62,0	nd	4.847
	Corozal	nd	0,713	nd	nd	nd	nd	nd	104,0	nd	2.610
	Orange Walk	nd	0,756	nd	nd	nd	nd	nd	67,0	nd	2.793
	Stann Creek	nd	0,740	nd	nd	nd	nd	nd	101,0	nd	2.085
	Toledo	nd	0,333	nd	nd	nd	nd	nd	98,0	nd	1.924
Costa Rica	Alajuela	0,793	0,794	nd	14,6	13,9	12,8	54,1	54,1	45,5	40.688
	Cartago	0,803	0,804	nd	12,1	11,7	11,2	40,5	39,9	36,7	20.864
	Guanacaste	0,770	0,772	nd	16,5	15,1	13,4	63,4	58,0	50,7	14.957
	Heredia	0,823	0,825	nd	11,3	11,1	10,3	37,0	36,6	31,7	18.924
	Limón	0,751	0,752	nd	19,0	16,6	14,4	67,2	58,9	46,2	21.563
	Puntarenas	0,756	0,757	nd	17,8	16,2	14,6	62,0	57,1	46,8	21.114
	San José	0,807	0,808	nd	12,2	11,9	10,3	41,6	41,0	34,4	60.748
El Salvador	Ahuachapán	nd	0,612	nd	nd	nd	nd	nd	68,8	nd	19.117
	Cabañas	nd	0,603	nd	nd	nd	nd	nd	58,6	nd	10.078
	Chalatenango	nd	0,640	nd	nd	nd	nd	nd	45,3	nd	11.652
	Cuscatlán	nd	0,645	nd	nd	nd	nd	nd	52,9	nd	14.341
	La Libertad	nd	0,696	nd	nd	nd	nd	nd	52,0	nd	38.191
	La Paz	nd	0,636	nd	nd	nd	nd	nd	71,6	nd	17.066
	La Unión	nd	0,601	nd	nd	nd	nd	nd	67,3	nd	14.044
	Morazán	nd	0,597	nd	nd	nd	nd	nd	61,1	nd	11.620
	San Miguel	nd	0,640	nd	nd	nd	nd	nd	56,1	nd	25.251
	San Salvador	nd	0,717	nd	nd	nd	nd	nd	43,8	nd	78.879
	San Vicente	nd	0,664	nd	nd	nd	nd	nd	65,8	nd	9.007
	Santa Ana	nd	0,656	nd	nd	nd	nd	nd	62,9	nd	29.340
	Sonsonate	nd	0,655	nd	nd	nd	nd	nd	70,8	nd	25.111
Usulután	nd	0,643	nd	nd	nd	nd	nd	66,3	nd	19.025	

País	Unidad subnacional	IDH			PNA			TEFA			pf15-19
		2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2016
Guatemala	Central (V)	0,660	0,661	0,663	17,9	17,9	17,7	72,1	69,3	66,8	96.104
	Metropolitana (I)	0,747	0,749	0,751	15,0	15,0	14,7	60,1	59,2	56,2	156.329
	Noroccidental (VII)	0,572	0,572	0,574	19,4	20,2	20,6	94,7	94,3	96,4	131.456
	Nororiental (III)	0,641	0,642	0,644	19,5	20,3	20,5	79,4	80,1	81,0	73.483
	Norte (II)	0,571	0,572	0,574	20,0	20,9	21,3	88,5	88,8	90,9	91.116
	Petén (VIII)	0,626	0,628	0,629	23,1	24,3	23,1	93,7	90,7	85,9	33.678
	Suroccidental (VI)	0,627	0,628	0,630	18,0	18,8	18,7	81,5	79,6	78,1	212.402
	Suroriental (IV)	0,633	0,634	0,636	20,1	20,1	19,9	84,0	78,4	75,5	72.398
Honduras	Atlántida	nd	0,627	0,631	nd	23,6	23,3	nd	56,7	50,0	24.430
	Choluteca	nd	0,556	0,559	nd	19,3	18,4	nd	68,6	68,8	23.744
	Colón	nd	0,588	0,592	nd	25,1	25,1	nd	120,6	144,4	17.966
	Comayagua	nd	0,586	0,589	nd	20,3	21,6	nd	83,2	106,2	29.529
	Copán	nd	0,547	0,550	nd	25,0	23,2	nd	105,1	129,7	21.030
	Cortés	nd	0,641	0,645	nd	17,8	18,4	nd	71,1	70,6	88.858
	El Paraíso	nd	0,556	0,558	nd	22,7	21,4	nd	83,3	93,6	24.039
	Francisco Morazán	nd	0,670	0,674	nd	17,1	16,9	nd	63,3	68,4	81.486
	Gracias a Dios	nd	0,522	0,525	nd	20,0	15,4	nd	26,7	20,9	5.781
	Intibucá	nd	0,529	0,532	nd	22,3	22,4	nd	72,6	132,7	13.878
	Islas de la Bahía	nd	0,626	0,630	nd	19,4	19,1	nd	77,3	81,8	3.534
	La Paz	nd	0,554	0,556	nd	20,7	20,0	nd	87,0	118,5	11.458
	Lempira	nd	0,502	0,504	nd	23,3	20,9	nd	87,0	100,9	18.400
	Ocatepeque	nd	0,559	0,562	nd	23,0	20,2	nd	74,0	81,8	8.244
	Olancho	nd	0,572	0,575	nd	23,0	22,6	nd	104,7	109,0	29.523
	Santa Bárbara	nd	0,570	0,573	nd	22,0	22,4	nd	127,3	117,5	22.217
Valle	nd	0,572	0,575	nd	19,4	20,3	nd	84,4	89,6	9.536	
Yoro	nd	0,589	0,592	nd	22,8	22,6	nd	103,0	95,3	31.644	

País	Unidad subnacional	IDH			PNA			TEFA			pf15-19
		2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2016
Nicaragua	Boaco	nd	0,398	nd	nd	20,7	nd	nd	103,2	nd	8.681
	Carazo	nd	0,761	nd	nd	17,8	nd	nd	88,2	nd	9.638
	Chinandega	nd	0,732	nd	nd	25,1	nd	nd	102,9	nd	21.812
	Chontales	nd	0,530	nd	nd	23,0	nd	nd	103,5	nd	8.984
	Estelí	nd	0,736	nd	nd	19,4	nd	nd	95,1	nd	11.693
	Granada	nd	0,731	nd	nd	20,3	nd	nd	94,6	nd	9.817
	Jinotega	nd	0,223	nd	nd	22,3	nd	nd	177,9	nd	17.005
	León	nd	0,720	nd	nd	19,4	nd	nd	82,7	nd	21.125
	Madriz	nd	0,664	nd	nd	22,0	nd	nd	109,9	nd	7.089
	Managua	nd	0,827	nd	nd	17,1	nd	nd	86,8	nd	71.365
	Masaya	nd	0,735	nd	nd	22,8	nd	nd	86,0	nd	16.752
	Matagalpa	nd	0,522	nd	nd	22,7	nd	nd	148,0	nd	26.486
	Nueva Segovia	nd	0,530	nd	nd	19,3	nd	nd	133,1	nd	10.878
	RAAN	nd	0,146	nd	nd	20,0	nd	nd	160,3	nd	17.683
	RAAS	nd	0,133	nd	nd	23,3	nd	nd	177,0	nd	17.114
Río San Juan	nd	0,349	nd	nd	25,0	nd	nd	146,8	nd	5.055	
Rivas	nd	0,704	nd	nd	23,0	nd	nd	85,2	nd	9.008	
Panamá	Bocas del Toro	0,720	0,724	0,726	25,4	26,6	25,4	129,7	139,2	133,3	8.770
	Chiriquí	0,788	0,793	0,795	19,1	19,0	16,2	78,7	82,7	69,0	20.061
	Coclé	0,762	0,767	0,768	17,7	16,3	17,3	60,0	57,9	61,5	11.857
	Colón	0,797	0,803	0,804	19,9	16,6	16,6	86,2	69,2	68,9	13.119
	Darién	0,691	0,695	0,696	25,8	23,5	23,9	83,7	82,9	101,1	2.937
	Emberá	0,614	0,617	0,619	26,6	23,1	22,0	69,2	90,8	90,8	650
	Herrera	0,788	0,793	0,795	14,8	15,1	14,0	48,1	53,2	47,3	4.844
	Kuna Yala	0,582	0,585	0,587	20,9	18,1	19,8	50,7	51,1	58,2	2.576
	Los Santos	0,783	0,788	0,789	15,9	15,8	17,0	49,5	51,4	54,2	3.395
	Ngäbe Buglé	0,563	0,566	0,567	25,6	25,1	26,5	153,6	153,9	172,8	12.181
	Panamá	0,819	0,824	0,826	15,3	14,2	13,5	71,1	64,3	59,9	82.960
Veraguas	0,730	0,734	0,736	17,5	16,0	15,5	61,8	57,9	57,5	11.440	
República Dominicana	Región 0	0,760	0,764	nd	15,2	14,6	13,6	41,7	40,7	38,5	186.757
	Region I	0,740	0,744	nd	19,1	19,1	17,3	61,3	66,7	57,2	53.464
	Region II	0,751	0,755	nd	18,8	17,2	17,1	58,4	60,0	54,2	70.574
	Region III	0,741	0,745	nd	20,7	18,5	17,7	64,8	57,6	49,6	28.410
	Region IV	0,702	0,706	nd	20,5	20,1	17,6	55,0	52,7	41,3	18.917
	Region V	0,725	0,728	nd	17,8	16,1	14,1	56,0	55,0	47,0	50.050
	Region VI	0,693	0,697	nd	20,6	20,1	18,0	72,2	74,7	70,5	13.123
	Region VII	0,690	0,694	nd	20,0	18,4	19,4	58,5	58,2	63,4	17.649
Region VIII	0,734	0,737	nd	20,0	19,0	17,6	69,6	67,6	59,7	32.979	

nd = no disponible

Anexo 4

Tasa promedio nacional y métricas-resumen estándar de desigualdad en la tasa de fecundidad adolescente por país y año de referencia (incluyendo rangos de incertidumbre al 95%); países CARD.

País	Año de referencia	Año de referencia	Brecha de desigualdad				Gradiente de desigualdad			
			Absoluta (diferencia)		relativa (razón)		Absolut0 (IDP)		relativo (ICx)	
Belice	2016	75,3	38,7		1,7		-41,2		-9,3	
		71,6 79,1	25,4 51,9	1,4 2,0	-44,5 58,2	-11,8 -6,9				
Costa Rica	2018	48,1	22,3		1,6		-28,3		-9,7	
		47,2 49,0	18,1 26,5	1,5 1,8	-31,3 -21,2	-11,6 -7,7				
El Salvador	2017	57,0	17,3		1,4		-25,3		-6,5	
		56,2 57,8	13,2 21,3	1,3 1,5	-30,9 -12,8	-7,2 -5,8				
Guatemala	2018	77,4	34,6		1,6		-44,5		-9,2	
		76,8 77,9	32,5 36,7	1,6 1,7	-49,3 -34,0	-10,8 -7,6				
Honduras	2014	88,7	32,5		1,5		-45,4		-9,5	
		87,8 89,5	28,3 36,7	1,4 1,6	-53,2 -3,1	-10,0 -9,0				
Nicaragua	2012	113,3	90,2		2,0		-91,9		-15,4	
		112,2 114,5	85,1 95,3	2,0 2,1	-93,2 -80,9	-15,9 -14,8				
Panamá	2018	73,5	112,9		2,9		-89,7		-17,8	
		72,2 74,7	107,9 117,9	2,8 3,0	-45,1 -134,2	-18,7 -16,9				
República Dominicana	2017	48,0	24,9		1,6		-24,3		-7,5	
		47,3 48,6	21,9 28,0	1,6 1,8	-28,9 -7,9	-8,8 -6,2				
Región CARD	~2017	73,3	71,0		2,3		-129,2		-15,2	
		73,0 73,7	69,8 72,2	2,3 2,4	-108,2 -150,1	-15,6 -14,8				

IDP: índice de desigualdad de la pendiente | ICx: índice de concentración de la desigualdad en salud

Anexo 5

Tasa específica de fecundidad adolescente según categorías de estratificación social en encuestas nacionales; países CARD.

Belice

Estratificador social	Año	Encuesta	Categorías	TEFA
Comodidades en el hogar	1990	FHS	0 a 2 activos	225
			3 a 7 activos	124
			8 a 10 activos	68
	1999	FHS	0 a 2 activos	183
			3 a 7 activos	105
			8 a 10 activos	57
Ingreso	2011	MICS	quintil 1 (más bajo)	96
			quintil 2	88
			quintil 3	62
			quintil 4	53
			quintil 5 (más alto)	23
	2016	MICS	quintil 1 (más bajo)	111
			quintil 2	107
			quintil 3	58
			quintil 4	47
			quintil 5 (más alto)	39
Territorio (distritos)	1999	FHS	Toledo	156
			Stann Creek	117
			Belize District	99
			Corozal	88
			Cayo	73
			Orange Walk	69

Estratificador social	Año	Encuesta	Categorías	TEFA
Territorio (distritos)	2011	MICS	Stann Creek	84
			Toledo	81
			Orange Walk	79
			Corozal	61
			Belize City (lado sur)	59
			Cayo	56
	2011	MICS	Belize District	51
			Belize City (excluyendo lado sur)	45
	2016	MICS	Corozal	104
			Stann Creek	101
			Toledo	98
			Belize City (lado sur)	70
			Orange Walk	67
Cayo			62	
Belize City (excluyendo lado sur)			55	
Área de residencia	1990	FHS	rural	173
			urbana	116
	1999	FHS	rural	97
			urbana	92
	2011	MICS	rural	85
			urbana	39
	2016	MICS	rural	90
			urbana	55

Costa Rica

Estratificador social	Año	Encuesta	Categorías	TEFA
Área de residencia	1993	ENSR	Rural	113
			Área metropolitana	73
			Resto urbano	65
	2011	MICS	Rural	98
			Urbana	25

El Salvador

Estratificador social	Año	Encuesta	Categorías	TEFA	
Ingreso	1998	FESAL	bajo	160	
			medio	101	
			alto	54	
	2008	FESAL	quintil 1 (más bajo)	131	
			quintil 2	110	
			quintil 3	93	
			quintil 4	68	
			quintil 5 (más alto)	43	
	2014	MICS	quintil 1 (más bajo)	118	
			quintil 2	76	
			quintil 3	80	
			quintil 4	59	
			quintil 5 (más alto)	35	
	Territorio (regiones)	2008	FESAL	Oriental	102
				Occidental	94
Paracentral				88	
Metropolitana				80	
Central				79	
2014		MICS	Oriental	87	
			Central	79	
			Occidental	73	
			Metropolitana	68	
			Paracentral	64	
Área de residencia	1998	FESAL	rural	150	
			urbana	87	
	2008	FESAL	rural	108	
			urbana	73	
	2014	MICS	rural	87	
			urbana	66	

Guatemala

Estratificador social	Año	Encuesta	Categorías	TEFA
Ingreso	1995	DHS	decil 1 (más bajo)	201
			decil 2	203
			decil 3	170
			decil 4	174
			decil 5	136
			decil 6	135
			decil 7	122
			decil 8	64
			decil 9	70
			decil 10 (más alto)	36
	1998	DHS	decil 1 (más bajo)	176
			decil 2	193
			decil 3	195
			decil 4	157
			decil 5	111
			decil 6	123
			decil 7	118
			decil 8	92
			decil 9	59
			decil 10 (más alto)	31
	2014	DHS	decil 1 (más bajo)	144
			decil 2	141
			decil 3	125
			decil 4	116
			decil 5	106
			decil 6	88
			decil 7	80
			decil 8	69
			decil 9	49
			decil 10 (más alto)	29

Estratificador social	Año	Encuesta	Categorías	TEFA
Territorio (regiones)	1995	GDL	Petén	...
			Noroccidental	168
			Norte	162
			Nororiental	161
			Central	143
			Suroriental	139
			Suroccidental	131
			Metropolitana	100
	1999	GDL	Petén	206
			Nororiental	184
			Norte	167
			Central	145
			Noroccidental	142
			Suroccidental	133
			Suroriental	110
			Metropolitana	72
	2015	GDL	Norte	141
			Petén	116
			Noroccidental	110
			Nororiental	105
			Suroriental	101
			Suroccidental	100
			Central	89
			Metropolitana	48
Área de residencia	1995	DHS	rural	152
			urbana	95
	1998	DHS	rural	146
			urbana	95
	2002	ENSMI	rural	133
			urbana	85
	2008	ENSMI	rural	114
			urbana	78
	2014	ENSMI	rural	112
			urbana	65
	2014	DHS	rural	116
			urbana	64

Honduras

Estratificador social	Año	Encuesta	Categorías	TEFA
Ingreso	1996	ENESF	bajo	172
			medio	131
			alto	79
	2000	ENESF	bajo	191
			medio	141
			alto	69
	2005	DHS	decil 1 (más bajo)	172
			decil 2	157
			decil 3	144
			decil 4	135
			decil 5	134
			decil 6	118
			decil 7	106
			decil 8	77
			decil 9	64
			decil 10 (más alto)	39
	2011	DHS	decil 1 (más bajo)	189
			decil 2	147
			decil 3	134
			decil 4	119
			decil 5	92
			decil 6	91
			decil 7	99
decil 8			72	
decil 9			60	
decil 10 (más alto)			39	

Estratificador social	Año	Encuesta	Categorías	TEFA
Territorio (departamentos)	2005	GDL	Gracias a Dios	...
			Lempira	142
			Copán	130
			Intibucá	130
			Colón	128
			Santa Bárbara	125
			Olancho	124
			Comayagua	117
			Ocatepeque	109
			Yoro	107
			Valle	105
			El Paraíso	101
			Cortés	95
			Choluteca	92
			La Paz	88
			Francisco Morazán	76
	Islas de la Bahía	...		
	2011	GDL	Gracias a Dios	178
			Colón	152
			Copán	132
			Olancho	131
			Lempira	122
			Comayagua	121
			La Paz	117
			Valle	115
			Intibucá	113
			El Paraíso	112
Santa Bárbara			101	
Ocatepeque			100	
Yoro			98	
Choluteca			97	
Islas de la Bahía			92	
Cortés	86			
Francisco Morazán	80			
Área de residencia	1996	ENESF	rural	161
			otra urbana	124
			Tegucigalpa y San Pedro Sula	100
	2000	ENESF	rural	162
			otra urbana	120
			San Pedro Sula	116
			Tegucigalpa	102
	2005	DHS	rural	137
			urbana	84
	2011	DHS	rural	120
			urbana	82

Nicaragua

Estratificador social	Año	Encuesta	Categorías	TEFA
Ingreso	1992	ESF	bajo	207
			medio	127
			alto	82
	2007	ENDESA	quintil 1 (más bajo)	159
			quintil 2	140
			quintil 3	114
			quintil 4	70
			quintil 5 (más alto)	46
	1997	DHS	decil 1 (más bajo)	235
			decil 2	201
			decil 3	196
			decil 4	165
			decil 5	157
			decil 6	143
			decil 7	105
			decil 8	90
			decil 9	76
			decil 10 (más alto)	42
	2001	DHS	decil 1 (más bajo)	222
			decil 2	164
			decil 3	167
			decil 4	142
			decil 5	128
decil 6			104	
decil 7			95	
decil 8			76	
decil 9			65	
decil 10 (más alto)			63	

Estratificador social	Año	Encuesta	Categorías	TEFA
Territorio (regiones)	2007	ENDESA	Atlántico	131
			Centro-Norte	122
			Pacífico	91
	2012	ENDESA	Caribe	121
			Pacífico	88
			Centro-Norte	88
	1998	GDL	Atlántico	162
			Central-Norte	152
			Pacífico	121
	2001	GDL	Atlántico	169
			Central-Norte	130
			Pacífico	109
Área de residencia	1992	ESF	rural	205
			Managua	135
			otra urbana	110
	2007	ENDESA	rural	139
			urbana	83
	2012	ENDESA	rural	117
			urbana	74
	1997	DHS	rural	181
			urbana	115
	2001	DHS	rural	158
			urbana	96

Panamá

Estratificador social	Año	Encuesta	Categorías	TEFA
Ingreso	2013	MICS	quintil 1 (más bajo)	165
			quintil 2	65
			quintil 3	(74)
			quintil 4	(74)
			quintil 5 (más alto)	(1.8)
Educación	2013	MICS	ninguna	(*)
			primaria	209
			secundaria	79
			superior	(18)
Grupo étnico	2013	MICS	indígena	168
			negro o afrodescendiente	(98)
			otro grupo	56
Territorio (regiones)	2008	FESAL	Kuna Yala	(*)
			Emberá Wounaan	(209)
			Ngöbe Buglé	(206)
			Darién	(204)
			Bocas del Toro	(149)
			Colón	(94)
			Coclé	(58)
			Panamá	(55)
			Chiriquí	(*)
			Herrera	(*)
			Los Santos	(*)
			Veraguas	(*)
Área de residencia	2009	ENASSER	indígena	151
			rural	98
			urbana	83
	2013	MICS	rural	123
			urbana	60

() cifras basadas en 125 a 250 observaciones no ponderadas

(*) cifras basadas en menos de 125 observaciones no ponderadas

República Dominicana

Estratificador social	Año	Encuesta	Categorías	TEFA
Ingreso	1996	DHS	decil 1 (más bajo)	277
			decil 2	192
			decil 3	168
			decil 4	142
			decil 5	128
			decil 6	124
			decil 7	80
			decil 8	58
			decil 9	56
			decil 10 (más alto)	32
	2002	DHS	decil 1 (más bajo)	208
			decil 2	211
			decil 3	189
			decil 4	160
			decil 5	139
			decil 6	119
			decil 7	100
			decil 8	79
			decil 9	42
			decil 10 (más alto)	34
	2007	DHS	decil 1 (más bajo)	187
			decil 2	172
			decil 3	144
			decil 4	127
			decil 5	105
			decil 6	87
			decil 7	60
			decil 8	68
			decil 9	47
			decil 10 (más alto)	31
	2013	DHS	decil 1 (más bajo)	199
			decil 2	137
			decil 3	111
			decil 4	116
			decil 5	80
			decil 6	69
			decil 7	81
			decil 8	47
			decil 9	51
			decil 10 (más alto)	27

Estratificador social	Año	Encuesta	Categorías	TEFA
Territorio (regiones)	1996	GDL	Región VI	185
			Región IV	168
			Región III	156
			Región VII	143
			Región V	130
			Región I	122
			Región VIII	110
			Región II	104
	2002	GDL	Región VI	182
			Región IV	158
			Región I	148
			Región V	129
			Región III	126
			Región II	121
			Región VII	121
			Región VIII	120
	2007	GDL	Región IV	135
			Región I	113
			Región VI	109
			Región VIII	108
			Región VII	107
			Región III	104
			Región II	90
			Región V	88
	2013	GDL	Región IV	152
			Región VI	126
			Región VIII	117
			Región V	113
Región III			101	
Región VII			92	
Región I			86	
Región II			71	
Área de residencia	1996	DHS	rural	166
			urbana	89
	1999	DHS	rural	134
			urbana	83
	2002	DHS	rural	145
			urbana	105
	2007	DHS	rural	129
			urbana	86
	2013	DHS	rural	102
			urbana	86
	2014	MICS	rural	109
			urbana	84

Anexo 6

Resolución del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, aprobando el EREFA

CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA



CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA
DOMINICANA
RESOLUCIÓN COMISCA 03-2021

Relativa a la aprobación del Estudio Regional de Equidad y Fecundidad en
Adolescentes (EREFA) en Centroamérica y República Dominicana

18 de junio de 2021

El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana

VISTOS:

Los artículos 19 y 22 del Protocolo de Tegucigalpa a la Carta de la Organización de Estados Centroamericanos (ODECA); y los artículos 8, 15, 20, 21 y 22 del Reglamento para la Adopción de Decisiones del SICA.

CONSIDERANDO:

- I. Que de conformidad con los Artículos 19 y 22 del Protocolo de Tegucigalpa, los Consejos de Ministros responsables de otros sectores tendrán la responsabilidad del tratamiento de los asuntos de su competencia y sus decisiones serán de obligatorio cumplimiento.
- II. Que de conformidad con el Artículo 9 literal d) del Reglamento COMISCA 01-2017 denominado Reglamento de organización y funcionamiento del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) y su Secretaría Ejecutiva (SE-COMISCA), corresponde al Consejo de Ministros adoptar las decisiones que fueran necesarias para el cumplimiento de los objetivos del COMISCA e instruir a las demás instancias del sector salud sobre su cumplimiento.
- III. Que en Resolución COMISCA 10-2020, emitida el 11 de diciembre de 2020 en la LIII Reunión Ordinaria virtual del COMISCA, el Consejo instruyó a la SE-COMISCA, al Grupo Técnico Regional de Salud Adolescente (GTRSA) y a la Comisión Técnica de Investigación en Salud (CTIS) para que, con el apoyo de la OPS/OMS, CLAP y UNFPA, se finalice el análisis de desigualdades en el primer semestre de 2021.
- IV. Que la SE-COMISCA, con apoyo de la OPS/OMS, CLAP y UNFPA ha presentado el informe final del Estudio Regional de Equidad y Fecundidad en Adolescentes (EREFA) en Centroamérica y República Dominicana.
- V. Que, como resultado del análisis de desigualdades realizado en el marco del Estudio Regional de Equidad y Fecundidad en Adolescentes (EREFA) en Centroamérica y

Página 1 de 3

CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA



República Dominicana, se brindan importantes recomendaciones, vinculadas entre otros aspectos, con la necesidad del acceso y cobertura universal a intervenciones que promuevan la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, incluyendo educación integral de la sexualidad y acceso a métodos anticonceptivos de alta eficacia y prevención contra la violencia sexual; estructurar las estrategias de intervención para la prevención del embarazo y fecundidad adolescente; necesidad de institucionalizar el monitoreo de desigualdades sociales en fecundidad adolescente y salud reproductiva; entre otras.

POR TANTO, Resuelven:

- I. Aprobar el Estudio Regional de Equidad y Fecundidad en Adolescentes (EREFA) en Centroamérica y República Dominicana.
- II. Implementar las recomendaciones derivadas del Estudio Regional de Equidad y Fecundidad en Adolescentes (EREFA) en Centroamérica y República Dominicana, con el fin de contribuir a la reducción de las desigualdades e inequidades en cuanto a la fecundidad adolescente, en el marco del Plan Estratégico de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Centroamérica y República Dominicana 2019-2023.
- III. Instruir a la SE-COMISCA, para que, con la contribución de la OPS/OMS, UNFPA y otros socios de la cooperación internacional, apoyen a los Estados miembros del SICA en la implementación de las recomendaciones derivadas del EREFA.

La presente Resolución es de obligatorio cumplimiento, entrará en vigencia en la fecha de su adopción y será firmada posteriormente. Una vez firmada, deberá ser depositada en original en la Secretaría General del SICA para su registro y publicación en la Gaceta Oficial Digital del SICA.

Adoptada mediante videoconferencia, bajo la Presidencia Pro Tempore de la República de Costa Rica, a los dieciocho días del mes de junio del año dos mil veintiuno.


Dr. Daniel Salas Peraza,
Ministro de Salud de la República de Costa Rica y
Presidente Pro Tempore del COMISCA



Hon. Michel Chebat,
Ministro de Salud y Bienestar de
Belize

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga,
Viceministro de Salud del Ministerio de Salud
República de El Salvador

Dr. Francisco José Coma Martín,
Viceministro de Salud del
Ministerio de Salud Pública y Asistencia
Social de la República de Guatemala

Dr. Nery Cerrato Ramírez,
Subsecretario de Proyectos e Inversión de la
Secretaría de Estado en el Despacho de
Salud de la República de Honduras

Dr. Carlos Sáenz Torres,
Secretario General y Representante Adhoc
del Ministerio de Salud de la República de
Nicaragua

Dra. Nadja Porcell,
Directora General de Salud Pública y
Representante Adhoc del Ministerio de Salud
de la República de Panamá

Dr. Eadio Pérez,
Viceministro de Salud Colectiva del Ministerio
de Salud Pública de República Dominicana



OPS



SECRETARÍA EJECUTIVA
COMISCA
CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA



SICA
Sistema de la Integración
Centroamericana



En este Estudio se plantea una nueva perspectiva del embarazo adolescente, que se presenta como una prioridad de salud pública, no solo por su alto promedio regional, sino también —y sobre todo— por la elevada desigualdad que lo sustenta. En él se recoge evidencia sobre la desigualdad en el riesgo de embarazo por gradiente social, definido según el nivel de desarrollo humano asociado a los territorios subnacionales.

La evidencia generada por el Estudio muestra de manera explícita que la reproducción en la adolescencia —y el embarazo precoz o no intencionado en este grupo etario— se concentra en la población más desfavorecida y depende de patrones de exclusión social. Además, identifica los territorios subnacionales con mayor vulnerabilidad y, por tanto, con más alta prioridad para la implementación de intervenciones de promoción de la salud y prevención del embarazo adolescente. El propósito último es fundamentar decisiones de salud reproductiva más estratégicas y eficientes y, al mismo tiempo, reducir las desigualdades sociales entre los grupos de población y territorios de Centroamérica y República Dominicana. Para ello, se privilegia una acción transformadora basada en una respuesta intersectorial articulada a partir del marco de los determinantes sociales de la salud. En este transitar explícito hacia la salud reproductiva universal de las adolescentes, se cristalizará la promesa de *no dejar a nadie atrás*.

