



Consecuencias socioeconómicas **del embarazo** en la adolescencia en seis países de América Latina y el Caribe

Implementación de la metodología para
estimar el impacto socioeconómico del
embarazo y la maternidad en adolescentes
(Milena) en Argentina, Colombia, Ecuador,
Guatemala, México y Paraguay



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



Créditos

Este estudio fue elaborado en el contexto de la iniciativa regional del Unfpa “165 millones de razones para invertir en adolescencia y juventud” y del “Marco Estratégico Regional para la prevención y reducción del embarazo adolescente no intencional - Una alianza subregional para mejorar la implementación de la política local”.

El proyecto “Consecuencias Socioeconómicas del Embarazo Adolescente” impulsado desde la Oficina Regional de Unfpa para América Latina y el Caribe (Unfpa Lacro) es coordinado por Neus Bernabeu (Asesora Regional de Género y Juventud) y Federico Tobar (Asesor Regional de Aseguramiento de Insumos de Salud Sexual y Reproductiva).

El diseño de la metodología Milena fue desarrollado por Iván Rodríguez Bernate (Consultor Regional en Economía de la Salud) y Federico Tobar.

El estudio Milena de Argentina fue realizado por Julia Frenkel y Javier Curcio.

El estudio Milena de Colombia fue realizado por Marcela Alvear Portaccio.

El estudio Milena de Ecuador fue realizado por Diego Martínez Echeverría, Tathiana Borja Rivadeneira y Ramiro Villarruel.

El estudio Milena de Guatemala fue realizado por Sucely Marleny, Donis Bran y el Oficial de Programa de Salud de Unfpa/Guatemala: Alejandro Silva Rodríguez.

El estudio Milena de México fue realizado por Jorge Reyes Manzano.

El estudio Milena de Paraguay fue realizado por Rubén Gaete y Elizabeth Barrios.

Este informe regional “Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina” fue realizado por Iván Rodríguez Bernate y Federico Tobar con la colaboración de Neus Bernabeu y Mariana Papadópulos.

El capítulo sobre “Consecuencias socioeconómicas adicionales que la pandemia de Covid-19 genera sobre el embarazo adolescente en América Latina y el Caribe” fue elaborado por Evangelina Martich, Federico Tobar e Iván Rodríguez Bernate con aportes de Neus Bernabeu.

Cómo citar este documento:

UNFPA (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regional

Prólogo

El embarazo adolescente y su consecuencia inmediata, la maternidad temprana, configuran uno de los mayores desafíos sociales, políticos y económicos para los países de América Latina y el Caribe. Cuando una adolescente se convierte en madre, sus derechos sexuales y reproductivos, y sus derechos a la salud, educación, entre otros, se ven vulnerados a corto plazo. Sin embargo, las consecuencias se dan también a mediano y largo plazo.

Su potencial de desarrollo, su posibilidad de obtener ingresos dignos y su futuro pueden estar en peligro. Es probable que queden atrapadas en un círculo vicioso de pobreza y exclusión, que las afectará principalmente a ellas, pero que también limitará las oportunidades de sus hijos y, de forma agregada, dada la magnitud del embarazo adolescente en la región, afectará la realidad de sus comunidades y países.

En el mundo, más de 200 millones de mujeres y adolescentes desean postergar o evitar el embarazo, pero no tienen los medios para hacerlo. Además, son las mujeres y las niñas más pobres, miembros de comunidades indígenas, rurales y marginadas, y aquellas en condición de discapacidad, las que tienen menos oportunidades de hacerlo.

América Latina y el Caribe registra la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo. Además, se estima que casi el 18% de los nacimientos en la región corresponden a madres menores de 20 años de edad. Cada año, alrededor de un millón y medio de adolescentes de entre 15 y 19 años dan a luz. Esas cifras, de por sí alarmantes, se tornan más críticas al observar que muchos de estos embarazos son consecuencia de la falta de información, el limitado acceso a métodos anticonceptivos y la violencia sexual y de género. Estos embarazos, que se podrían haber evitado, se traducen en menos oportunidades.

La población adolescente configura el presente y el futuro de la humanidad. De las oportunidades y decisiones de vida que se dan en esta etapa de la vida depende que las adolescentes puedan ingresar a la vida adulta como ciudadanas empoderadas, conocedoras de sus derechos y con habilidades desarrolladas o, por el contrario, inmersas en la pobreza y desigualdad, sin poder decidir sobre su cuerpo, su vida y su mundo.

La maternidad temprana involucra mayores riesgos para la salud de la madre y del(a) niño(a) y, por lo tanto, mayores costos asistenciales en salud. Adicionalmente, los embarazos tempranos se asocian con abandono escolar y menor rendimiento escolar. Un menor nivel educativo limita las oportunidades laborales de la mujer, llevando a menores niveles de participación en el mercado de trabajo formal, menores niveles de remuneración y, con frecuencia, a vivir con una gran carga de trabajo doméstico no remunerado. Paralelamente, al tener menores ingresos, son menores sus contribuciones de impuestos directos e indirectos.

Mirando el vaso medio vacío solo veremos los costos e impactos. Mirando al vaso medio lleno, podemos encontrar oportunidades de desarrollo. De desarrollo humano y de desarrollo económico. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) reconoce como prioridad garantizar los derechos de adolescentes y jóvenes sin discriminación, en especial de las adolescentes. Es necesario que puedan decidir con suficiente información y libertad sobre su sexualidad y reproducción, que logren evitar maternidades tempranas o forzadas y que accedan a oportunidades que les permitan ver que la maternidad no es su única opción.

Para UNFPA, la inversión en adolescencia y juventud es central para el desarrollo sostenible de nuestros países. En este marco, la Oficina Regional para América Latina y el Caribe desarrolla metodologías y herramientas para generar evidencias para el diálogo político. Es el caso de MILENA: Una metodología para medir las consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente.

Este documento pretende ser el primero de una serie de informes a ser publicados con frecuencia anual, que aportarán a la construcción de un panorama del embarazo adolescente en la región. Este primer informe se concentra en mostrar los resultados comparados de los seis primeros estudios de consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente, que fueron implementados en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

El informe destaca los costos sociales del embarazo adolescente para los estados y para las madres, incluyendo la dimensión educativa, la disponibilidad para trabajar fuera del hogar, los niveles diferenciales de desempleo, la remuneración obtenida y los costos asistenciales de la gestación, el parto y el puerperio. Además, comprende la dimensión fiscal (recaudación de impuestos directos e indirectos relacionados con las madres tempranas). Sumados todos esos costos, su impacto sobre la economía nacional se torna significativo y el costo de oportunidad que involucra prevenir el embarazo adolescente se hace aún más relevante.

Por otro lado, el presente informe incluye una evaluación del posible impacto de la pandemia de COVID-19 en el embarazo adolescente en la región, considerando no sólo el incremento de casos sino también los costos adicionales para los países.

Pero esta situación puede cambiar si los países incorporan políticas adecuadas. Para ello, UNFPA promueve un abordaje integral que combine diferentes intervenciones, como remover barreras legales de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva amigables con la adolescencia, extender su cobertura, disponibilizar métodos anti-conceptivos modernos y reforzar el uso y difusión de métodos anticonceptivos de larga duración. Adicionalmente, educación sexual integral dentro y fuera de la escuela, estrategias de prevención y atención de la violencia sexual, programas centrados en las niñas para su empoderamiento y conocimiento de sus derechos y acciones para prevenir el matrimonio y uniones tempranas, entre otras.

Es importante contar con intervenciones sostenibles y de suficiente escala dirigidas a los grupos más vulnerables. Con evidencias y datos de alta calidad, estrategias integradas y sistemas de monitoreo, podremos garantizar que las niñas y adolescentes puedan ejercer sus derechos y aprovechar sus oportunidades de desarrollo. No actuar implica un costo muy alto: No hay tiempo que perder. Nuestro futuro depende de ello.

Harold Robinson

Director Regional

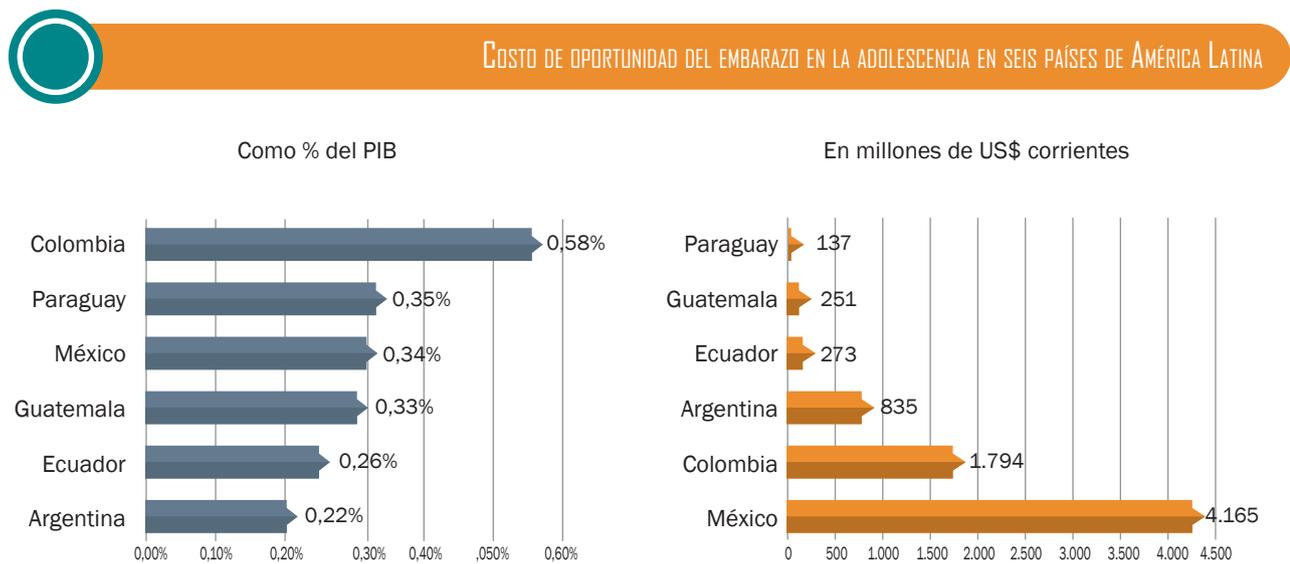
Fondo de Población de las Naciones Unidas
para América Latina y el Caribe

RESUMEN EJECUTIVO

¿Cuánto cuesta el embarazo en la adolescencia a los países?

El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana son fenómenos que impactan fuertemente en la trayectoria de vida de miles de mujeres en América Latina. Sus efectos son múltiples y se extienden tanto al nivel de la educación, como del mercado laboral, de la salud e incluso a las economías nacionales. El presente informe da cuenta de dichos efectos en seis países de la región: Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. Se entiende que la comparación entre ellos arroja información valiosa para comprender el embarazo en la adolescencia y prevenirlo, cobrando especial relevancia su estudio en el contexto de emergencia sanitaria generado por el Covid-19.

El embarazo en la adolescencia no solo puede resultar perjudicial para el desenlace vital de niñas y adolescentes y sus familias, sino que genera costos a nivel agregado que podrían ser evitados. Este informe parte de estimar su costo de oportunidad, es decir, de calcular los gastos que se generan por cada niña o adolescente que atraviesa la maternidad temprana. **Según las estimaciones realizadas para América Latina, el costo de oportunidad promedio del embarazo en la adolescencia es el 0,35% de su PIB¹, el equivalente a 1,242 millones por país y por año.** Si se desagrega esta cifra entre los países considerados en este estudio, los porcentajes oscilan entre 0,22% para el caso de Argentina y 0,58% para el caso de Colombia. En el siguiente gráfico se presentan las cifras correspondientes para cada país:



Fuente: Unfpa - Lacro con base en Informes Milena de cada país

1 El estudio trabaja con un intervalo de confianza de (+/- 0,1%).

¿Qué involucra ese costo de oportunidad?

Por cada niña y adolescente que atraviesa un embarazo temprano, los países destinan recursos para cubrir gastos asistenciales y el Estado pierde ingresos, ya que el embarazo en la adolescencia compromete la participación de estas mujeres en el mercado laboral y su aporte al sistema tributario. Para dar cuenta de este fenómeno y cuantificar sus consecuencias socioeconómicas, la metodología Milena parte de la perspectiva del costo de oportunidad, el cual se estima a partir de calcular los gastos asociados a la asistencia al embarazo en la adolescencia en las diferentes dimensiones, distinguiendo aquellas que afectan a las individualidades de aquellas que se registran a nivel del Estado.

Entre los efectos que se registran sobre las individualidades, se identifica que la maternidad temprana perjudica los ingresos de las mujeres que fueron madres en la adolescencia, ya que suelen alcanzar menores niveles educativos, menores niveles de inserción laboral y menores salarios que aquellas mujeres que postergan su maternidad a la vida adulta.

En cuanto a las que afectan directamente al Estado se identifica una menor recaudación tributaria (como resultado de la disminución en la actividad productiva) y mayor gasto en salud por la atención de los embarazos en adolescentes. Se trata de costos que los Estados deben asumir por la omisión de medidas oportunas de prevención. Estos costos podrían ser evitados si se lograra prevenir los embarazos no intencionales en adolescentes.

¿Cómo se midió el costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia?

Para medir el impacto del embarazo en la adolescencia, la metodología Milena comparó las trayectorias de las mujeres que fueron madres siendo niñas o adolescentes –entre los 10 y 19 años– con las trayectorias de quienes fueron madres en la vida adulta –entre los 20 y los 29 años–. Para ello, se tomó como población de estudio a todas las mujeres que tenían entre 20 y 64 años en el año en que se realizó el estudio (2018 en la mayoría de los casos), distinguiendo dos grupos en su interior:



Grupo 1 – Madres tempranas (mujeres que tuvieron un hijo entre los 10 y 19 años).



Grupo 2 – Madres adultas (mujeres que tuvieron un hijo entre los 20 a 29 años).

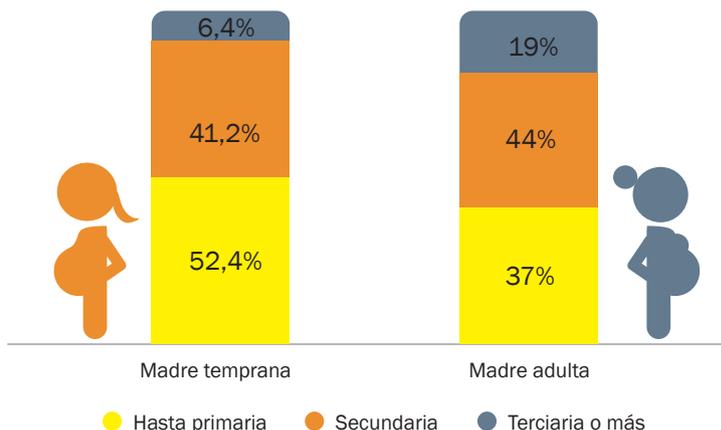
En cada grupo se observaron los perfiles educativos, de ingresos y de participación laboral de las mujeres y se calcularon las brechas generadas por la diferencia de valores entre el Grupo 1 y el Grupo 2 a partir de su valoración monetaria. A continuación, se detallan las conclusiones principales de acuerdo con los resultados obtenidos para cada dimensión.

¿Cómo afecta el embarazo en la adolescencia al nivel de educación alcanzado?

Las mujeres que fueron madres en la adolescencia tuvieron tres veces menos oportunidades de obtener un título universitario que las que decidieron postergar su maternidad a la vida adulta. En promedio, mientras el 18.6% de las mujeres que fueron madres en la primera década de edad adulta (Grupo 2) alcanzaron algún nivel de educación terciaria, solo el 6.4% de quienes fueron madres en la adolescencia (Grupo 1), alcanzaron este nivel. La diferencia entre los dos grupos representa una brecha educativa del 12%. Por otro lado, la proporción de mujeres que como máximo nivel educativo consiguieron completar la secundaria resultó similar para ambos grupos, siendo apenas un 3% superior en el Grupo 2. Por último, una mayor proporción de quienes fueron madres en la adolescencia alcanzó como mayor nivel educativo la primaria completa: el 52.4% en el Grupo 1, contra un 37% en el Grupo 2.



Distribución de las madres tempranas y adultas según nivel educativo alcanzado. Promedio de los países analizados.

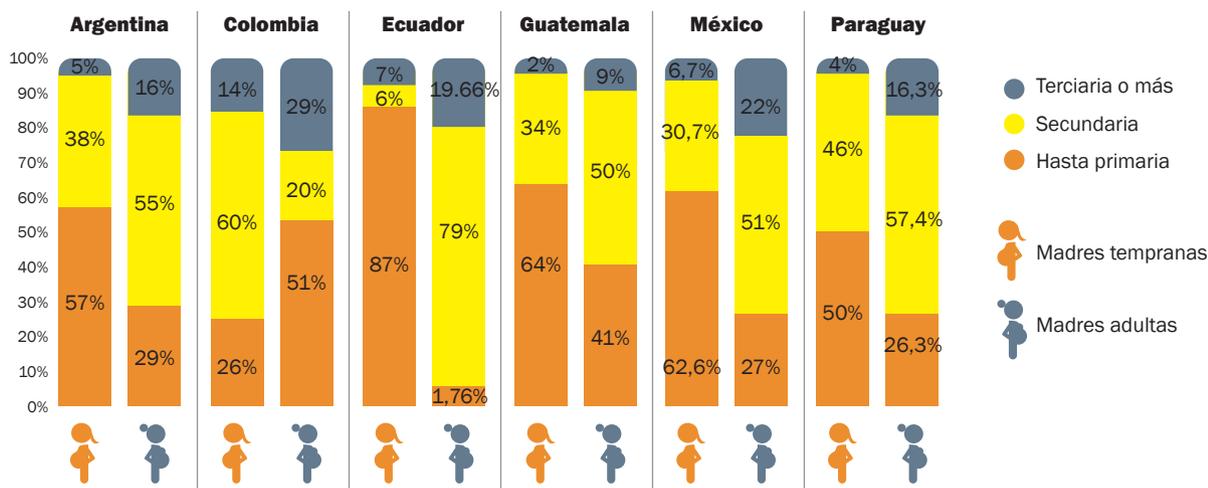


Fuente: Unfpa - Lacro con base en Informes Milena de cada país

La brecha educativa entre los dos grupos de mujeres es estable y consistente entre los países del estudio. Aunque las proporciones de mujeres que alcanzan educación superior (terciaria o más) varían en todos los países, la brecha registrada entre ambos grupos se mantiene relativamente constante. En Argentina es de 11.3%, en Colombia de 14.7%, en Ecuador de 12.2%, en Guatemala de 6.9%, en México de 15.5% y en Paraguay de 12.6%. Cabe destacar que Ecuador no solo es el país que registra la menor brecha educativa (si se tiene en cuenta la proporción de mujeres que alcanza al nivel educativo superior), sino que también registra proporciones relativamente altas de mujeres que alcanzan el máximo nivel educativo en ambos grupos. Esto puede atribuirse a la política educativa que desde hace años viene implementando el país. En la gráfica que se presenta a continuación se puede observar la distribución de las mujeres madres según nivel educativo alcanzado en cada país.



Distribución de las madres tempranas y adultas en cada país, según nivel educativo alcanzado.



Fuente: Unfpa - Lacro con base en Informes Milena de cada país

¿Cuál es el costo de oportunidad de la brecha educativa?

Las mujeres que fueron madres en la adolescencia perciben ingresos más bajos que aquellas que postergaron la maternidad a la vida adulta. Teniendo en cuenta las brechas educativas entre los dos grupos, los ingresos medios por nivel educativo y la tasa de ocupación en mujeres, **el costo per cápita que afronta una mujer que fue madre en la adolescencia debido a su brecha educativa se estima en USD 573 anuales para el año 2018.**

Si se tiene en cuenta a la población de mujeres que fueron madres en la adolescencia en los seis países, **el costo total acumulado debido a la brecha educativa asciende a USD 2,860,960,562.** Este monto se conoce como costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana en el logro educativo. En la tabla a continuación se presenta el costo estimado total de la brecha educativa según cada país.

Costo estimado total de la brecha educativa

Países	Costo de oportunidad total de la educación
Guatemala	\$55,079,664
Ecuador	\$59,626,358
Paraguay	\$96,403,412
Argentina	\$288,097,299
Colombia	\$755,036,404
México	\$1,606,717,425
TOTAL	\$2,860,960,562

Fuente: Unfpa - Lacro con base en Informes Milena de cada país

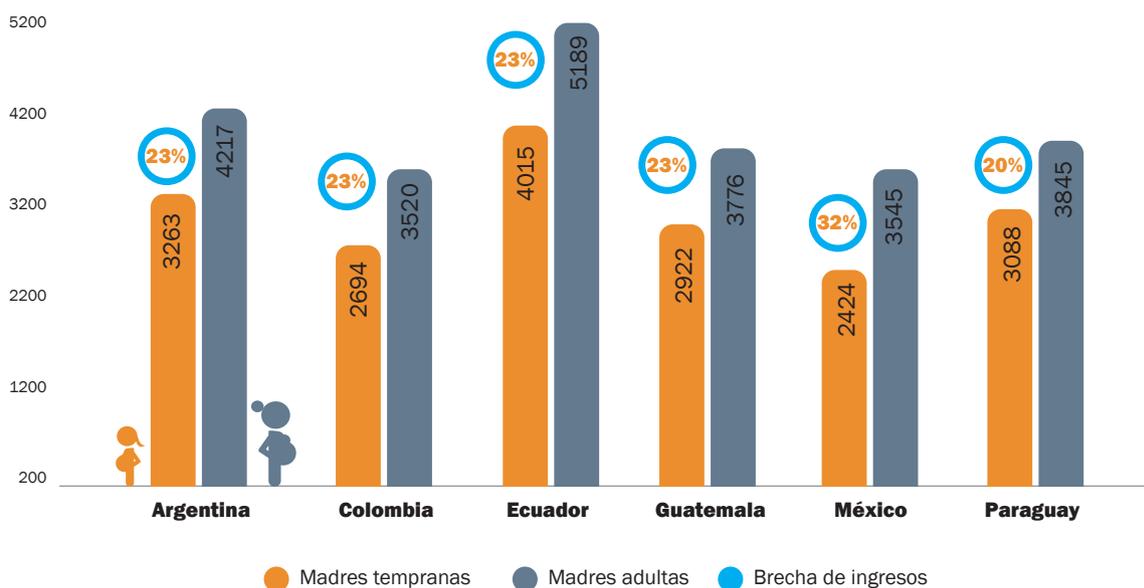
¿Cuánto menos ganan las madres tempranas en sus trabajos?

Las mujeres que fueron madres tempranas ganan en promedio un 24% menos que quienes fueron madres en la vida adulta. Los ingresos laborales anuales de las mujeres del Grupo 1 equivalen a USD 3068, mientras que las del Grupo 2 alcanzan a USD 4015 para el promedio de los países analizados. Esa brecha de ingresos resulta homogénea entre los países, alcanzando un valor máximo en México con un 32% y mínimo en Paraguay con un 20%. Las mujeres que fueron madres durante su adolescencia tienden a registrar trayectorias laborales subóptimas, que les hacen más propensas a caer en condiciones de pobreza y/o que pueden contribuir a que resulte más difícil reunir las condiciones para salir de la pobreza. En otros términos, las brechas de ingresos laborales vinculadas al embarazo en la adolescencia refuerzan lo que se denomina el ciclo de la pobreza.

Para la sociedad en su conjunto la brecha de ingresos representa un costo de oportunidad que asciende a USD 5,091,144,338 en promedio para el conjunto de los países analizados. Dicha cifra contempla a toda la población específica de mujeres que fueron madres en la adolescencia y está en edad de trabajar² junto con la tasa de ocupación en mujeres para cada país. Dos tercios de ese costo de oportunidad corresponden a México y un cuarto a Colombia. En las tablas que se presentan a continuación se muestra el ingreso laboral anual según la edad a la que las mujeres fueron madres, las brechas entre los dos grupos y el costo estimado total de dicha brecha, según cada país

2 Es decir, contempla a mujeres que tienen entre 20 años y la edad de jubilación.

Ingreso laboral anual según la edad a la que fueron madres y brecha de ingresos



Fuente: Unfpa - Lacro, con base en Informes Milena de cada país.

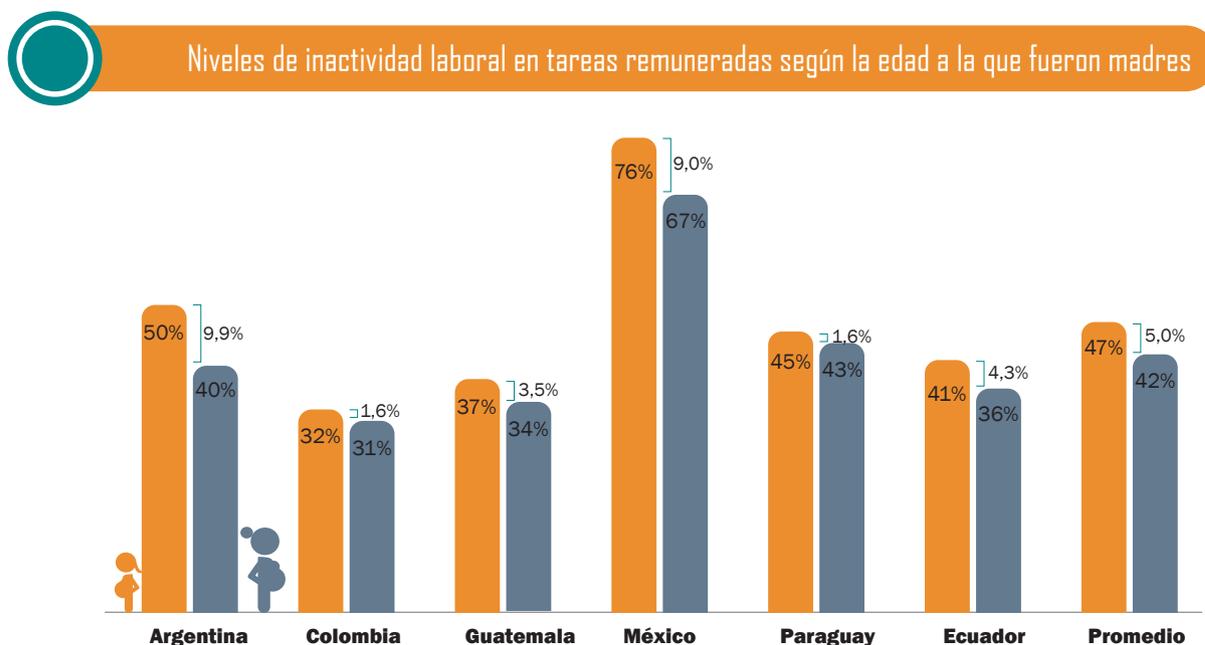
Costo estimado total de la brecha de ingresos laborales

País	Costo de oportunidad total del ingreso laboral
Paraguay	\$97,147,328
Ecuador	\$131,951,572
Guatemala	\$152,189,819
Argentina	\$359,769,400
Colombia	\$1,241,020,684
México	\$3,109,065,535
TOTAL	\$5,091,144,338

Fuente: Unfpa - Lacro con base en Informes Milena de cada país

Una mayor proporción de mujeres que fueron madres en la adolescencia se dedican en forma exclusiva a tareas domésticas no remuneradas, en comparación con aquellas mujeres que fueron madres en la adultez. Ello se verifica a través del cálculo de la tasa de inactividad laboral, la cual refleja la no participación en el mercado laboral formal y, por lo tanto, puede brindar información sobre la realización de tareas domésticas y de cuidado dentro del hogar.

Mientras las mujeres que fueron madres en la adolescencia presentan una tasa de inactividad del 46.8%, las mujeres que fueron madres en edad adulta presentan una tasa del 41.9%, lo que se traduce en unas brechas absoluta y relativa de 4.9% y 11.5% respectivamente.³ En el gráfico a continuación se presentan los niveles de inactividad laboral en tareas remuneradas según la edad en que las mujeres fueron madres según cada país.



Fuente: Unfpa - Lacro con base en Informes Milena de Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

Atender a estas cifras resulta importante ya que los altos niveles de inactividad en el mercado laboral remunerado están estrechamente relacionados con la alta carga de Trabajo Doméstico No Remunerado (TDNR), del cual suelen encargarse las mujeres en general y, más aún, aquellas que experimentan el embarazo temprano⁴.

Por otro lado, las mujeres que fueron madres en la adolescencia registran mayores tasas de desempleo que quienes fueron madres adultas. A pesar de las diferencias en las metodologías de medición del desempleo en cada país⁵, se identificó una brecha de 1.7 puntos en las tasas de desempleo entre estos dos grupos, siendo las madres adolescentes las más afectadas por el desempleo. A continuación, se presentan las cifras para los dos grupos por país.

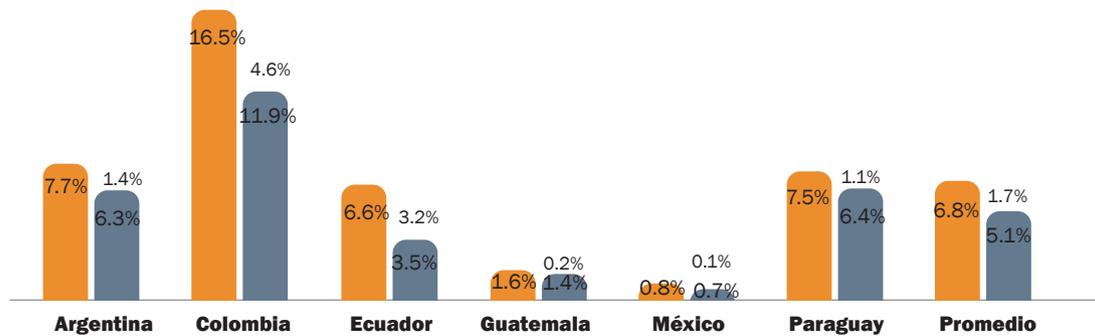
3 La brecha relativa se calcula a partir de realizar la siguiente operación: $(\text{tasa de inactividad del Grupo 1} - \text{tasa de inactividad del grupo 2}) / \text{tasa de inactividad del grupo 2}$.

4 Tal como evidencia Cepal (2019), la brecha de género en cuanto al tiempo destinado al trabajo doméstico no remunerado persiste en todos los países de América Latina y el Caribe. Para un análisis exploratorio del vínculo entre inactividad, TDNR y decisiones reproductivas, ver Gammage, S. et. al., (2020), quienes analizan los casos de Brasil, Paraguay, Uruguay, Sudáfrica, Filipinas y Vietnam. Su estudio muestra que donde las transiciones de fecundidad han sido más pronunciadas, no ha habido automáticamente más empleo y mejores resultados en el mercado laboral para las mujeres, lo que evidencia un estado crítico para la política de apoyo a la transición de las mujeres al empleo formal.

5 La heterogeneidad de las fuentes de datos y sus métodos de medición del desempleo (desocupación) generan altas diferencias en las tasas entre países, lo que representa una barrera a la comparabilidad entre países.



Tasa de Desempleo según la edad a la que fueron madres



Fuente: Unfpa - Lacro con base en Informes Milena de cada país

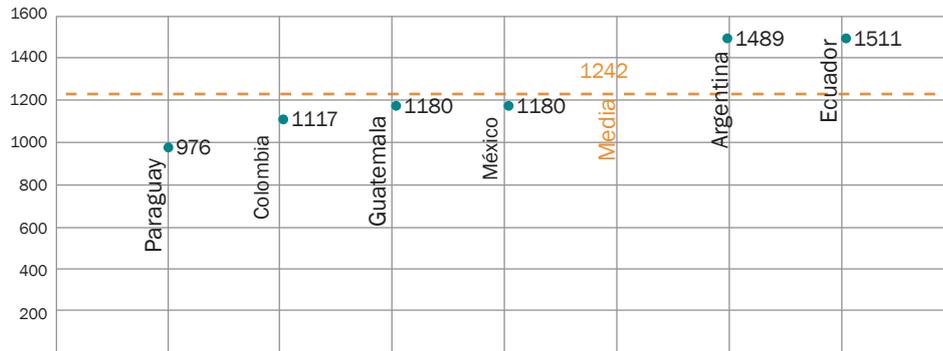
A partir de estas cifras, se estima que el costo de la participación laboral a causa del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana es de USD 295 por mujer y por año, lo que equivale a un total de USD 1,002,242,880 para el conjunto de los seis países analizados. Esos números representan el efecto combinado de una menor participación en el mercado laboral (y mayor tendencia al TDNR) junto a una mayor tasa de desempleo de quienes han sido madres en la adolescencia. En la tabla siguiente se presenta el costo estimado total de la brecha de participación laboral entre las mujeres que son madres según el país.

Costo estimado total de la brecha de participación laboral.

Países	Total
Paraguay	\$28,012,965
Ecuador	\$54,813,427
Guatemala	\$58,159,790
México	\$164,550,286
Argentina	\$207,982,690
Colombia	\$488,723,722
TOTAL	\$1,002,242,880

Fuente: Unfpa - Lacro con base en Informes Milena de cada país

Una mujer que fue madre en la adolescencia pierde la posibilidad de ganar en promedio USD 1243, cifra que se obtiene al comparar con los ingresos de una mujer que fue madre en la edad adulta. Ese es el costo total de oportunidad de la actividad productiva, que surge de sumar el costo de los ingresos disminuidos (por la brecha educativa) y el costo de la participación laboral disminuida (por mayor dedicación a TDNR y menor participación en el mercado laboral). **Considerando a toda la población de mujeres de los países del estudio, se estima que el costo de oportunidad total de la actividad productiva representa, en promedio, el 0.29% del PIB.** Los resultados per cápita desagregados por país se presentan en la gráfica siguiente.



Fuente: Unfpa - Lacro con base en Informes Milena de cada país

¿Cuánto deja de recaudar el Estado debido al embarazo en la adolescencia?

Los Estados de los seis países que contempla este informe dejaron de recaudar, en 2018, un total de USD 746,118,322, lo que equivale a USD 110 por cada mujer que experimentó un embarazo en la adolescencia. Esto se debe a la reducción en la recaudación tributaria del Estado. Milena toma como referencia el impuesto indirecto que se aplica a la circulación de mercancías, también llamado impuesto al consumo (Impoconsumo) o Impuesto al Valor Agregado (IVA), y los impuestos sobre las rentas (en algunos países conocido como ISR, o impuesto a las ganancias de las personas físicas o Imporenta). Los mismos constituyen el 56% y el 44% respectivamente. A continuación, se presentan las cifras de la recaudación no recibida por IVA o ISR, desagregados por país.

Recaudación no recibida por IVA e ISR

País	Total
Paraguay	\$4,853,925
Ecuador	\$9,585,687
Guatemala	\$19,134,823
Colombia	\$60,520,522
Argentina	\$66,438,967
México	\$585,584,398
TOTAL	\$746,118,322

Fuente: Unfpa - Lacro con base en Informes Milena de cada país

¿Cuánto le cuesta al Estado la atención médica del embarazo en la adolescencia?

Los gastos que los servicios públicos de salud realizan para cuidados de la gestación, el parto y el puerperio vinculados al embarazo en la adolescencia, varían entre 6.7 y 305 millones de dólares por país. En los países de estudio, el costo promedio de la atención del parto único espontáneo o natural y del parto único por cesárea es de USD 679 y USD 997 por mujer, respectivamente –sin incluir los cuidados prenatales y del posparto, las atenciones del recién nacido, ni las complicaciones obstétricas–. Es necesario destacar que los procedimientos de costeo aplicados son diferentes según los países, ya que en algunos se implementó un microcosteo y en otros un macrocosteo. Es por esto que en este informe se optó por no considerar un monto total agregado de los seis países.

El gasto asistencial que podría evitarse con prevención del embarazo en la adolescencia, oscila entre los 4,8 y los 211 millones de dólares por año. Esto se traduce en niveles de ahorro que irían entre el 60% y el 72% si esos embarazos se hubiesen prevenido efectivamente. Para maximizar este ahorro, es necesario reducir la tasa de embarazos no intencionales en la adolescencia. A continuación, se presentan las cifras por país del gasto público destinado a la atención del embarazo en la adolescencia, así como el gasto evitable con su prevención efectiva.

Gasto del sector público en la atención del embarazo en la adolescencia y el gasto evitable con prevención efectiva del embarazo no intencional

País	Gasto del sector público en la atención del EA ¹	Gasto evitable con prevención efectiva de embarazo no intencional en la adolescencia	Tasa de embarazos no intencionales en la adolescencia
Argentina	\$ 200,520,723	\$ 140,364,506	70.0%
Colombia*	\$ 4,076,560	\$ 2,922,894	71.7%
Ecuador	\$ 76,898,454	\$ 55,136,191.34	71.7%
Guatemala	\$ 21,545,379	\$ 12,991,863.53	60.3%
México	\$ 305,891,932	\$ 211,371,325.06	69.1%
Paraguay	\$ 6,707,859	\$ 4,809,535.08	71.7%

1. Los gastos no son comparables, en sentido estricto, dado que cada país los estimó con una metodología y no en todos los casos se incluyeron las mismas categorías de atenciones.

Fuente: Unfpa - Lacro con base en informes Milena de cada país.

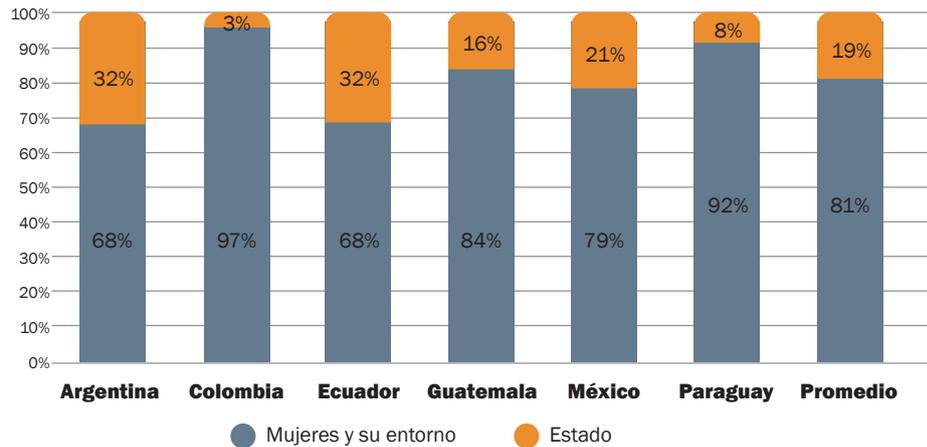
* La información recopilada en Colombia corresponde a un conjunto de Empresas Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo, conocido como “EPS de selección”. Así, esta información corresponde a un segmento específico de un esquema de aseguramiento en salud, cuya cobertura se estima en una cuarta parte de la población total afiliada al sistema de salud colombiano.

¿Quién paga el mayor costo del embarazo en la adolescencia en América Latina?

El 81% del costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia recae sobre las mujeres que fueron madres. Ese porcentaje es aún mayor en Colombia (97%) y en Paraguay (92%), resultando proporcionalmente mayor en los países con mayor carga fiscal. Para los Estados, el costo es aún mayor en aquellos países donde la respuesta del sistema de salud público es mayor, como Argentina y Ecuador, donde el costo de oportunidad del embarazo adolescente representa 32% del costo total. En la gráfica que se presenta a continuación se puede observar la composición del costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia en cada país según sobre quién recae.



Composición del costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia en cada país según sobre quien recae

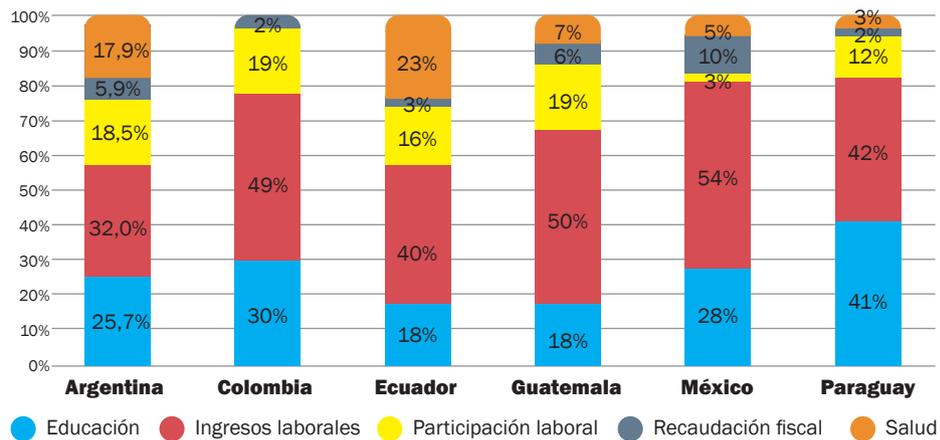


Fuente: Unfpa - Lacro con base en Informes Milena de cada país. En el caso de Colombia el costo sobre el Estado no incluye los Gastos en Salud.

Dos tercios del costo de oportunidad que representa el embarazo en la adolescencia en América Latina se explican por los menores ingresos laborales que obtienen las madres tempranas, si se compara con los ingresos de las mujeres que fueron madres en la vida adulta. Solo en los dos países en que el gasto público es significativo (Argentina y Ecuador) el peso relativo del costo de oportunidad de los ingresos laborales resulta menor.



Composición del costo de oportunidad del embarazo en la adolescencia en cada país



Fuente: Unfpa - Lacro con base en Informes Milena de cada país. En el caso de Colombia el costo sobre el Estado no incluye los Gastos en Salud.

Tal como se observa en la información presentada anteriormente, el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana son fenómenos que no solo alteran las trayectorias de vida de miles de niñas y adolescentes de la región, sino que también inciden en el rumbo de las economías nacionales, comprometiendo su potencial de crecimiento y desarrollo. En este sentido, resulta fundamental que los países generen y profundicen en políticas públicas que logren reducir la cantidad de embarazos no intencionales en la adolescencia. Frente a este desafío, el proyecto que implementa la metodología Milena busca aportar evidencias que contribuyan a garantizar los Derechos Humanos de todas las niñas y adolescentes de la región, así como al bienestar de la sociedad en su conjunto.

¿Cómo afecta el Covid-19 al embarazo en la adolescencia en América Latina?

Los efectos de la pandemia de Covid-19 en América Latina sobre el embarazo en la adolescencia se pueden cuantificar en alrededor de medio millón de embarazos adicionales, ocasionando costos económicos de 606,9 millones de dólares. En este estudio se consideraron tres escenarios alternativos que buscan evaluar dicho impacto. En primer lugar, se presenta un escenario conservador, donde no se considera que el Covid-19 genere un impacto diferencial en el acceso de las adolescentes a los anticonceptivos, sino que asume que impacta de igual forma que en las mujeres adultas. En segundo lugar, se presenta un escenario moderado, en el cual se asume que el impacto del Covid-19 sobre el acceso a los anticonceptivos modernos resultará un 20% más fuerte para las adolescentes que para las mujeres adultas. En tercer lugar, se presenta un escenario extremo, donde se consideró que el confinamiento incrementaría los embarazos en la adolescencia a causa de abusos sexuales hacia niñas y adolescentes expuestas a un mayor riesgo dentro del hogar y a privaciones en el acceso a métodos anticonceptivos. Como resultado en este último escenario, la tasa de natalidad aumentaría un 5%.

Tabla de contenido

19	Presentación
21	Introducción La situación del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe
24	La metodología Milena para análisis de impactos socioeconómicos del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe
27	Sección 1. Consecuencias del embarazo en la adolescencia que se registran al nivel de la sociedad
29	1.1 Consecuencias del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre la educación
32	1.2 Consecuencias del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre los ingresos laborales
34	1.3 Consecuencias del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre la participación laboral
39	Sección 2. Consecuencias del embarazo en la adolescencia sobre la recaudación y gastos del Estado
41	1.4 Consecuencias del EA y la MT sobre la actividad productiva y el recaudo del Estado
44	1.5 Consecuencias del EA y la MT sobre los costos en salud
44	Desenlaces de salud pública con relevancia social
45	Atenciones en salud de los embarazos adolescentes
47	1.5.1 El embarazo en la adolescencia en Argentina
48	1.5.2 El embarazo en la adolescencia en Colombia
48	1.5.3 El embarazo en la adolescencia en Ecuador
49	1.5.4 El embarazo en la adolescencia en Guatemala
49	1.5.5 El embarazo en la adolescencia en México
50	1.5.6 El embarazo en la adolescencia en Paraguay
51	Conclusiones y recomendaciones
57	Sección 3. Consecuencias socioeconómicas adicionales que la pandemia de Covid-19 genera sobre el embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe
66	Referencias

Glosario

AVP:	Años de vida potencial perdidos.
AVPP:	Años perdidos de vida productiva potencial.
Cepal:	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CO:	Costo de oportunidad.
DHS:	Demografía y Salud.
EA:	Embarazo en la adolescencia.
ENDS:	Encuesta Nacional de Demografía y Salud.
ENIA:	Embarazo no Intencional en la Adolescencia.
EPS:	Empresas Promotoras de Salud.
IVA:	Impuesto al Valor Agregado.
ISR:	Impuestos sobre las rentas.
ITS:	Infecciones de transmisión sexual.
IMSS:	Instituto Mexicano del Seguro Social.
INEC:	Instituto Nacional de Estadística y Censos de Ecuador.
ISSSTE:	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (México).
LAC:	América Latina y el Caribe.
Milena:	Metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe.
Minfin:	Ministerio de Finanzas Públicas.
MT:	Maternidad temprana.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
PIB:	Producto Interno Bruto.
RMMA:	Razón de mortalidad materna en adolescentes.
RN:	Recién nacidos.
Sedena:	Secretaría de Defensa Nacional (México).
Semar:	Secretaría de Marina (México).
Ssiev:	Subsistema de Información de Estadísticas Vitales.
Sinac:	Subsistema de Información sobre Nacimientos en México.
TEFA:	Tasa específica de fecundidad adolescente.
TDNR:	Trabajo Doméstico No Remunerado.
Unfpa:	Fondo de Población de Naciones Unidas.
UT:	Uniones Tempranas.

Reducir el estigma, minimizar las consecuencias sociales y económicas de los embarazos no deseados, mejorar el acceso a anticonceptivos modernos altamente efectivos y garantizar abortos legales y seguros generarían mejoras tangibles para la salud. Aquellos que tienen una motivación real para proteger y apoyar a las mujeres y los niños deben buscar investigación, no conceptos erróneos, para informar la toma de decisiones.

(The Lancet, 2018)

Presentación

El embarazo en la adolescencia es un problema multidimensional que impacta en la vida de miles de niñas y adolescentes de América Latina, cuyos efectos se expanden al plano sanitario, social e incluso económico. En un estudio reciente (Unfpa, 2019) se encontró que las mujeres que se convierten en madres durante la adolescencia alcanzan menos años de educación formal, acceden a peores condiciones de empleo y a salarios más bajos que aquellas que deciden postergar su maternidad a la vida adulta. A su vez, se encuentran más expuestas a sufrir violencia por parte de sus parejas y son vulnerables a una mayor dependencia general. En el plano familiar o núcleo primario, el embarazo en la adolescencia se asocia con la reproducción de la pobreza intergeneracional, ya que los hijos e hijas de madres adolescentes también suelen alcanzar menos años de educación formal, lo que probablemente dificulte su acceso a mejores condiciones de empleo en el futuro. Además, las madres adolescentes y sus hijos suelen tener dificultades en el acceso a la vivienda perpetuando así vulnerabilidades de diversa índole. A nivel macro, el embarazo en la adolescencia impacta disminuyendo la participación de estas mujeres en el mercado formal de empleo, lo cual se traduce en una pérdida de productividad potencial y en una mayor dependencia de programas sociales.

La evolución de la fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe se ha caracterizado por un lento descenso, no solo en comparación con la disminución registrada por la fecundidad global en la misma región, sino también en comparación con el descenso de la fecundidad adolescente en el resto del mundo. Sin embargo, el informe “Estado de la Población Mundial 2018” establece que las tasas de fecundidad de adolescentes de entre 15 y 19 años y de jóvenes de 20 a 24 años en América Latina, superan a las registradas en otras regiones con tasas globales de fecundidad similares (Unfpa, 2018). De los 777.000 embarazos en adolescentes menores a 15 años registrados en regiones en desarrollo en 2016, el 14% corresponden a madres de América Latina y el Caribe. La cifra cobra aún más relevancia si se considera que las mujeres de menos de 15 años de la región representan solo el 8% del total mundial.

Según datos de 2016, el 74% de los embarazos en adolescentes en la región fueron no planificados, lo que advierte sobre la falta de inversión social en niñas y adolescentes para brindarles elementos que les permitan tomar decisiones sobre su reproducción con un criterio formado, informado, libre y oportuno (Starrs et al., 2018). Los países deben atender estas cifras, ya que las tasas elevadas de fecundidad adolescente no solo se traducen en perjuicios en las vidas de miles de niñas y adolescentes, sino que también generan costos para los países que comprometen el potencial de crecimiento que ofrece el bono demográfico.

En este informe se analizan las consecuencias del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana, brindando información relevante para los tomadores de decisión y para el público en general, a partir de identificar la necesidad de incorporar y profundizar en políticas públicas en infancia y adolescencia temprana. El mismo se enmarca en la estrategia regional “165 millones de razones: un llamado a la acción para la inversión en Adolescencia y Juventud en América Latina y el Caribe”, como parte del compromiso de Unfpa con el respaldo a las poblaciones de adolescentes y jóvenes en su búsqueda decidida por ser escuchados y acompañados en la toma de decisiones vitales para su futuro. A su vez, pretende complementar los aportes generados en trabajos preliminares sobre los rasgos principales del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana (Rodríguez-Vignoli & Cavenaghi, 2014; Starrs et al., 2018; Tobar, 2015; entre otros).

Aquí se documenta la primera fase de implementación de la “Metodología de Impactos Socioeconómicos del Embarazo Adolescente en América Latina y el Caribe - Milena”, en seis países de la región: Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. En la primera sección, se presentan las evidencias de las consecuencias del embarazo en la adolescencia a nivel de la sociedad, incluyendo las consecuencias sobre logros educativos, ingresos y participación laboral – empleo y actividad –. En la segunda sección se presentan los costos de omisión obtenidos, es decir, las consecuencias para el Estado por no lograr una prevención efectiva de los embarazos no intencionados en adolescentes, que incluyen la disminución en la recaudación tributaria y el gasto público en la atención del embarazo, parto y puerperio en adolescentes. Por último, en la tercera sección se incluye un análisis de las consecuencias adicionales de la pandemia generada por el Covid-19 sobre el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana en América Latina.

Introducción

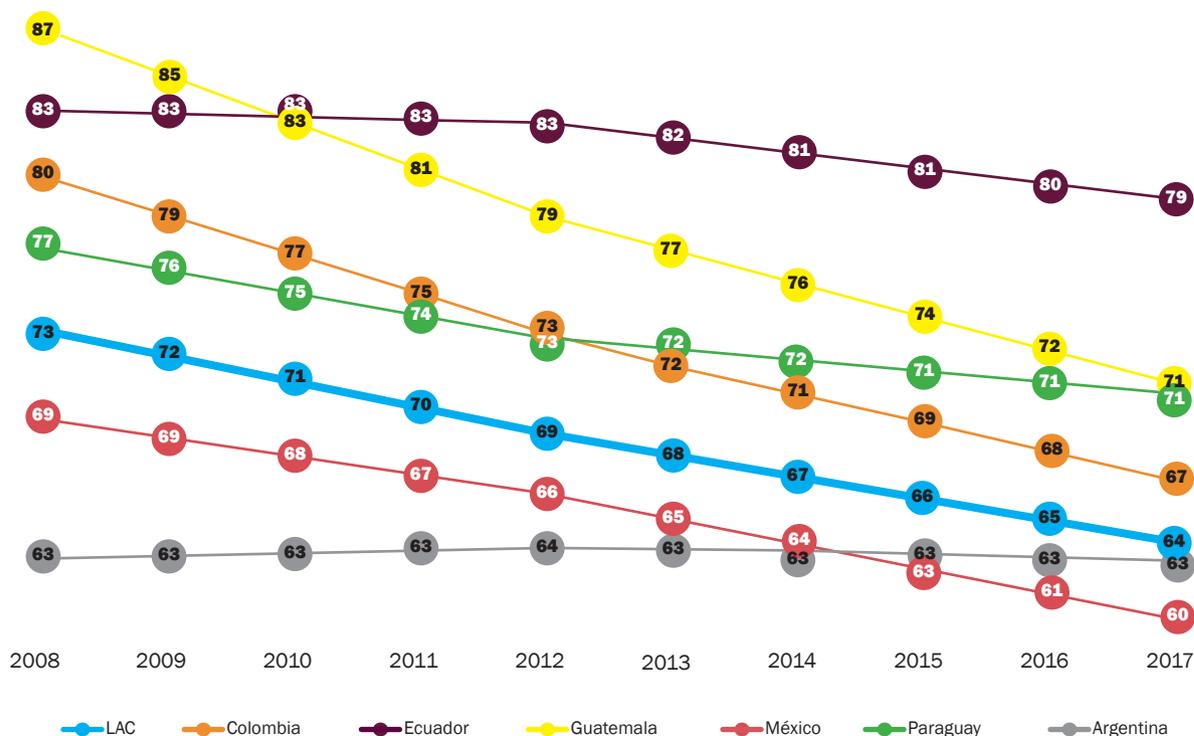
La situación del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe

Tal como se mencionó en la introducción, el embarazo en la adolescencia es un fenómeno complejo que debe ser trabajado desde las políticas públicas para fomentar el bienestar y el desarrollo tanto de las mujeres y niñas como de la sociedad en su conjunto. En términos generales, la cantidad de embarazos en adolescentes sobre el total de esta población ha disminuido en América Latina, lo que se traduce en un descenso de la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA)⁶ durante la última década, ubicándose en 64 hijos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años. En la Ilustración 1 se puede observar la evolución de esta cifra de 2007 al 2018 en los países que forman parte de este estudio.

A pesar del constante descenso de la TEFA, aún persisten algunos problemas que desafían a la región en términos de políticas públicas, sociales y poblacionales, entre los que se destacan:

1

Ilustración 1: Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA) 2008-2017 en países de LAC.



Fuente: Banco Mundial. Interpolaciones lineales con base en United Nations Population Division, World Population Prospects.

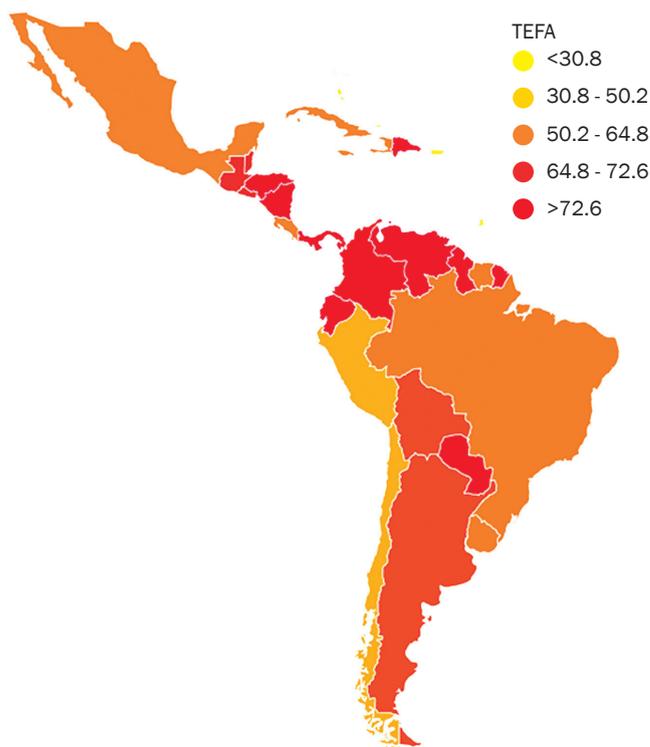
6 La Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA) refiere a la cantidad de hijos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años.

- La TEFA en América Latina y el Caribe (LAC) aún es mayor que el promedio global (46 hijos cada mil mujeres) y sólo es superada por África Subsahariana (103 hijos por cada mil mujeres).
- Si bien la TEFA ha descendido en los últimos años, lo hace a un ritmo más lento que la Tasa Global de Fecundidad (Tobar, 2015).
- Si bien hay mujeres latinoamericanas que están posponiendo su fecundidad a edades más avanzadas (30 a 35 años), hay mujeres que tienen su primer hijo o hija en la adolescencia (entre los 15 y los 19 años). En muchos casos esto responde a situaciones de desigualdad, vulnerabilidad y exclusión (Lima, Zeman, Sobotka, Nathan & Castro, 2018; Pardo & Cabella, 2018).
- Más de la mitad de los embarazos en la adolescencia son no deseados o no planeados. De acuerdo con las encuestas de Demografía y Salud (DHS), entre las mujeres de 15 a 19 años, el porcentaje de hijos de primer orden que fueron deseados o planeados es menor al 30% en Perú y Haití, al 35% en Bolivia y Colombia y, llega hasta el 41% en el caso de República Dominicana (Rodríguez Vignoli, 2017).

De acuerdo con la División de Población de Naciones Unidas, en 2017 la TEFA en los países de LAC oscila desde 41 por cada mil adolescentes (para el caso de Chile), a 57 por cada mil (como es el caso de Perú) a 85 por cada mil (como en Nicaragua) y llega hasta 94 por cada mil (en República Dominicana). En la siguiente ilustración se observa la TEFA en América Latina, desagregada por países.

2

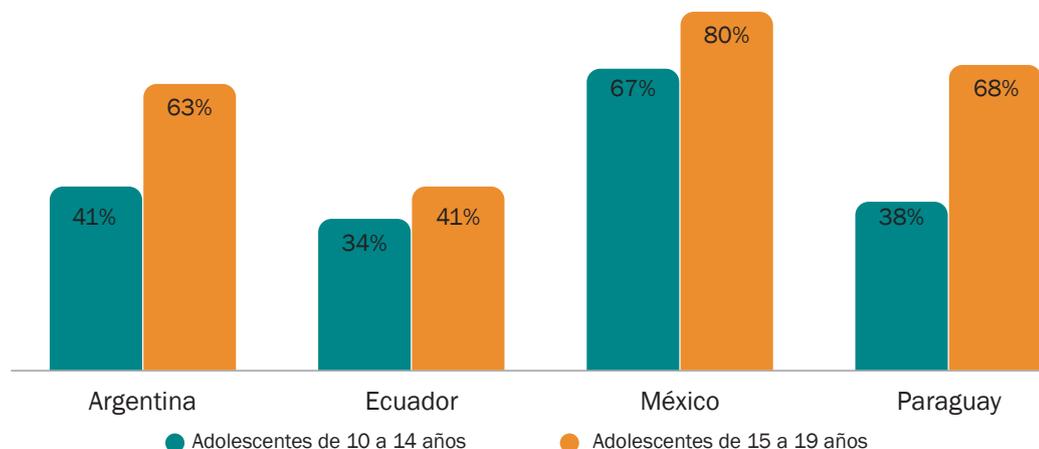
Ilustración 2: Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA) en América Latina y El Caribe, 2017.



Fuente: Elaboración propia con base en Banco Mundial (Interpolación lineal con base en United Nations Population Division, World Population Prospects).

Uno de los factores que inciden en el crecimiento de la TEFA es la prevalencia de las Uniones Tempranas (UT), las cuales son consideradas determinantes para el embarazo en la adolescencia. De acuerdo con las implementaciones de la metodología Milena en cada país, al menos 34% de las niñas de 10 a 14 años y al menos el 41% de las adolescentes de 15 a 19 años declaran estar -o haber estado- unidas. En el caso de México esta proporción asciende al 80% de las adolescentes que fueron madres. En la ilustración 3 se muestran los porcentajes de adolescentes que declararon estar -o haber estado- unidas al momento de tener su primer hijo, según país de residencia.

3 Ilustración 3: Adolescentes que declararon estar -o haber estado- unidas al momento en que tuvo el hijo*



*La ilustración sólo contiene los países en los que se pudieron obtener las uniones para los dos grupos de edad.

Fuentes: Elaboración propia con base en:

1. Estudio Milena Ecuador, con base en Estadísticas de Nacimientos (INEC, 2018).
2. Estudio Milena Argentina, con base en Dirección de Estadísticas e Información en Salud, DEIS, (Secretaría de Salud de la Nación, 2017)
3. Estudio Milena Paraguay, con base en Subsistema de Estadísticas Vitales, SsieV – Digies, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS, 2018).
4. Estudio Milena México, con base en SS/Subsistema de Información sobre Nacimientos (Sinac, 2018).

En el caso de Colombia, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2015), del total de adolescentes madres entre 13 y 19 años, el 59% están en algún tipo de unión, principalmente en unión libre (56%).⁷ Por otro lado, Guatemala presenta una situación muy diferente a los 5 países mencionados, pues, del total de adolescentes madres, solo el 11,3% se reportó casada y ninguna se encontraba en unión libre, según indican las Estadísticas Vitales del Instituto Nacional de Estadística para 2017.⁸

Esta situación debe ser atendida por los creadores de políticas sociales y de población y desarrollo, ya que las UT son la expresión de factores culturales y contextuales -como las desigualdades y violencias de género-, las cuales reducen las capacidades y posibilidades que le permiten a la niña o adolescente establecer los cimientos de su autonomía física. En este sentido, también es posible que los países deban fortalecer la observancia de sus normas sobre estupro y el abuso sexual infantil, ya que la numerosa presencia de UT pueden ser indicio de violaciones a los derechos de niñas y adolescentes de la región.

7 Unfpa Colombia (2020), Estudio Milena Colombia.

8 Unfpa Guatemala (2020), Estudio Milena Guatemala.

La metodología Milena para análisis de impactos socioeconómicos del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe

Propuesta desde la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa Lacro), la metodología Milena mide de manera homogénea las consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia (EA) y la maternidad temprana (MT) en diferentes países de la región con la finalidad de que sus resultados sean comparables entre sí. Para ello, estima el impacto del EA y la MT sobre cinco dimensiones, distinguiendo entre las que impactan en las propias mujeres y su entorno (o socioeconómicas) y las que impactan sobre el Estado. Las primeras son aquellas que contemplan los efectos directos sobre las trayectorias vitales de las mujeres, es decir: I) nivel educativo, II) ingresos y III) participación laboral. Mientras que las segundas son aquellas que se utilizan para observar los gastos generados por el EA en: IV) atención médica de la gestación, el parto y el puerperio e V) Ingresos fiscales percibidos por el Estado a través de impuestos que se dejan de percibir por no prevenir el (ver ilustración 4).



Para observar los efectos del EA y la MT sobre estas dimensiones, la metodología Milena define como población de estudio a todas las mujeres que, al año de implementación, declararon tener entre 20 y 64 años. A su vez, realiza un estudio de comparación segmentando dos grupos de interés al interior de esta población:

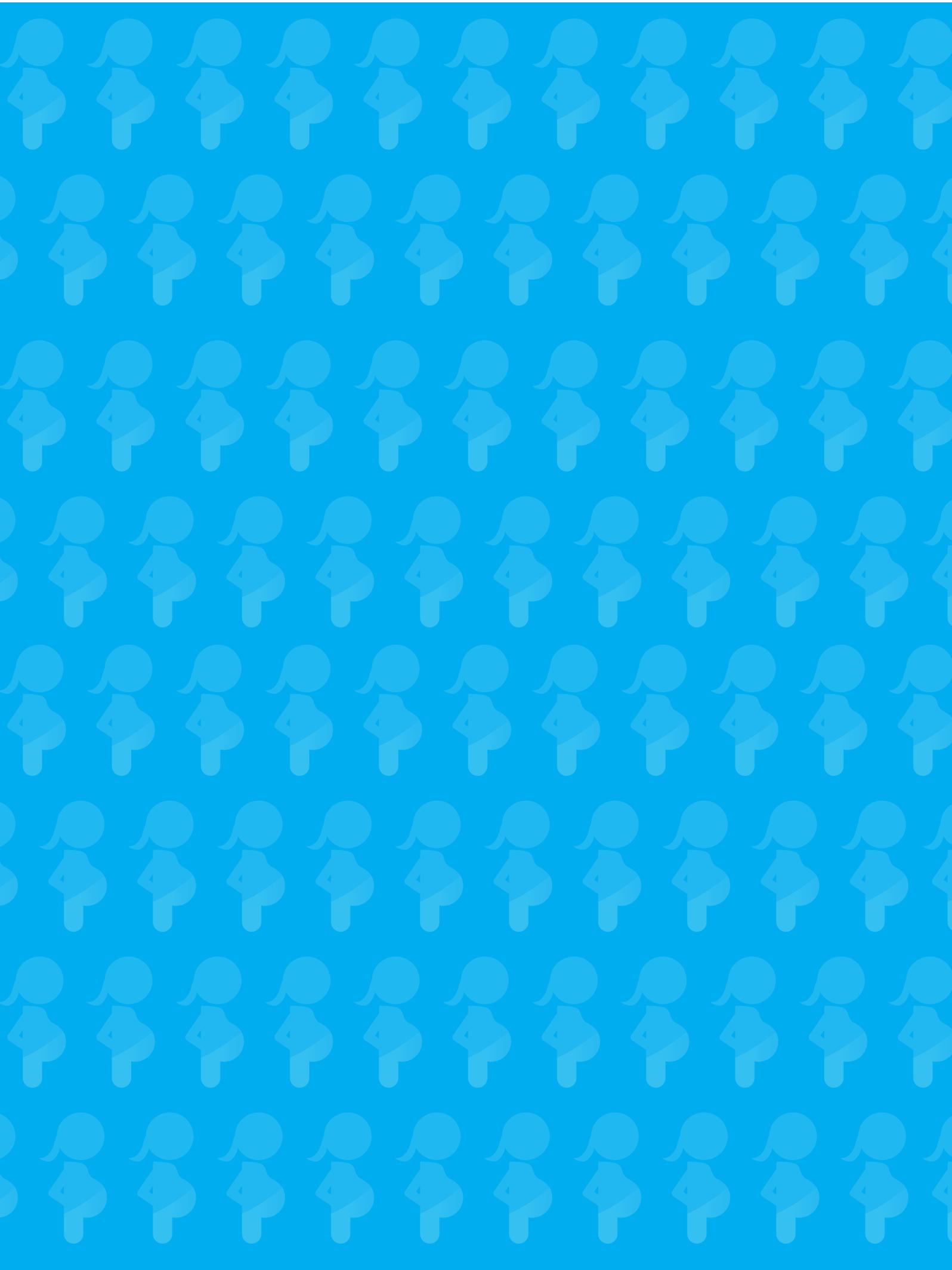
- Grupo 1 – Madres tempranas: mujeres que tuvieron un hijo en la adolescencia (10 a 19 años).
- Grupo 2 – Madres adultas: mujeres que tuvieron un hijo en la edad adulta (20 a 29 años).

Para cada grupo se observan los perfiles educativos, de ingresos y de participación laboral. A su vez, para cada una de estas dimensiones se calculan las brechas entre los dos grupos, estimando su valoración monetaria y calculando su costo de oportunidad.

Si bien no hay una única definición internacionalmente aceptada de adolescencia, el grupo de edad utilizado por las Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) es de 10 a 19 años. Milena adopta esta categorización y la toma como el rango etario de interés. A su vez, reconoce que dentro de este amplio rango existen diferentes características y perfiles, según si son adolescentes jóvenes (10 a 14 años), adolescentes intermedios (15 a 17) o adolescentes avanzados (18 y 19 años).

Las bases conceptuales y metodológicas del modelo Milena fueron presentadas en Unfpa (2019) y parten desde estudios previos impulsados desde dicha organización, en especial un estudio pionero realizado en El Salvador (Unfpa, 2017), así como investigaciones realizadas por Altamirano, Pacheco, Huelva, Sáenz, & López en Nicaragua (2016) y la medición propuesta por Chaaban & Cunningham (2011).

La finalidad última de esta metodología es que, a través de su implementación, los países de la región generen evidencias pertinentes sobre las consecuencias adversas del EA y la MT y, a su vez, mejoren la comprensión sobre los beneficios económicos, sociales y de salud pública que tiene invertir en la prevención del EA y en la atenuación de los efectos indeseados de la MT. Dicho de otro modo, invertir en la prevención del EA es invertir socialmente en niñas y adolescentes para garantizar una trayectoria de vida que les permita alcanzar su mayor potencial humano.



Sección 1.

Consecuencias del embarazo en la adolescencia que se registran al nivel de la sociedad



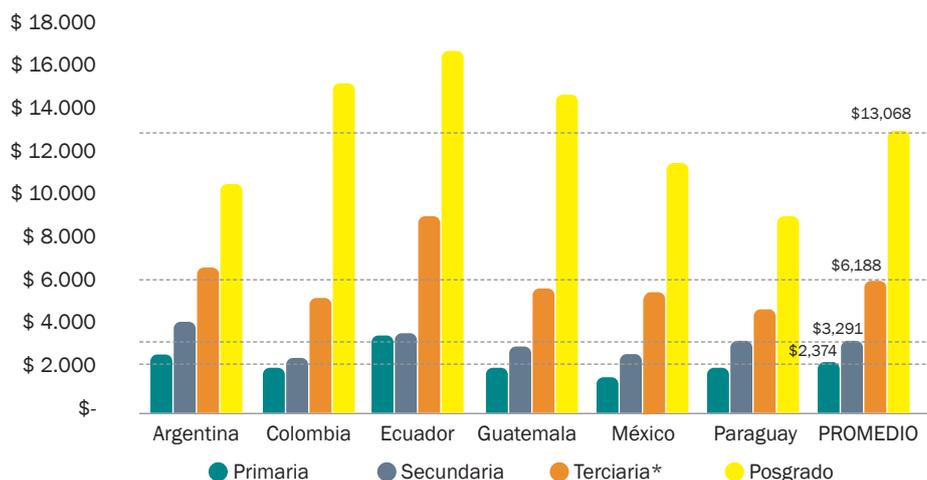
En su primera fase, la metodología Milena se implementó en seis países de América Latina y el Caribe -Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay-, para los cuales se obtuvieron resultados consistentes. Se evidenciaron brechas educativas, de ingresos laborales, de desempleo y de actividad laboral que demuestran diferencias entre los dos grupos de interés (Grupo 1 y Grupo 2). Las estimaciones del impacto del EA y de la MT sobre cada una de las dimensiones propuestas se presentan a continuación.

1.1. Consecuencias del EA y la MT sobre la educación

Con base en los estudios al nivel nacional, se encontró que los ingresos de las mujeres que completaron educación terciaria de posgrado en la región son, en promedio, 5.5 veces más altos que los ingresos de las mujeres que solo completaron primaria, 4 veces más altos que los de las mujeres con educación secundaria y 2.1 veces más altos que los de las mujeres que completaron educación terciaria de grado (licenciatura, profesional). En la ilustración 5 se puede observar la distribución de ingreso promedio según nivel educativo.

5

Ilustración 5: Ingreso laboral promedio según nivel educativo.

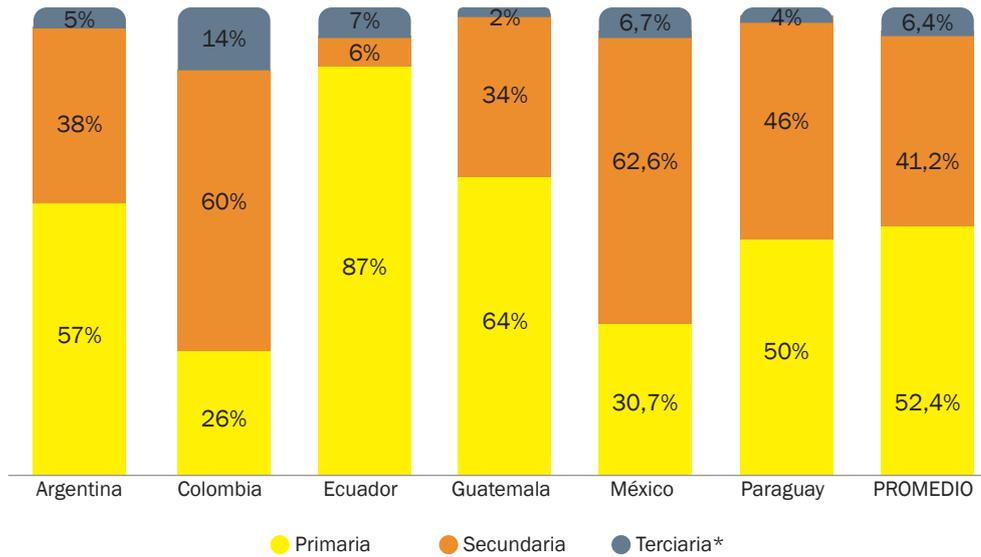


Fuente y elaboración: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

En promedio, mientras que el 18.6% de las mujeres que fueron madres en la primera década de edad adulta (Grupo 2) alcanzaron algún nivel de educación terciaria⁹, solo el 6.4% de quienes fueron madres en la adolescencia (Grupo 1) alcanzaron este nivel (ilustraciones 6 y 7).

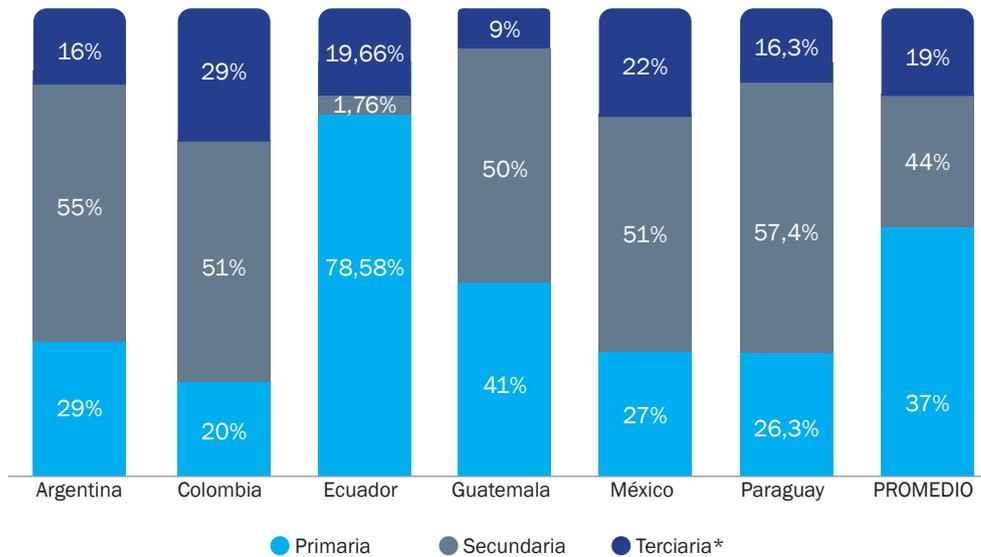
9 Comprende educación terciaria de ciclo corto, terciaria de grado (licenciatura) y terciaria de posgrado (especialización, máster, maestría o doctorado).

6

Ilustración 6: Distribución por nivel educativo de las mujeres que fueron madres en la adolescencia


Fuente y elaboración: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

7

Ilustración 7: Distribución por nivel educativo de las mujeres que fueron madres en primera década de edad adulta


Fuente y elaboración: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

Estos valores se traducen en una brecha de educación terciaria de 12,2%, en promedio. Esta brecha es del 11.3% para Argentina, 14.7% en Colombia, 12.2% en Ecuador, 6.9% en Guatemala, 15.5% en México y 12.6% en Paraguay.

Teniendo en cuenta las brechas educativas entre los dos grupos, los ingresos medios por nivel educativo y la tasa de ocupación en mujeres, se estima que el costo per cápita que afronta una mujer que fue madre en la adolescencia (es decir, su costo de oportunidad) fue de USD 573 en el año 2018 (Ilustración 8).

8 Ilustración 8: Costo estimado per cápita de la brecha educativa.



Fuente y elaboración: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

Teniendo en cuenta la población de mujeres que fueron madres en la adolescencia en los seis países de América Latina y el Caribe, se estima que el costo total de la brecha educativa, es decir, el costo de oportunidad del EA y la MT sobre la educación, es de USD 2,860,960,562. En la tabla 1 se presentan los valores desagregados por país.

1 Tabla 1: Costo estimado total de la brecha educativa.

Países	Costo de oportunidad total de la educación
Guatemala	\$55,079,664
Ecuador	\$59,626,358
Paraguay	\$96,403,412
Argentina	\$288,097,299
Colombia	\$755,036,404
México	\$1,606,717,425
TOTAL	\$2,860,960,562

Fuente: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

Es importante señalar que el embarazo en la adolescencia y los resultados educativos suelen estar estadísticamente relacionados, puesto que, en países en desarrollo muchos factores actúan simultáneamente sobre los dos (Aurino, Behrman, Mary, & Schott, 2017). De acuerdo con la evidencia empírica por el lado de los determinantes del EA, la educación es un factor protector ante posibles embarazos en dicha etapa, dado que las adolescentes con mayor tiempo de permanencia en la institución educativa tienen asociadas menores tasas de embarazo y, adicionalmente, quienes tienen mayor grado educativo en su adolescencia, tienen menor probabilidad de ser madres (Rodríguez-Vignoli & Cavenaghi, 2014).

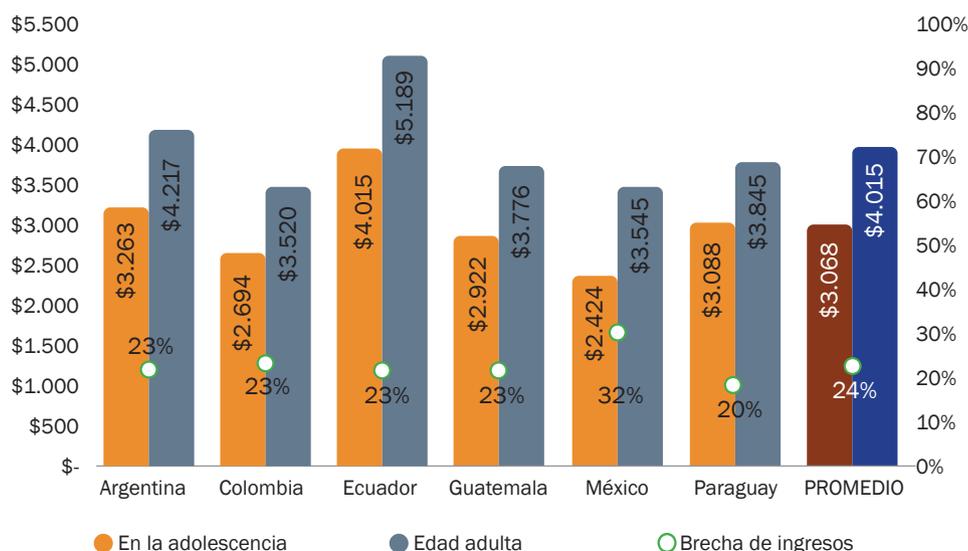
Por el lado del estudio de las consecuencias del embarazo adolescente, Berthelon, Kruger, & Eberhard (2017) y Berthelon & Kruger (2014) aportan evidencia sobre la causalidad entre el embarazo adolescente y la educación en Chile. En su estudio muestran que la maternidad en la adolescencia tiene efectos negativos sobre los logros educativos, más específicamente, reduce la probabilidad de completar la educación secundaria entre un 18% y un 37%. A su vez, este efecto es mayor en los hogares de menores ingresos y menores niveles educativos. En Colombia, estudios similares evidencian que el embarazo y la maternidad adolescente disminuyen la probabilidad de permanencia en el sistema educativo en 14 y 8.8 puntos porcentuales respectivamente (Londoño & Sánchez, 2016).¹⁰

En base a esto y a las diferentes referencias bibliográficas consultadas, se puede afirmar que las brechas obtenidas en la dimensión de educación para los seis países de la primera fase de implementación de Milena se alinean con los resultados obtenidos en los estudios recientes.

1.2. Consecuencias del EA y la MT sobre los ingresos laborales

Los resultados de la aplicación de Milena en los diferentes países muestran que existen diferencias entre los ingresos laborales de las mujeres que fueron madres en la adolescencia y aquellas que decidieron postergar su maternidad a la vida adulta. De esta forma, para todos los países se observaron de manera consistente brechas de ingresos entre los dos grupos de mujeres que fueron madres. Se observó que los ingresos laborales de las mujeres del Grupo 1, es decir, de las que fueron madres en la adolescencia son, en promedio, un 24% inferiores a los de las mujeres del Grupo 2. Esto se traduce en que, mientras que las mujeres de este último grupo tuvieron un ingreso anual promedio de USD 4015, el de las del Grupo 1 fue de USD 3068. Esta brecha es una de las más estables y consistentes entre los países estudiados, ya que Argentina, Colombia, Ecuador y Guatemala coinciden en brechas del 23% y México y Paraguay presentaron brechas de 32% y 20% respectivamente. En la Ilustración 9 se presenta el ingreso laboral de las mujeres según la edad a la que fueron madres.

¹⁰ En una línea de investigación complementaria, está la exploración novedosa de los factores del nivel macro relacionados con el EA, realizada por Avellaneda & Dávalos (2017), quienes encuentran que los países de América Latina y el Caribe que han adoptado legislaciones sobre la educación sexual integral, la anticoncepción de emergencia y el aborto tienen menores tasas de embarazo en la adolescencia.



Fuente y elaboración: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

A partir de estos datos, se puede estimar la brecha de ingresos generada por la diferencia entre ambos grupos. Para eso se parte del supuesto de que toda la población específica de mujeres que fueron madres en la adolescencia está en edad de trabajar¹¹ y se contempla la tasa de ocupación¹² en mujeres para cada país. Como resultado, se estima que la brecha de ingresos tiene un costo per cápita de USD 948 y un costo total de USD 5,091,144,338. Los resultados por país se presentan en la Ilustración 10 y posteriormente, el costo de oportunidad total del ingreso laboral en la Tabla 2.

Tabla 2: Costo estimado total de la brecha de ingresos laborales.

Países	Costo de oportunidad total del ingreso laboral
Paraguay	\$97,147,328
Ecuador	\$131,951,572
Guatemala	\$152,189,819
Argentina	\$359,769,400
Colombia	\$1,241,020,684
México	\$3,109,065,535
TOTAL	\$5,091,144,338

Fuente: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

11 Cabe recordar que como población de estudio se seleccionan las mujeres que, al año de la encuesta (o censo) tienen entre 20 años y la edad de jubilación.

12 Las tasas de ocupación en la población de mujeres son: Argentina: 0.43; Colombia: 0.59; Ecuador: 0.32; Guatemala: 0.27; México: 0.58; Paraguay: 0.61. En todos los países el año de referencia es 2018, exceptuando Ecuador y Paraguay, donde se trabajó con datos de 2017.



Fuente y elaboración: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

Ya que son escasos los estudios sobre las consecuencias del EA y la MT en los ingresos laborales de las mujeres, y para este tipo de exploración se utilizan encuestas de hogares o encuestas del mercado laboral -como correspondió en la implementación de Milena-, las estimaciones presentadas son indirectas. Sobre este último punto, se puede afirmar que las limitaciones de los datos de las encuestas existentes comprometen un mejor conocimiento sobre las relaciones entre fecundidad y sus consecuencias laborales (Gammage, Joshi, & Rodgers, 2020).

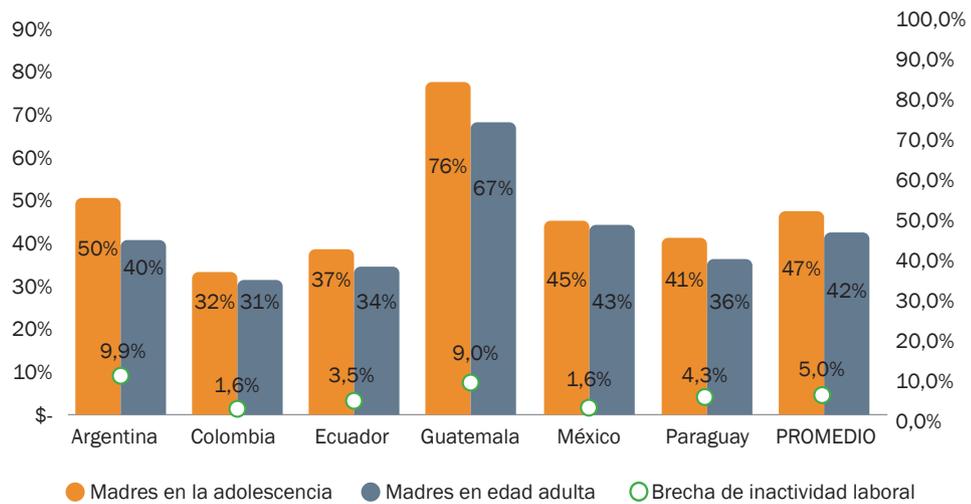
1.3. Consecuencias del EA y la MT sobre la participación laboral

En esta dimensión se miden las consecuencias del EA y la MT sobre los niveles de desempleo (desocupación) e inactividad en el mercado laboral remunerado. A pesar de que se obtuvieron diferencias entre los dos grupos según la edad a la que fueron madres, sus magnitudes son menores a las obtenidas en las dimensiones expuestas anteriormente.

En cuanto a la inactividad en el mercado laboral remunerado, si bien se encontró que tanto las mujeres que fueron madres en la adolescencia como quienes decidieron postergar su maternidad a la vida adulta se encuentran considerablemente afectadas por la inactividad laboral, las primeras (Grupo 1), son quienes tienen más comprometida su participación en el mercado de trabajo. Mientras que las mujeres que fueron madres en la adolescencia registraron una tasa de inactividad del 47%, esta fue de 42% para quienes fueron madres adultas, lo cual se traduce en una brecha relativa del 5%. Aquí cabe aclarar que estos altos niveles de inactividad en el mercado laboral remunerado tienen su contracara en la alta carga de Trabajo Doméstico No Remunerado (TDNR) sobre las mujeres. En la Ilustración 11 se presentan los resultados por país de la inactividad laboral según la edad en que las mujeres fueron madres.

11

Ilustración 11: Inactividad según la edad a la que fueron madres

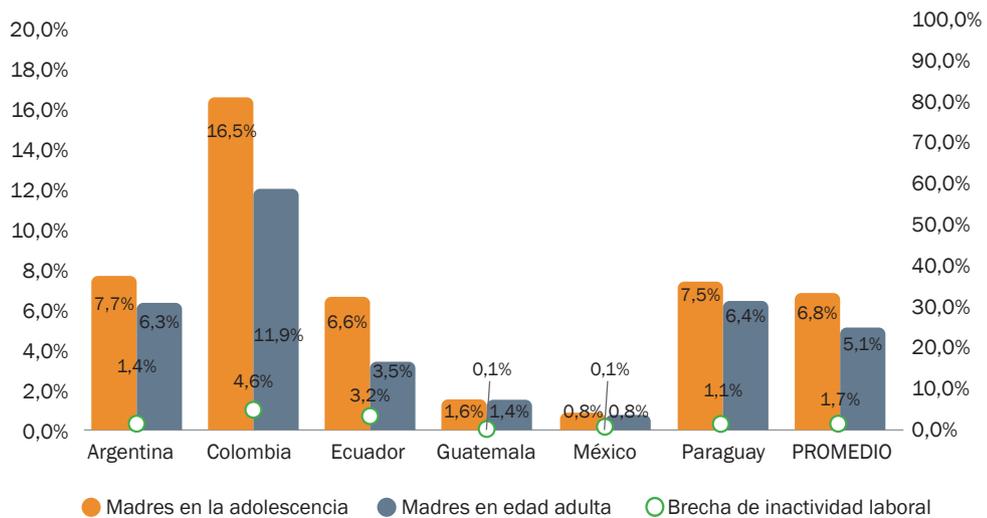


Fuente y elaboración: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

A su vez, Milena estimó las tasas de desempleo según la edad en que las mujeres fueron madres. Tal como se observa en la ilustración 12, a pesar de las diferencias en las metodologías de medición de este fenómeno en cada país¹³, de manera regular se identificaron brechas entre los dos grupos. La brecha promedio fue de 1.7% entre las mujeres que fueron madres en la adolescencia y quienes fueron madres en edad adulta.

12

Ilustración 12: Desempleo según la edad a la que fueron madres



Fuente y elaboración: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

13 La heterogeneidad de las fuentes de datos y sus métodos de medición del desempleo (desocupación) generan altas diferencias en las tasas entre países, lo que representa una barrera a la comparabilidad entre países.

Teniendo en cuenta la población en edad de trabajar, la población económicamente activa y la tasa de ocupación, el costo de la participación laboral para una mujer que fue madre en la adolescencia es de USD 295 anuales (Ilustración 13).

13

Ilustración 13: Costo estimado per cápita de la brecha de participación laboral.



Fuente y elaboración: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

Por otro lado, el costo total de la brecha de participación laboral para el total para la población de mujeres de los seis países del estudio es de USD 1,002,242,880 por año (Tabla 3).

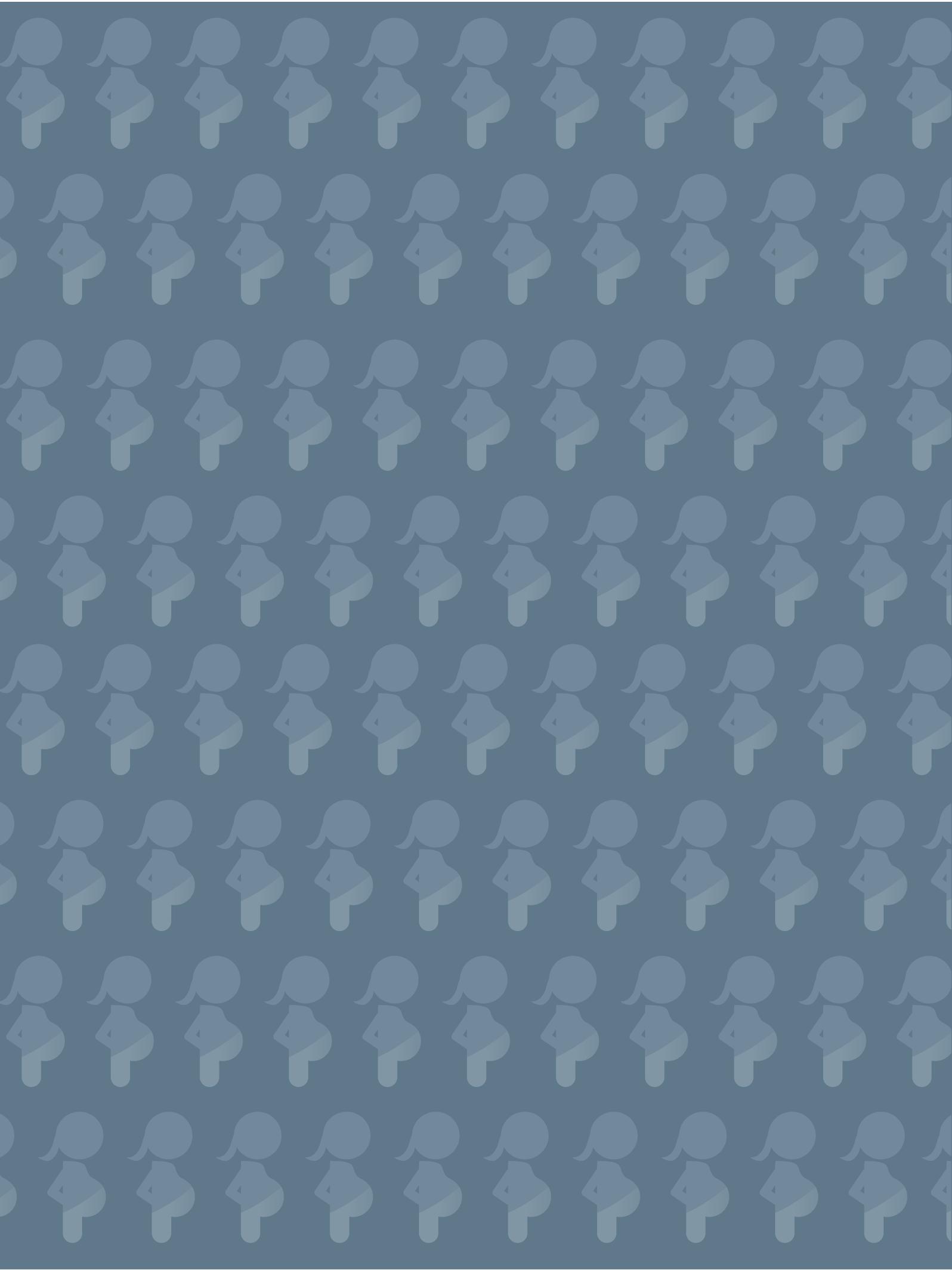
3

Tabla 3: Costo estimado total de la brecha de participación laboral.

País	Costo de oportunidad total de la brecha de participación laboral
Paraguay	\$28,012,965
Ecuador	\$54,813,427
Guatemala	\$58,159,790
México	\$164,550,286
Argentina	\$207,982,690
Colombia	\$488,723,722
TOTAL	\$1,002,242,880

Fuente: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

A partir de la información presentada, se puede concluir que el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana afectan directamente el bienestar y el desarrollo de las mujeres en América Latina y el Caribe, quienes ven perjudicado su desarrollo educativo, sus ingresos y su participación en el mercado laboral. A continuación, se analizará cómo impacta este fenómeno sobre el Estado.



Sección 2.

Consecuencias del embarazo en la adolescencia sobre la recaudación y gastos del Estado



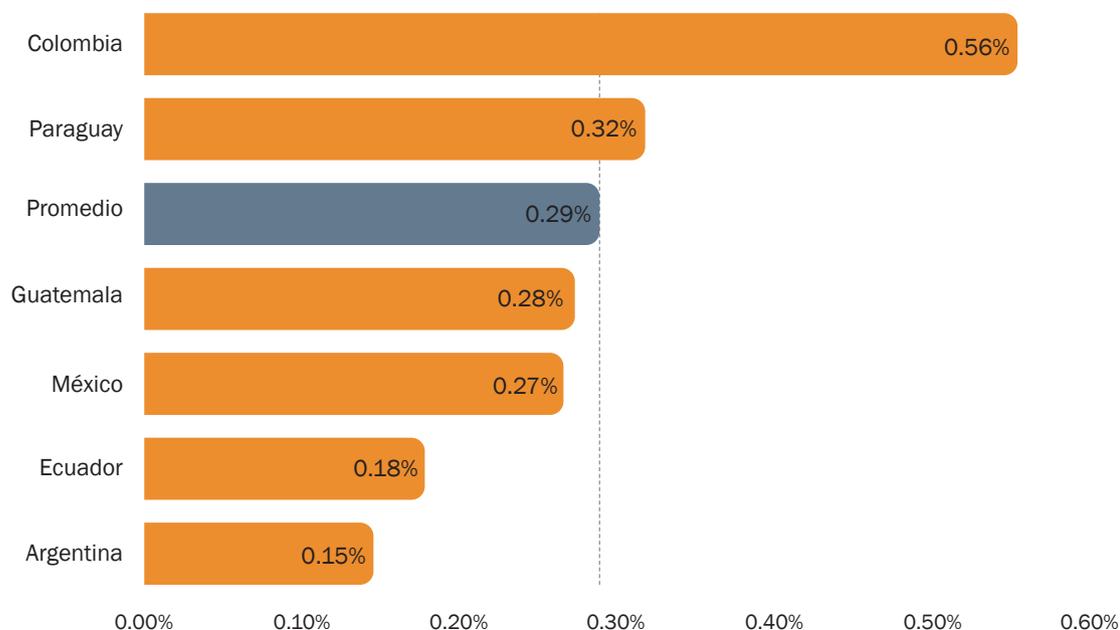
1.4. Consecuencias del EA y la MT sobre la actividad productiva y el recaudo del Estado

El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana no solo tienen efectos a nivel individual, sino también colectivo. Esto se puede medir a partir de estimar la renuncia que implican estos eventos en términos de recaudación fiscal del Estado. Para esto se calcula el *costo de la actividad productiva*, entendida como la suma de dos dimensiones:

- (I) el costo del EA y la MT sobre la participación laboral.
- (II) el costo del EA y la MT sobre los ingresos fiscales.

En cuanto a la primera dimensión, se estima que una mujer que fue madre en la adolescencia enfrenta un costo de USD 1242 anuales por su participación laboral disminuida (según datos correspondientes al año 2018) (Tabla 4), lo que, en términos del Producto Interno Bruto (PIB), varía desde los valores 0.15% en Argentina, 0.18% en Ecuador, 0.27% en México, 0.56% en Colombia y 0.32% en Paraguay (Ilustración 14).

14 Ilustración 14: Costo total de la actividad productiva (empleo y actividad) como porcentaje del PIB.



Fuente y elaboración: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

4

Tabla 4: Costo de oportunidad per cápita de la actividad productiva

País	Valor
Paraguay	\$976
Colombia	\$1,117
México	\$1,180
Guatemala	\$1,180
Promedio	\$1,242
Argentina	\$1,489
Ecuador	\$1,511

Fuente: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

Para estimar el impacto del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana sobre la recaudación fiscal, se toman como referencia los costos generados por la disminución de la recaudación del Estado a partir de los impuestos sobre las rentas (ISR, también conocido como *imporenta* o impuesto a las ganancias de las personas físicas) y los impuestos al valor agregado (IVA, también conocido como *impoconsumo*).¹⁴ De esta forma, con base en los niveles de ingreso de la población de interés y las estructuras escalonadas de los impuestos sobre las rentas en los países del estudio, se estimó el efecto del recaudo no percibido por este gravamen a causa de los ingresos disminuidos, del desempleo y de la inactividad de quienes fueron madres en la adolescencia.

El monto gravado por el Impuesto al Valor Agregado (IVA) varía según el país de referencia, por lo que para realizar el estudio fue necesario contemplar su variación por país. En la Tabla 5 se presenta el porcentaje correspondiente al IVA en los diferentes países de estudio. Para cada caso, estos fueron los valores utilizados para estimar el recaudo no percibido por este impuesto¹⁵.

5

Tabla 5: Impuesto al consumo o Impuesto al Valor Agregado (IVA) en países de estudio

País	Valor
Argentina	21%
Colombia	19%
Ecuador	12%
Guatemala	12%
México	16%
Paraguay	10%

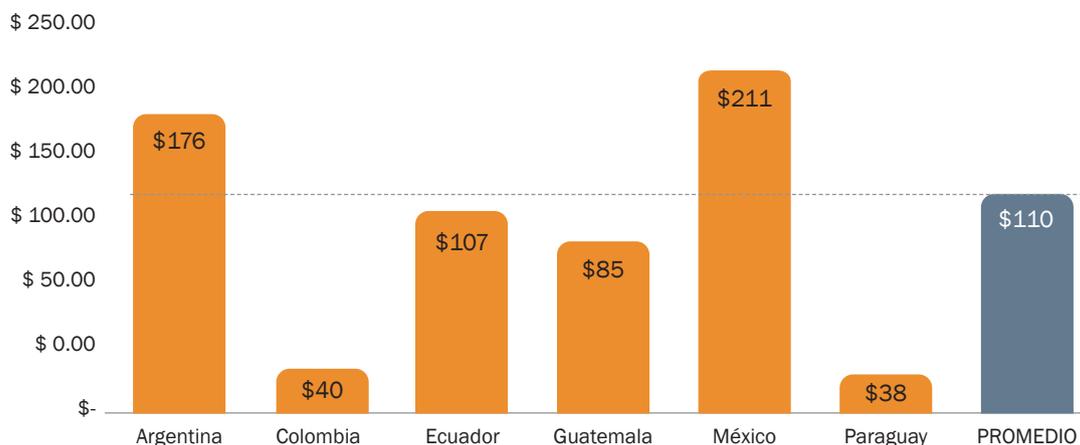
Fuente: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

14 En esta versión de Milena solo se tienen en cuenta los impactos sobre los impuestos de IVA e ISR. No se tienen en cuenta otros impuestos o contribuciones, como son las contribuciones a los sistemas de seguridad social en salud y pensiones que existen en algunos países de LAC ni tampoco incluye impuestos sobre los bienes personales, sobre las transacciones financieras, sobre los ingresos brutos, sobre los bienes muebles e inmuebles; entre otros.

15 En el Anexo 1 se pueden ver las tablas con datos correspondientes al Impuesto sobre las rentas personales en cada país de estudio.

A partir de los cálculos realizados por Milena, se estimó que el promedio del recaudo que deja de percibir el Estado por cada mujer que fue madre en la adolescencia es de USD 110 anuales (Ilustración 15).

15 Ilustración 15: Ingreso fiscal per cápita no percibido por impuestos de IVA e ISR.



Fuente y elaboración: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

En total, el recaudo total que dejaron de percibir los seis países del estudio fue de USD 746,118,322 en 2018, el 56% por concepto de IVA y el 44% por concepto de ISR. Los resultados desagregados por país se presentan en la Tabla 6.

6 Tabla 6: Recaudación no percibida estimada por IVA e ISR.

País	Recaudo
Paraguay	\$4,853,925
Ecuador	\$9,585,687
Guatemala	\$19,134,823
Colombia	\$60,520,522
Argentina	\$66,438,967
México	\$585,584,398
Total	\$746,118,322

Fuente: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

1.5. Consecuencias del EA y la MT sobre los costos en salud

Desenlaces de salud pública con relevancia social

En América Latina y el Caribe, las adolescentes y especialmente las menores de 15 años tienen los mayores riesgos de mortalidad materna, generalmente asociados a complicaciones en el embarazo y en el parto (Conde-Agudelo, Belizán, & Lammers, 2005). Por esta razón, la “Estrategia Mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente, 2016-2030”, propuesta por la OMS, recomienda acciones encaminadas a reducir la mortalidad prevenible, puesto que buena parte de las complicaciones del embarazo se pueden manejar con atención de calidad.

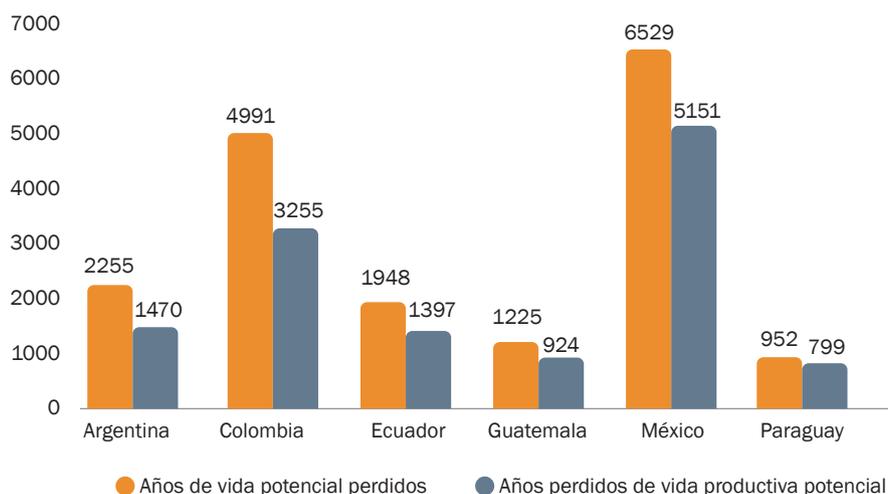
En línea con esta evidencia y estrategias de acción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, los indicadores que la metodología Milena se propuso recolectar son: la razón de mortalidad materna en adolescentes (RMMA), sobre la cual se construyen los años de vida potencial perdidos (AVP) y los años perdidos de vida productiva potencial (AVPP). En la Tabla 7 se presenta la razón de mortalidad materna en adolescentes según cada país estudiado.

7 **Tabla 7: Razón de mortalidad materna en adolescentes**
(número de defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos)

País	Valor
Argentina	32
Colombia	64
Ecuador	10
Guatemala	103
México	30
Paraguay	42

Fuente: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

De acuerdo con los Sistemas de Estadísticas Vitales de los países del estudio, en promedio, cada año mueren 47 mujeres de entre 10 y 19 años durante el embarazo, parto o posparto. Estas muertes maternas de adolescentes también implican costos de oportunidad para la sociedad, pues, como muestran los indicadores de los Años AVP y los AVPP (teniendo presente la esperanza de vida al nacer en mujeres y las edades de inicio y retiro de la actividad laboral), cada país perdería 2984 AVP y 2166 AVPP, en promedio, a raíz de la muerte materna en adolescentes (Ilustración 16).



Fuente y elaboración: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

Atenciones en salud de los embarazos adolescentes

El objetivo de esta dimensión de la metodología Milena es aproximarse al gasto público que los países invierten o destinan a la atención de los embarazos, partos y recién nacidos de madres adolescentes. Si en la Sección 2.1 nos aproximamos al recaudo que el Estado dejó de percibir como consecuencia de las disminuciones en la actividad productiva, el empleo y los ingresos de las mujeres –debido al truncamiento de oportunidades y capacidades que el embarazo adolescente pudo implicar en sus trayectorias de vida–, en esta sección nos aproximaremos a otro costo de omisión: el gasto en salud en que incurren los países al no lograr prevenir efectivamente los embarazos no intencionados en adolescentes.

Para estas estimaciones, la metodología Milena se soportó en el “RH Costing Model”, que es un modelo de estimación de costos en salud sexual y reproductiva desarrollado por Weissman, Saltner, & Friedman (2008) para Unfpa y que fue aplicado en el estudio de El Salvador (Unfpa, 2017). Este modelo se propuso como un referente para las implementaciones en los países, teniendo en cuenta que cada país podría tener variaciones, en línea con su guía, protocolo o esquema de atención del embarazo y el parto. De acuerdo con el “RH Costing Model”, se toman las siguientes categorías de análisis:

- Cuidados prenatales, durante el parto y el posparto
- Partos
- Intervenciones por recién nacido
- Complicaciones obstétricas
- Otras afecciones de la maternidad

La metodología de costeo en cada país tuvo que adaptarse según la precisión y especificidad de la información disponible. En el caso de Argentina, fue posible implementar un microcosteo para 18 líneas de cuidados definidas y, dentro de estas, se identificaron las prácticas, prestaciones e insumos mínimos para su atención sanitaria, indicando la naturaleza de las prácticas, las cantidades y las tasas de uso. En los casos de Colombia, Ecuador, México

y Paraguay se aplicó un macrocosteo o método “de arriba hacia abajo”, que permitió estimar el costo promedio de los servicios, correspondientes al gasto operativo generado por la producción de servicios brindados por el proveedor de servicios de salud (hospital o clínica). Estos gastos incluyen el costo del recurso humano, medicamentos, insumos y otros gastos, según se especifique en cada país¹⁶. En el caso de Guatemala se lograron recabar los principales rubros del gasto en la atención del embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido a partir de la información dispuesta por el Ministerio de Finanzas, mientras las frecuencias de las atenciones se identificaron a partir de la información brindada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Dado lo anterior, las diferentes metodologías implementadas no permiten una comparación homogénea de los resultados obtenidos, por lo que estos se presentarán de manera independiente para cada país. A su vez, resulta necesario tener en cuenta que, si bien se implementaron diferentes metodologías de costeo, en todos los casos se estimaron las atenciones para el sector o componente público de los respectivos sistemas de salud. En la Tabla 8 se muestra el resumen de los partos atendidos por dicho sector en cada país, mientras que en la Tabla 9 se presenta la cantidad de nacimientos de mujeres adolescentes de 10 a 19 años en 2018.

8

Tabla 8: Partos de adolescentes atendidos por el sector público de los sistemas de salud.

País	Parto único espontáneo	Parto único por cesárea	Otros partos únicos asistidos	Parto múltiple	Total Partos
Argentina	67,030	16,758			83,788
Colombia ¹⁷	3,226	1,252	295	4	4,523
Ecuador	42,927	18,978	-	-	61,905
Guatemala	53,623	20,196	-	554	74,373
México	269,655	27,658	4,077	243	301,634
Paraguay	7,222	5,009			12,231

Fuente: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Guatemala, México y Paraguay.

Tal como se observa, en números totales, México es el país que más ha atendido partos de adolescentes en el sector público, seguido por Argentina y Guatemala. A su vez, tal como se observa en la Tabla 9, México es el país con mayor población femenina de entre 10 y 19 años, con casi 11 millones, seguido por Argentina con casi 3 millones y medio.

¹⁶ El macrocosteo no suele incluir los costos de capital vía la depreciación de la infraestructura y los equipamientos.

¹⁷ Los partos reportados corresponden a la información de un conjunto de Empresas Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo, conocido como “EPS de selección”. Por tanto, esta información corresponde a un segmento específico de un esquema de aseguramiento en salud, cuya cobertura se estima en una cuarta parte de la población total afiliada al sistema de salud colombiano.

País	Nacimientos	Población femenina 10 -19 años
Argentina	108,955	3,481,152
Colombia	128,665	4,053,917
Ecuador	61,905	1,519,217
Guatemala*	74,373	1,877,239
México	359,813	10,988,585
Paraguay*	19,099	658,327

Fuente: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Guatemala, México y Paraguay. Los nacimientos se basan en los Sistemas de Estadísticas Vitales de cada país. La población femenina se basa en United Nations, DESA, Population Division (2019). World Population Prospects (2019).

*Año: 2017.

1.5.1. El embarazo en la adolescencia en Argentina¹⁸

El Estado argentino incurre en gastos cuantiosos para atender el embarazo, parto, puerperio y los recién nacidos de las madres adolescentes a través de los servicios brindados por el Sistema Público de Salud. Según el microcosteo realizado, se estima que este subsistema destinó **USD 200,520,723 para la atención sanitaria del embarazo adolescente en 2018.**

De ese total, USD 70,043,302 se destinaron a la atención y cuidado de los partos y cesáreas de las adolescentes, estimados en 83.788 casos anuales (67.030 partos vaginales y 16.758 cesáreas). Estas atenciones incluyen los cuidados de rutina durante el período prenatal, el parto y el puerperio, y también de los recién nacidos. Por otra parte, se estima que el Estado gastó USD 12.7 millones para la atención ambulatoria de los problemas de salud que se presentan en los embarazos de las adolescentes, como la anemia aguda, la hipertensión y la diabetes gestacional, entre otros. Adicionalmente, se destinaron otros USD 18 millones para atender las complicaciones obstétricas que enfrentan las adolescentes embarazadas y que requieren internación, como los abortos y las amenazas de parto prematuro, entre otras. Por último, el sistema de salud público gastó cerca USD 40 millones para la atención de los recién nacidos (RN) de madres adolescentes que nacen con bajo peso y con otras complicaciones neonatales como malformaciones, RN deprimidos graves, casos de aspiración de meconio o infección neonatal precoz, entre otros.

Estas estimaciones indican que si el Estado argentino continuara los esfuerzos que viene realizando desde 2017 a través de la implementación del Plan de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA), además de reducir el EA -y lo que esto implica para los derechos y el desarrollo humano de las mujeres y el impulso a su potencial productivo-, también lograría ahorrar una magnitud importante de recursos fiscales a partir de la disminución del embarazo no intencional en la adolescencia. De esta forma, si se tiene en cuenta que el 70% de los nacidos vivos de las adolescentes entre 15 y 19 años y el 80% de los nacidos vivos de las niñas entre 10 y 14 años son fruto de embarazos no intencionales, el Estado podría ahorrar cerca de 140 millones de dólares al año mediante la prevención de estos embarazos, lo que equivale a ocho veces lo que se invierte en el Plan ENIA¹⁹.

18 Las siguientes secciones del gasto en la atención en salud del embarazo y el parto en adolescentes, están basadas en los Informes de Milena de cada país.

19 UBA-Unicef (2019) estima que los costos explícitos del Plan ENIA ascienden a \$670 millones de pesos al año (USD 17,7 millones), lo que arroja una relación costo-beneficio del Plan muy positiva desde la perspectiva de los recursos invertidos y el ahorro fiscal que generan los embarazos no intencionales prevenidos.

1.5.2. El embarazo en la adolescencia en Colombia

En el caso de Colombia, la información recopilada corresponde a un conjunto de Empresas Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo, conocido como “EPS de selección”. Así, esta información corresponde a un segmento específico de un esquema de aseguramiento en salud, cuya cobertura se estima que es una cuarta parte de la población total afiliada al sistema de salud colombiano.

Según las estimaciones, **ese segmento destinó USD 4,076,560 por la atención del embarazo en adolescentes en 2018**, incluyendo los cuidados prenatales, los partos, los cuidados posnatales y del recién nacido. De ese total, el 48% se invirtieron en los cuidados prenatales y durante el parto (cuidados prenatales, hipertensión durante el parto y cuidados después del parto), el 41% se destinó a la atención de los 4523 partos²⁰ y el presupuesto restante se destinó a complicaciones obstétricas (6%), otras afecciones de la maternidad (5%) y las intervenciones por recién nacido (0.05%), las cuales suman el 11,25% del gasto en la atención del embarazo adolescente de las EPS de selección del régimen contributivo.

Si se asume que alrededor del 71.7% de los nacimientos de las adolescentes entre 10 y 19 años fueron resultado de embarazos no intencionados²¹, un programa de prevención efectiva podría llegar a generar un ahorro de esa proporción en el sistema de salud por la atención del embarazo, parto y posparto en adolescentes. Así, dentro del segmento específico del sistema de salud que aquí se abordó, se podrían haber generado hasta USD 2,922,894 de ahorros, los cuales, se podrían reinvertir en el mismo programa de prevención del EA.

1.5.3. El embarazo en la adolescencia en Ecuador

En 2018, Ecuador destinó un **gasto de USD 76,904,366 para la atención en salud de los embarazos de niñas y adolescentes de entre 10 y 19 años**, de acuerdo con los datos oficiales del Ministerio de Salud Pública. El 75% de este gasto (USD 58,053,612) correspondió a la atención de 61,905 partos de adolescentes, de los cuales 42,927 fueron partos vaginales y 18,978 fueron cesáreas. Los cuidados prenatales concentraron el 23% del gasto (USD 18,006,980), el cual se destinó principalmente a la atención de los controles de rigor. Para la atención de complicaciones obstétricas se destinaron USD 695,709 (1% del gasto total), lo que incluyó principalmente atenciones de la eclampsia o preclamsia grave, la sepsis puerperal y la hemorragia, tanto antes como después del parto. Si bien también se realizaron otras atenciones como las intervenciones del recién nacido y la atención de otras afecciones de la maternidad, estas tuvieron un gasto menor al 0.2% del total.

Entre el total de embarazos en adolescentes, el Estado debe enfocar sus esfuerzos en prevenir aquellos que se identifican como no intencionados. Si se asume que como mínimo el 71.7% de los nacidos vivos de las adolescentes entre 10 y 19 años fueron resultado de embarazos no intencionados²², se tiene que el Estado ecuatoriano podría haber ahorrado al menos USD 55,136,191, los cuales se podrían reinvertir en la estrategia o plan de prevención de embarazos adolescentes.

20 Dentro de la atención a partos, se distingue entre el 66% destinado a la atención del parto único espontáneo, seguido por el 28% destinado al parto por cesárea.

21 Se asume una tasa de embarazos no intencionados de 71.7% (Bearak, Popinchalk, Alkema, & Sedgh, 2018). A falta de una tasa de embarazos no intencionados específica para la población adolescente en Colombia, se asumió la tasa estimada para las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) en Suramérica. No obstante, se reconoce que la tasa en adolescentes puede ser mayor, especialmente en el caso de embarazos en niñas o adolescentes de entre 10 y 14 años, los cuales son considerados como resultado de abuso sexual o estupro.

22 Se asume una tasa de embarazos no intencionados de 71.7% (Bearak, Popinchalk, Alkema, & Sedgh, 2018). A falta de una tasa de embarazos no intencionados específica para la población adolescente en Ecuador, se asumió la tasa estimada para las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) en Suramérica. No obstante, se reconoce que la tasa en adolescentes puede ser mayor.

1.5.4. El embarazo en la adolescencia en Guatemala

Según datos del 2018, **los servicios públicos de Salud de Guatemala destinaron USD 21,545,379²³ para la atención del embarazo y el parto en adolescentes en 2018**, sin incluir el gasto en la atención de cesáreas. De este total, USD 4,250,154 se destinaron a la atención de los partos vaginales y USD 9,088,275 se destinaron a la atención de las intervenciones por recién nacido, lo que incluye los cuidados de rutina, los casos de sepsis, asfixia y bajo peso al nacer. A su vez, se destinaron USD 8,206,950 a la atención de los cuidados prenatales, lo que incluye el tratamiento de la anemia aguda y la hipertensión durante el embarazo.

Asumiendo que la tasa de embarazos no intencionados en adolescentes es de 60.3%²⁴ el sistema de salud guatemalteco pudo haber ahorrado 12,9 millones de dólares a partir de una prevención efectiva del embarazo en adolescentes.

1.5.5. El embarazo en la adolescencia en México

Se estima que **en 2018 los servicios públicos de salud de México destinaron USD 305,891,932 para la atención del embarazo y el parto en adolescentes**, incluyendo los cuidados prenatales, intervenciones por recién nacido y complicaciones obstétricas, además de la atención misma del parto. De los 359,813 partos de niñas y adolescentes de entre 10 y 19 años que el país registró en 2018, las instituciones del sector público²⁵ atendieron el 84%, que corresponde a 301,634 nacimientos, para los cuales se destinaron USD 76,633,782. De estos 301,634 nacimientos, 269,221 (89%) fueron atendidos como partos vaginales, 27,224 (9%) fueron partos por cesárea y cerca de 5189 (1.8%) fueron atendidos como Otros partos únicos asistidos, Partos únicos por fórceps o ventosa obstétrica y Partos múltiples.

Para la cobertura de los Cuidados prenatales y durante el parto se destinaron USD 93,083,050, rubro que incluye el tratamiento de la anemia aguda y la hipertensión durante el embarazo. A su vez, se destinaron USD 128,220,101 para Intervenciones por recién nacido, los cuales se invirtieron en los Cuidados de rutina del recién nacido (49%) y en la atención del Bajo peso al nacer (51%).

En la atención de las complicaciones obstétricas se invirtieron USD 6,890,340, lo que incluye la atención de la ruptura de membranas antes del parto, el parto prolongado por más de 18 horas, la hemorragia antes o después del parto, la sepsis puerperal y la eclampsia o preclampsia grave. Por último, se destinaron USD 1,064,660 para la atención de las otras afecciones de la maternidad, lo que cubre la atención de la Mastitis y la Infección del tracto urinario.

Adicional a los nacimientos atendidos en el sector público, de los 359,813 nacimientos de niñas y adolescentes entre 10 y 19 años que el país registró en 2018, en las unidades médicas del sector privado se atendieron 52,497 partos (15%), para los cuales destinaron USD 93,908,847. De esta cifra, USD 62,407,216 correspondieron a los servicios médicos durante el parto y USD 31,501,631 a los servicios médicos y medicamentos durante el embarazo.

Si se asume una tasa de embarazos no intencionados en adolescentes de 69.1%²⁶, esta es la proporción del gasto que el sector público del sistema de salud mexicano podría evitarse con una prevención efectiva del embarazo en

23 Los gastos reportados corresponden a los grandes rubros, de acuerdo con la información del Ministerio de Finanzas Públicas (Minfin). Algunas limitaciones en el acceso a información más detallada no facilitaron la construcción de un macrocosteo o un microcosteo.

24 Este valor corresponde a la tasa de embarazos no intencionados en Centroamérica para mujeres en edad fértil (15 a 49 años) (Bearak et al., 2018).

25 Como servicios públicos de salud se entienden los siguientes: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Issste), IMSS-Oportunidades, Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de Defensa Nacional (Sedena), Secretaría de Marina (Semar), Secretaría de Salud; entre otros.

26 Se asume una tasa de embarazos no intencionados de 69.1% (Bearak, Popinchalk, Alkema, & Sedgh, 2018). A falta de una tasa de embarazos no intencionados específica para la población adolescente en México, se asumió la tasa estimada para las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) de América Latina y el Caribe. No obstante, se reconoce que la tasa en adolescentes puede ser mayor.

adolescentes. De esta forma, frente a los 305 millones de dólares del gasto del sector público, se podrían haber ahorrado cerca de 211 millones de dólares.

1.5.6. El embarazo en la adolescencia en Paraguay

En el año 2017 nacieron 19,099 hijos de mujeres de entre 10 y 19 años en Paraguay, según información del Sub-sistema de Información de Estadísticas Vitales (Ssiev). De estos nacimientos, 12,231 fueron atendidos en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), para lo cual se destinó un gasto de USD 6,707,859, incluyendo, además de la atención de los partos, los Cuidados prenatales, las Complicaciones obstétricas y las Atenciones al recién nacido. Los demás nacimientos fueron atendidos en establecimientos del sector privado (3495), en el Instituto de Previsión Social (1853), en otros subsectores del sistema de salud (688) y en el domicilio (306).

Los USD 6,707,859 destinados por el MSPyBS para la atención del embarazo en adolescentes, representan un mínimo del costo por embarazo total, ya que los datos oficiales no revelan otros costos asociados, como medicamentos, asistencia psicológica, transporte, y otros que son asumidos por la embarazada o sus familiares.²⁷ De ese gasto total, USD 4,247,703 (63%) fueron destinados a la atención de los partos: USD 2,182,239 para la atención de partos únicos por cesárea y USD 2,065,464 para la atención de partos únicos espontáneos (vaginales). La segunda categoría de atenciones con mayor destinación fueron las Intervenciones por recién nacido, en la que se invirtieron USD 1,820,695, lo que incluyó los Cuidados de rutina del recién nacido y la Sepsis/infecciones del recién nacido. Para la atención de los Cuidados prenatales, las Complicaciones obstétricas y las Otras afecciones de la maternidad -como la mastitis y la Infección del tracto urinario- se destinaron USD 406,052, USD 223,557 y USD 9852, respectivamente.

Así, asumiendo una tasa de embarazos no intencionados en adolescentes de 71.7%, esta es la proporción del gasto que el sector público del sistema de salud paraguayo podría evitarse con una prevención efectiva del embarazo en adolescentes. Por ello, frente a los 6.7 millones de dólares del gasto de los establecimientos de salud del MSPyBS, este se podría llegar a ahorrar cerca de 4.8 millones de dólares.

27 Entre las distintas metodologías para la determinación de costos en salud, el estudio Milena Paraguay utilizó el “costo operativo ex post”, el cual implica determinar los recursos humanos, medicamentos e insumos y otros costos operativos utilizados por los establecimientos de salud del Estado, en el periodo considerado; sin incluir los “costos de capital” vía el cálculo de depreciación de la infraestructura y los equipamientos.

Conclusiones y recomendaciones

Las mujeres que experimentaron un embarazo en su adolescencia –entre los 10 y 19 años–, tienen asociados perfiles de menores logros educativos, menores ingresos y menor participación laboral a lo largo de su trayectoria de vida adulta –entre los 20 años y su edad de jubilación o retiro laboral–. Esta es la conclusión principal sobre las consecuencias del EA sobre la sociedad, de acuerdo con la implementación de la metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay.

Las principales consecuencias sobre el Estado son, por un lado, menor recaudo tributario (como resultado de la disminución en la actividad productiva) y por el otro, mayor gasto en salud (por la atención de los embarazos en adolescentes). Estas consecuencias sobre el Estado son costos que el mismo debe asumir por la omisión o falta de una prevención efectiva de los embarazos no intencionados en adolescentes, los que constituyen un 70% del total. A continuación, se detallan las conclusiones principales para cada dimensión.

Educación

- En promedio, mientras el 18.6% de las mujeres que fueron madres en la primera década de edad adulta (Grupo 2) alcanzaron algún nivel de educación terciaria²⁸, solo el 6.4% de quienes fueron madres en la adolescencia (Grupo 1) alcanzaron este nivel. Esto se traduce en una brecha de educación terciaria de 12,2%, en promedio. Esta brecha es estable y consistente entre los países del estudio: Argentina (11.3%), Colombia (14.7%), Ecuador (12.2%), Guatemala (6.9%), México (15.5%) y Paraguay (12.6%).
- Teniendo en cuenta las brechas educativas entre los dos grupos, los ingresos medios por nivel educativo y la tasa de ocupación en mujeres, el costo per cápita que afrontó una mujer que fue madre en la adolescencia, fue de USD 573 en el año 2018.²⁹
- Teniendo en cuenta la población de mujeres que fueron madres en la adolescencia en los seis países, el costo total del EA y la MT debido a la brecha educativa (costo de oportunidad del EA y la MT sobre la educación) se estima en USD 2,860,960,562.

Ingresos laborales

- Se evidenció que los ingresos laborales de las mujeres del Grupo 1 son, en promedio, un 24% inferiores a los de las mujeres del Grupo 2, puesto que, mientras que las mujeres de este último grupo tuvieron un ingreso anual promedio de USD 4015, en las del Grupo 1 el promedio fue de USD 3068. Esto evidencia una brecha de ingresos que afecta a las mujeres que fueron madres en la adolescencia y que resultó ser la más estable y consistente entre los países. Las cifras para Argentina, Colombia, Ecuador y Guatemala coinciden con un valor de 23%, mientras que México y Paraguay presentaron brechas de 32% y 20% respectivamente.

28 Comprende educación terciaria de ciclo corto, terciaria de grado (licenciatura) y terciaria de posgrado (especialización, máster, maestría o doctorado).

29 Formalmente se conoce como costo de oportunidad del EA y la MT en el logro educativo.

- Partiendo del supuesto de que toda la población específica de mujeres que fueron madres en la adolescencia está en edad de trabajar³⁰ y de las tasas de ocupación en mujeres correspondientes³¹ a cada país, se estima que esa brecha de ingresos tiene un costo de USD 5,091,144,338.

Participación en el mercado laboral remunerado (desempleo e inactividad)

- Si bien existen diferencias en el acceso al mercado laboral remunerado entre las mujeres que fueron madres en la adolescencia y las que decidieron postergar su maternidad a la vida adulta, las magnitudes de la brecha entre las dos fueron menores a las obtenidas en las dimensiones anteriores.
- Si bien tanto las mujeres del Grupo 1 como las del grupo Grupo 2 se vieron afectadas por la inactividad laboral, quienes experimentaron el embarazo en la adolescencia fueron quienes se vieron más perjudicadas. Mientras las mujeres que fueron madres en la adolescencia mostraron una tasa de inactividad del 46.8%, quienes lo fueron en la vida adulta presentaron una tasa de 41.9%, lo que se traduce en unas brechas absoluta y relativa de 4.9% y 11.5% respectivamente. Aquí cabe aclarar que estos altos niveles de inactividad en el mercado laboral remunerado están estrechamente relacionados con la alta carga de Trabajo Doméstico No Remunerado (TDNR) que asumen las mujeres en general y, más aún, cuando experimentan el embarazo temprano.
- A pesar de las diferencias en las metodologías de medición del desempleo en cada país³², se identificó una brecha relativa de 31.1% entre el desempleo de las mujeres que fueron madres en edad adulta y quienes lo fueron en la adolescencia, siendo estas últimas las más afectadas por el desempleo.
- Teniendo en cuenta las poblaciones en edad de trabajar, la económicamente activa y la tasa de ocupación, el costo de la participación laboral disminuida para una mujer que fue madre en la adolescencia es de USD 295 anual y el costo total para la población de mujeres de los seis países del estudio fue de USD 1,002,242,880.

Costos de omisión: recaudo tributario no percibido

Tal como se mencionó anteriormente, el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana tienen consecuencias sobre la participación de las mujeres en el mercado laboral y sobre sus ingresos. Esto perjudica directamente el consumo y las rentas de las mujeres que tienen hijos siendo niñas o adolescentes. Dichos costos se miden a través del costo total de la actividad productiva, entendido como la suma del costo de los ingresos disminuidos con el costo de la participación laboral disminuida. A partir de este cálculo, se estima que una mujer que fue madre en la adolescencia enfrentó, en 2018, un costo de USD 1243 anuales, el equivalente al 0.29% del PIB, en promedio.

Las mujeres no son las únicas perjudicadas frente a esta situación, ya que el Estado y la sociedad en su conjunto se ven perjudicados frente a una reducción del recaudo tributario que trae aparejada la disminución en la participación laboral y en los ingresos de las mujeres. Se estima que el recaudo que deja de percibir el Estado por impuestos sobre las rentas (ISR, también conocido como imporenta o impuesto a las ganancias de las personas físicas) e impuestos al valor agregado (IVA, también conocido como impoconsumo), es de USD 110 por cada mujer que experimentó un embarazo en la adolescencia. En total, el recaudo que dejan de percibir los seis países del estudio es de USD 746,118,322 de 2018, el 56% por concepto de IVA y el 44% por concepto de ISR.

30 Cabe recordar que, de acuerdo con el diseño del estudio, como población de estudio se seleccionaron las mujeres que, al año de la encuesta (o censo) tienen entre 20 años y la edad de jubilación.

31 Las tasas de ocupación en la población de mujeres son: Argentina: 0.43; Colombia: 0.59; Ecuador: 0.32; Guatemala: 0.27; México: 0.58; Paraguay: 0.61. En todos los países el año de referencia es 2018, exceptuando Ecuador y Paraguay, donde se trabajó con datos de 2017.

32 La heterogeneidad de las fuentes de datos y sus métodos de medición del desempleo (desocupación) generan altas diferencias en las tasas entre países, lo que representa una barrera a la comparabilidad entre países.

Costos de omisión: gastos en salud

El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana también generan gastos en salud que podrían ser ahorrados a partir de la creación y/o profundización de políticas públicas destinadas a prevenir efectivamente los embarazos no intencionados en adolescentes.

En los países de estudio, el costo de la atención del parto único espontáneo o natural y del parto único por cesárea es de USD 679 y USD 997, respectivamente –sin incluir los cuidados prenatales y del posparto, las atenciones del recién nacido, ni las complicaciones obstétricas–.

En general, de acuerdo con los partos atendidos, las categorías de atención asociadas y sus costos, el gasto total del sector público varió entre 6.7 y 305 millones de dólares. Teniendo en cuenta las altas tasas de embarazos no intencionados en adolescentes, dichos gastos se podrían haber reducido entre el 60% y el 72% si se hubiese logrado prevenir de forma efectiva este fenómeno. En la Tabla 10 se presentan los gastos en salud y los gastos evitables por la prevención efectiva de los embarazos no intencionados.

10

Tabla 10: Gastos en salud y gastos evitables por prevención efectiva.

País	Gasto del sector público en la atención del EA ¹	Gasto evitable con prevención efectiva de embarazos no intencionados en la adolescencia	Tasa de embarazos no intencionados en la adolescencia
Argentina	\$ 200,520,723	\$ 140,364,506	70.0%
Colombia ²	\$ 4,076,560	\$ 2,922,894	71.7%
Ecuador	\$ 76,898,454	\$ 55,136,191.34	71.7%
Guatemala	\$ 21,545,379	\$ 12,991,863	60.3%
México	\$ 305,891,932	\$ 211,371,325	69.1%
Paraguay	\$ 6,707,859	\$ 4,809,535	71.7%

2. Los gastos no son comparables, en sentido estricto, dado que cada país los estimó con una metodología y no en todos los casos se incluyeron las mismas categorías de atenciones.

3. La información recopilada en Colombia corresponde a un conjunto de Empresas Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo, por tanto, corresponde a un segmento específico de un esquema de aseguramiento en salud, cuya cobertura se estima en una cuarta parte de la población total afiliada al sistema de salud colombiano.

Fuente: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Guatemala, México y Paraguay

Impacto global del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana

Sintetizando los resultados obtenidos, el impacto global³³ del embarazo en la adolescencia se estima en 0.35% del PIB (promedio simple de países de estudio) y va desde el 0.22% del PIB, en el caso de Argentina, hasta el 0.58%, en el caso de Colombia. Se concluye también que, de manera consistente en todos los países, el mayor impacto es sobre los ingresos laborales de las mujeres, debido a las brechas de ingresos existentes entre quienes fueron madres en la adolescencia y quienes decidieron postergar su maternidad a la vida adulta (Tabla 11).

33 Como impacto global se entienden los impactos sobre la sociedad y el Estado, incluyendo todas las dimensiones, excepto la de educación, ya que sus efectos se capturan desde la dimensión de los ingresos laborales.

Impacto sobre:	Dimensión	Argentina	Colombia	Ecuador	Guatemala	México	Paraguay
Sociedad (mujeres que fueron madres en la adolescencia)	Educación	\$288	\$755	\$60	\$55	\$1,607	\$96
	Ingresos laborales	\$360	\$1,241	\$132	\$152	\$3,109	\$97
	Participación laboral	\$208	\$489	\$55	\$58	\$165	\$28
Estado	Recaudo tributario	\$66	\$61	\$10	\$19	\$586	\$5
	Gastos en salud	\$201	\$4	\$77	\$22	\$306	\$7
Impacto global		\$835	\$1,794	\$273	\$251	\$4,165	\$137
PIB Nominal		\$385,479	\$311,317	\$104,296	\$76,252	\$1,222,503	\$39,015
Impacto global como % del PIB		0.22%	0.58%	0.26%	0.33%	0.34%	0.35%

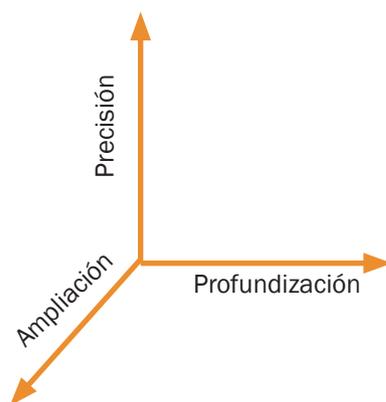
Fuente: Elaboración propia con base en estudios Milena en Argentina, Colombia, Guatemala, México y Paraguay. Las cifras están presentadas en moneda dólar estadounidense, según la cotización de 2018.

Lecciones aprendidas y recomendaciones

La información que se presenta en este informe busca ser un aporte a la generación de conocimiento para contribuir a una sociedad más justa, donde todas las niñas y adolescentes de la región tengan garantizados sus derechos y gocen de una vida plena y segura. Al igual que en cualquier estudio de fenómenos sociales, el estudio del embarazo en la adolescencia resulta complejo y multidimensional. Por ello, la metodología Milena no solo busca respuestas, sino que también parte de la creación de preguntas que denuncien las desigualdades e injusticias en la región. A partir de la implementación en los seis países de LAC, surgen las siguientes interrogantes sobre las consecuencias del embarazo en la adolescencia en la sociedad y el Estado:

- ¿Cómo se ven afectadas las contribuciones o aportes a los sistemas de salud y sistemas pensionales (jubilaciones) por los ingresos disminuidos y la menor participación laboral de las mujeres que experimentaron un EA?
- Si los dos grupos de mujeres, según la edad a la que experimentaron el embarazo, tienen asociados altos niveles de inactividad laboral, ¿cómo se relaciona esto con las cargas de Trabajo Doméstico No Remunerado (TDNR)? ¿Quiénes experimentaron el EA afrontan mayores cargas de TDNR?
- ¿Qué parte de los perfiles de menor nivel educativo, menores ingresos y participación laboral se debe al EA y qué parte se debe a condiciones preexistentes de pobreza y vulnerabilidad?

Consolidando estas preguntas que emergen a raíz de los resultados de la implementación de la metodología Milena, esbozamos los próximos pasos por donde se podría orientar el estudio de las consecuencias del EA y la MT. Estos pasos pueden enfocarse en profundizar las dimensiones ya abordadas, ampliar el abordaje a nuevas dimensiones o en dar mayor precisión en la causalidad entre los factores asociados al EA (Ilustración 17).



Para *profundizar* en la dimensión fiscal, se plantea la necesidad de evaluar sus consecuencias sobre las contribuciones a sistemas sanitarios y pensionales. Por otro lado, para *ampliar* los alcances actuales del estudio del EA, se propone explorar las relaciones entre dicho fenómeno y el TDRN, lo cual daría una mirada más completa sobre las consecuencias en la actividad de las mujeres – tanto en el mercado laboral remunerado, como en las labores de cuidado y del hogar–. Por último, para tener más *precisión*, se piensa en aplicar modelos de inferencia causal, los cuales brindarían mayor precisión sobre los efectos e impactos del EA y permitiría discernir con especificidad qué parte de los perfiles de menores logros socioeconómicos se le pueden adjudicar a este fenómeno y qué parte se explicaría por las condiciones de vida preexistentes.

Sección 3.

Consecuencias socioeconómicas adicionales que la pandemia de Covid-19 genera sobre el embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe



En los capítulos anteriores se presentaron las consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana en diferentes países de la región. Sin embargo, la situación global actual requiere incorporar nuevas perspectivas que den cuenta del reordenamiento de las dinámicas de fecundidad adolescente actuales. El impacto de la pandemia de coronavirus sobre la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe es mayor para las niñas y adolescentes que para las mujeres adultas. A las ya existentes dificultades que sufren para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva que se adecuen a sus necesidades (Usaid, 2009), ahora se suman los derivados de la situación de crisis. A partir de que el pasado 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara la pandemia por Covid-19, los sistemas de salud global se vieron obligados a reorganizar sus servicios, infraestructura, recursos humanos e insumos con el fin de abocarse a dar respuesta a un nivel de demanda sin precedentes (Unfpa, 2020). Mientras que algunos establecimientos de salud se encuentran cerrados y/o han limitado sus servicios, los servicios ambulatorios en los niveles primarios y secundarios se han visto fuertemente restringidos. Aquellos que continúan abiertos han visto afectada la cadena de suministros, lo que deriva en disminución de la disponibilidad de métodos anticonceptivos e insumos para la salud sexual y reproductiva (ARF, 2020; Unfpa, 2020).

A su vez, las mujeres tienen más riesgo de ser afectadas por las consecuencias derivadas de la pandemia del coronavirus ya que constituyen la mayoría de los trabajadores de la salud, representando alrededor del 70% (OMS, 2020).

Por otro lado, y como una forma de enfrentar la crisis sanitaria, los países han implementado medidas de confinamiento que restringen la circulación y el transporte público dificultando el acceso geográfico a los centros de salud. Esta situación aumenta las posibilidades de exposición a situaciones de violencia sexual y abuso en el ámbito intrafamiliar, ya que muchas niñas y adolescentes se ven obligadas a convivir con aquellos que perpetúan los abusos sin la posibilidad de recurrir a instituciones de contención intermediarias, tales como escuelas, clubes, o centros sociales. A su vez, las medidas de confinamiento afectan de forma directa a las mujeres, especialmente a aquellas con niños, niñas y personas dependientes a cargo, ya que suelen ser ellas quienes se ocupan de las tareas del hogar y de cuidado.

Considerando que el embarazo en niñas y adolescentes está fuertemente relacionado con la desigualdad y contemplando los efectos de la crisis sanitaria actual, es posible inferir un aumento en la cantidad de embarazos en adolescentes en América Latina y el Caribe, un continente signado por la desigualdad social. En este contexto, se espera que el Covid-19 tenga consecuencias socioeconómicas tanto para las madres adolescentes y sus familias como para la sociedad en su conjunto (Sachs, 2020; Unfpa, 2020).

El objetivo de este documento es analizar los posibles impactos derivados del Covid-19 sobre el embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe al mes de julio 2020, incluyendo sus consecuencias económicas. Para eso, se revisaron trabajos académicos e informes técnicos de organismos públicos nacionales, regionales e internacionales, incluyendo literatura gris, donde se abordan los posibles impactos de la Pandemia por Covid-19 sobre el embarazo adolescente. Se establecieron dos hipótesis de impacto del Covid-19 sobre el embarazo adolescente:

1. Las dificultades y barreras en el acceso a los anticonceptivos y servicios de salud sexual y reproductiva podrían aumentar la tasa de embarazo y maternidad adolescente en la región.
2. Las medidas de confinamiento aumentan la exposición a situaciones de violencia sexual y abuso en el ámbito intrafamiliar.

A continuación, se analizan estas dos hipótesis para luego proponer una cuantificación de la cantidad de embarazos en adolescentes que podrían ser registrados en América Latina y el Caribe frente a esta situación, así como de sus costos sociales.

I. Dificultades y barreras en el acceso a los métodos anticonceptivos y servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia por Covid-19

Los servicios de salud sexual y reproductiva y el suministro gratuito de métodos anticonceptivos se han visto afectados debido a las medidas de confinamiento y restricción de circulación impuestas por la mayoría de los países durante la pandemia por Covid-19 (Riley, Sully, Ahmed, Z. & Biddlecom, 2020; Sociedad Española de Contracepción, 2020; Unfpa, 2020). Lo anterior provocará consecuencias a corto, medio y largo plazo sobre la población tales como: embarazos no intencionales, aumento del embarazo en niñas y adolescente, aumento de infecciones de transmisión sexual (ITS), abortos inseguros y mayor morbilidad y mortalidad materna.

Las situaciones de crisis sanitaria tienden a exacerbar aún más las ya existentes inequidades en el acceso a los servicios de salud basadas en el género y otras desigualdades de tipo sociales, económicas e incluso culturales (Zampas, 2020). De acuerdo con datos de Unfpa (2014), en la región el 62% de las mujeres entre 14 y 48 años desea evitar un embarazo. En América Latina y el Caribe, aun habiendo mejorado el acceso a los anticonceptivos en los últimos años, la necesidad insatisfecha en el acceso continúa siendo alta. Las proyecciones de Naciones Unidas para inicios de 2020 estimaron que 19.720.000 mujeres no conseguían acceder a métodos anticonceptivos modernos. Cabe destacar también que la disponibilidad de estos productos en los sistemas de salud se producía de forma irregular incluso antes de la crisis sanitaria actual (Martich, 2018).

En el caso particular de los y las adolescentes, a las barreras de acceso a los anticonceptivos tradicionales, se le agregan otras como los impedimentos legales para entregar anticonceptivos a menores de edad (Unfpa, 2017) y cuestiones culturales (Unfpa y Pathfinder, 2012), lo que dificulta aún más la situación y representa un importante desafío para los sistemas de salud. El 11% de todos los nacimientos en el mundo se producen en jóvenes de entre 15 y 19 años. Según datos de la Organización Mundial de la Salud publicados en 2020, cada año 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años y 2 millones de niñas menores de 15 años, se convierten en madres en países de ingresos bajos y medios. Estos últimos (los embarazos en menores de 15 años) se producen principalmente de forma forzosa y como consecuencia de violencia sexual, según información emitida por la organización “Alianza por la solidaridad” (2020). **En América Latina y el Caribe, el embarazo en jóvenes entre 15 y 19 años asciende a 19% a nivel regional** y con importantes variaciones entre los países (Zampas, 2020).

América Latina y el Caribe registra un mayor impacto del Covid-19 en el acceso a los anticonceptivos en comparación con el resto de las regiones. Frente a esta situación, Unfpa, junto con Avenir Health, la Universidad Johns Hopkins (Estados Unidos) y la Universidad de Victoria (Australia) ha evaluado el impacto del virus sobre la salud reproductiva a nivel global. Se ha estimado que 47 millones de mujeres discontinuarán el uso de anticonceptivos generando 7 millones de embarazos no deseados en 114 países en desarrollo.

A nivel de América Latina y el Caribe, donde el confinamiento es más largo (en países como Argentina y Panamá ha superado los 100 días) y las consecuencias económicas del Covid-19 más profundas, un estudio regional de Unfpa identificó la discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos modernos de 3,9 millones de usuarias por dificultades para acceder desde el sector de salud privado y la de 13,1 millones por desabastecimiento de los servicios públicos (Unfpa, 2020). Esto genera un total de 17 millones de usuarias que discontinúan este tipo de métodos anticonceptivos por causas vinculadas al Covid-19, las que se suman a los 19,7 millones que la División de Población de Naciones Unidas estimaba que tenían necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos modernos. El porcentaje de mujeres de la región con necesidades insatisfechas de acceso a los métodos anticonceptivos retrocederá 27 años, pasando de 11,4% a 16,3% (Unfpa, 2020).

En América Latina, las dificultades en el acceso a los métodos anticonceptivos como consecuencia de la pandemia se producen tanto desde el lado público como desde el sector privado. En el primero por las restricciones en la cadena de suministro, en el segundo (farmacias comerciales) por la caída de ingresos en las fa-

milias. Siguiendo este esquema de análisis adoptado por el informe de Unfpa para la región, se analiza a continuación el impacto diferencial sobre el acceso de las adolescentes a los anticonceptivos en ambas vías de provisión.

El impacto de las restricciones de acceso a la entrega de métodos anticonceptivos en servicios públicos de salud es mayor para las adolescentes que para las mujeres adultas. Por ejemplo, en el mes de abril de 2020 en Bolivia, la entrega de métodos anticonceptivos modernos en servicios públicos de salud se contrajo un 64% para las mujeres de 20 a 24 años, comparado con el mismo mes de 2019. Sin embargo, para las adolescentes de 15 a 19 esa retracción fue del orden del 75%, es decir once puntos porcentuales mayor (Tobar, 2020). El mismo análisis realizado en Guatemala, país que al mes de abril había registrado una leve incidencia del virus, mostró una retracción en la entrega de métodos del orden del 41% para adolescentes en contraste con apenas un 6% para mujeres de 20 a 24 años (Sigsa Mspas, 2020).

El impacto de las restricciones de acceso a la compra de métodos anticonceptivos en farmacias privadas es mayor para las adolescentes que para las mujeres adultas. En los análisis sobre la discontinuidad del uso de anticonceptivos (survival analysis) se ha documentado un mayor riesgo de interrupciones ‘no deseadas’ en usuarias jóvenes y adolescentes. Ese riesgo resulta mayor en métodos modernos de corta duración y es inversamente proporcional a los ingresos familiares (Bradley, Schwandt & Khan, 2009). Entre ocho países analizados, se destaca el caso de Colombia, donde el riesgo de discontinuidad del uso de anticonceptivos resultó tres veces mayor para el grupo de 15 a 24 que para el grupo de 25 a 34 y cinco veces mayor que para el grupo de usuarias de más de 35 años. A su vez, un estudio econométrico basado en información de doce países de América Latina durante cinco años, realizó regresiones múltiples para identificar la elasticidad del consumo de métodos anticonceptivos modernos adquiridos en farmacias privadas frente a diversos indicadores macroeconómicos y sociales (Godoy Garraza, Tobar & Rodríguez Bernate, Forthcoming, 2020). Dicho estudio concluyó que por cada punto porcentual que se incrementa el desempleo, cae dos puntos y medio el consumo de anticonceptivos adquiridos en farmacias, mientras que por cada punto que aumenta la población viviendo con USD 3,2 o menos al día, el consumo se retrae dos puntos. En América Latina y el Caribe hay suficiente evidencia respecto a que la pobreza es mayor en la población adolescente, así como que el desempleo es mayor entre los jóvenes que en la población adulta (OIT, 2020).

II. Las medidas de confinamiento aumentan la exposición a situaciones de violencia sexual y abuso en el ámbito intrafamiliar.

El abuso sexual tiene un peso importante en la tasa de embarazo en la adolescencia y fundamentalmente en el embarazo en niñas (10 a 14 años de edad). Se ha identificado que **la mayor parte de los agresores pertenece al círculo familiar y social cercano** (Clacai, 2019). Aún en los casos en que el embarazo no es producto de violaciones, las trayectorias de estas niñas y adolescentes están marcadas por diferentes tipos de vulneraciones a su integridad sexual y por relaciones de desigualdad de poder (Unicef, 2017).

En América Latina y el Caribe, a pesar de la magnitud de la problemática, existe una enorme complejidad para analizar este asunto por diversas razones: 1) el sub-registro del hecho (las víctimas suelen mantenerlo en secreto o prefieren no denunciar por miedo, vergüenza o desconfianza en las instituciones) (Unicef, 2014), 2) la diversidad de fuentes (estudios específicos, encuestas limitadas por sus propias muestras y datos) e instancias gubernamentales que intervienen en la respuesta multisectorial a la violencia (justicia, salud, género), 3) la propia definición legal de violencia sexual adoptada por los países (las principales divergencias se encuentran en la edad establecida para el consentimiento sexual que varía entre los 13 y 15 años), 4) en el sector salud específicamente, es difícil encontrar registros sistematizados y estadísticas que compilen la incidencia a nivel país. Todo lo anterior dificulta el análisis y comparación a nivel regional (incluso al interior de los propios países) y por eso resulta pertinente hablar de diferentes aproximaciones sobre la prevalencia de abuso sexual (Unicef, 2017).

Tal como se mencionó anteriormente, durante la crisis por Covid-19, una de las medidas ampliamente utilizada para mitigar la pandemia ha sido implementar medidas de confinamiento y restricción a la circulación, las que a su vez

aumentan la vulnerabilidad y el riesgo de sufrir violencia sexual y de género, repercutiendo negativamente sobre la tasa de embarazo no deseado. Considerando que América Latina y el Caribe es la región del mundo más peligrosa para las mujeres, sólo superada por países en situaciones de conflicto armado o guerra, el escenario resulta alarmante. A lo anterior se debe agregar que 8 de cada 10 agresiones son perpetradas por parejas o ex parejas de la víctima, es decir, dentro del círculo próximo, incluso en el propio hogar (FIO, 2019). De prolongarse el confinamiento durante 6 meses, podrían producirse 31 millones de casos de violencia de género en el mundo. Además, por cada 3 meses de confinamiento adicionales, podrían producirse 15 millones de casos adicionales de violencia de género (Unfpa, 2020).

En América Latina, las víctimas de violencia sexual encuentran barreras para acceder a métodos de anticoncepción de emergencia (incluso prohibida en algunos países, como Honduras) o a una interrupción legal del embarazo, lo que podría derivar en embarazos no deseados en adolescentes y niñas (Unfpa, 2020).

En el contexto de emergencia sanitaria generada por el Covid-19, a medida que avanzaban los días de confinamiento, se produjo un aumento considerable de denuncias de violencia doméstica y violaciones. En la tabla a continuación se presenta la situación respecto al aumento de las denuncias en algunos países de la región:

12 **Tabla 12: Denuncias por violencia de género y violaciones durante el confinamiento en un grupo de países de América Latina.**

País	Situación con respecto a la violencia de género durante el confinamiento
Argentina	Aumentaron un 25% las denuncias de violencia doméstica. Además, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos registró un incremento del 67% en las llamadas de mujeres que piden ayuda en abril de 2020 con respecto al mismo mes del año anterior.
Bolivia	Durante la cuarentena y hasta el 15 de abril de 2020 se registraron 33 casos de violaciones a menores de edad y 1200 casos de violencia contra mujeres.
Brasil	Aumentaron 50% las denuncias por violencia de género.
Colombia	Durante los primeros días de implementada la cuarentena se registró un aumento del 51% de los casos de violencia intrafamiliar.
México	Las denuncias por violaciones pasaron de 2 o 3 a 5 diarias en abril 2020.
Perú	En 15 días de confinamiento se registraron 43 violaciones en las cuales 23 de las víctimas eran niñas (53%).

Fuente: Elaboración propia con base en United Nations (2020)³⁴; Sigal, L.; Ramos Miranda, N.; Martínez, A.; Machicao, M. (2020)³⁵ y ONU Mujeres (2020)³⁶

34 United Nations (2020) Policy Brief: The Impact of Covid-19 on Women. Disponible en: <https://www.unwomen.org//media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406>

35 Sigal, L.; Ramos Miranda, N.; Martínez, A.; Machicao, M. (2020) "Otra pandemia": violencia doméstica aumenta en América Latina durante cuarentena. Buenos Aires, Santiago, Ciudad de México, La Paz: Reuters. Disponible en: <https://lta.reuters.com/articulo/salud-coronavirus-latinoamerica-violenci-idLTAKCN2291KJ-OUSLT>.

36 ONU Mujeres (2020) Prevención de la Violencia contra las mujeres frente a Covid-19 en América Latina y el Caribe. BRIEF v 1.1. 23.04.2020. Disponible en: https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/05/es_prevenccion%20de%20violencia%20contra%20las%20mujeresbrief%20espanol.pdf?la=es&vs=3033

Tal como lo evidencia la información presentada anteriormente, miles de niñas y adolescentes en la región se encuentran expuestas a riesgos cuya incidencia es mayor en el contexto generado por el Covid-19. Frente a esto, será necesario profundizar en el acompañamiento y cuidado de las mujeres para prevenir y denunciar situaciones de violencia de género, abusos a menores y embarazos no deseados en niñas y adolescentes en los próximos meses.

Cuantificación del impacto del Covid-19 sobre el embarazo en adolescentes y sus consecuencias económicas.

Para estimar los embarazos en adolescentes adicionales vinculados al Covid-19 se elaboraron tres escenarios alternativos. En el primero, que es el más conservador, se desestima el análisis presentado anteriormente y las dos hipótesis propuestas sobre el impacto de la pandemia en la salud sexual y reproductiva de las adolescentes en América Latina. En el segundo, escenario moderado, se considera solo la primera hipótesis de impacto asumiendo que las dificultades de acceso a los anticonceptivos serán un 20% mayores para las adolescentes que para las mujeres adultas. En el tercero, escenario extremo, se asume junto con la primera hipótesis, un impacto relacionado con la segunda hipótesis, considerando que se registrará un incremento de un 5% de los embarazos no intencionales en la adolescencia vinculado al incremento de violaciones relacionado con el confinamiento. En la tabla 2 se presentan los tres escenarios asumiendo que la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA) esperada, antes del Covid-19, era de 61 por cada mil niñas de 15 a 19 años para el conjunto de América Latina y el Caribe, el

13 **Tabla 13: Impacto esperado del Covid-19 sobre el embarazo adolescente en América Latina y su costo económico para el Estado y la sociedad**

Escenario	Hipótesis	Cantidad de Embarazos adolescentes incrementales (en miles)	Incremento marginal	TEFA Esperada	Costo social adicional (en U\$S)
Conservador	Las adolescentes registran las mismas restricciones en el acceso que el promedio de las mujeres	418	5%	64	505,780,000
Moderado	Las adolescentes registran un impacto sobre el acceso a los anticonceptivos un 20% superior al promedio	501.6	6%	65	606,936,000
Extremo	Además de mayores restricciones de acceso hay mayor exposición al riesgo de embarazo (5%)	922.6079	11%	68	1,116,355,559

Fuente: Elaboración propia.

equivalente a 8.420.158 nacimientos (Unfpa, 2020).

Para construir el primer escenario, se tomaron como referencia las estimaciones de Unfpa en América Latina y el Caribe, el cual ha estudiado que las interrupciones en el acceso a los servicios de salud (en el canal de provisión público y en el privado) causadas por el Covid-19 ocasionarán al menos 2,2 millones de embarazos no intencionales adicionales, considerando tanto mujeres adultas como adolescentes. Además, según los registros de la División de Población de Naciones Unidas, un 19% de los nacidos vivos en la región son de madres que tienen entre 15 y 19 años. Una proyección lineal sobre ambas cifras indica que habría al menos 418 mil nacidos vivos adicionales de madres adolescentes. Para el segundo escenario se incrementó esa cantidad en un 20%, considerando que, como se analizó en la hipótesis 1, las adolescentes resultan especialmente sensibles a las restricciones de acceso a los anticonceptivos modernos. Para el tercer escenario se agregó a la estimación del segundo escenario un incremento en la tasa de natalidad del orden del 5%, atribuido a la mayor vulnerabilidad de las adolescentes frente a casos de violación sexual en el contexto de confinamiento (hipótesis 2).

Para cuantificar el costo social de los embarazos en adolescentes afectados por el Covid-19, en los tres escenarios se consideró el costo absoluto medio de \$1,210 (valor expresado en dólares americanos de 2018). El mismo contempla tanto los costos para las mujeres que se convertirán en madres tempranas en términos de los ingresos que dejarán de percibir por seguir una trayectoria laboral subóptima (menor nivel educativo, menor participación en el mercado laboral formal y menor nivel de remuneración) como para el Estado en términos de renuncia fiscal. Los valores surgen de considerar los estudios de consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente que aplicó la metodología Milena en seis países de la región. Ese valor contempla un error estándar equivalente a \$101, con un intervalo de confianza del 95% y excluye el gasto médico en atención de la gestación, el parto y el puerperio debido a que se trata de un ítem de gasto que registra muy alta dispersión entre los países y que hace que su extrapolación resulte poco confiable.

Conclusiones

Los impactos globales del Covid-19 en la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes de América Latina y el Caribe solo se podrán dimensionar con precisión una vez que culmine la pandemia. Sin embargo, con la información disponible a la fecha es posible afirmar que las consecuencias sobre la tasa de embarazo en niñas y adolescentes en la región resulta preocupante.

Los efectos de la pandemia de Covid-19 en América Latina sobre el embarazo en la adolescencia se pueden cuantificar en alrededor de medio millón de embarazos adicionales, ocasionando costos sociales por un monto de 606,9 millones de dólares. Esos valores surgen de un escenario moderado y pueden prácticamente duplicarse en un escenario extremo.

En otras palabras, el **Covid-19 representa un retroceso de cinco años en términos de los logros sobre la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente de América Latina y el Caribe, pasando de 61 a 65 nacidos vivos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años.** En el escenario más conservador ese impacto sería equivalente a un retroceso de cuatro años y en el más extremo uno de ocho años.

Por todo lo anterior es fundamental prever posibles formas de enfrentar esto. En la tabla a continuación se presen-

Objetivos	Estrategias
<p>Reestablecer cadenas de suministro para reducir las barreras de acceso a los servicios e insumos para la Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes</p>	<p>Reducir barreras administrativas para el suministro de insumos anticonceptivos, fundamentalmente para la anticoncepción de emergencia;</p> <p>Capacitar a los recursos humanos para un abordaje sensible y “amigable” con las necesidades de salud sexual y reproductiva en adolescentes;</p> <p>Promover mecanismos que salvaguarden el derecho de los y las adolescentes a la intimidad (confidencialidad, consentimiento informado, modelos médicos de atención específicos).</p>
<p>Detección temprana de exposición a situaciones de violencia de género y abuso sexual</p>	<p>Fortalecer el trabajo preventivo desde los servicios primarios de salud (por la posible cercanía que pudieran tener con el contexto de los y las usuarias);</p> <p>Establecer abordajes interdisciplinarios e interinstitucionales entre los sectores de salud, educación, áreas específicas de género y el sector judicial;</p> <p>Reestablecer los programas de Educación Sexual Integral (ESI) en las escuelas desde niveles iniciales.</p>

■ **Fuente:** Elaboración propia.

tan una serie de objetivos y estrategias que los países deberán enfrentar en el medio plazo:

Frente a esto, resulta fundamental visibilizar la problemática social que constituye el embarazo en la adolescencia, así como su potencial aumento como consecuencia de la crisis generada por el Covid-19 en la región. Por esto, resulta imprescindible que se continúe realizando esfuerzos tanto nacionales como regionales para evaluar los efectos de la pandemia sobre la tasa de fecundidad en niñas y adolescentes.

Referencias

Altamirano, A., Pacheco, C., Huelva, L., Sáenz, M., & López, A. (2016). *Embarazo adolescente en Nicaragua: causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente en Nicaragua* (Serie de documentos de trabajo No. 7). Managua. Recuperado de <http://www.funides.com/publicaciones/informe-y-estudios/200-causas-y-consecuencias-economicas-y-sociales-del-e/>

Alianza por la solidaridad (2020) Consecuencias del coronavirus: aumento de embarazos no deseados y violaciones. Recuperado de <https://www.alianzaporlasolidaridad.org/crisis-coronavirus/consecuencias-coronavirus-aumento-embarazos-no-deseados-violaciones>

Articulación Regional Feminista (ARF) (2020) “Los derechos de las mujeres de la región en épocas de COVID-19. Estado de situación y recomendaciones para promover políticas con justicia de género”. *Equipo latinoamericano de justicia y género*. Buenos Aires. Recuperado de <http://www.ela.org.ar/a2/index.cfm?aplicacion=app187&cnl=87&opc=53>

Aurino, E., Behrman, J., Mary, E., & Schott, W. (2017). Education and Adolescent Motherhood: Evidence from Background: Why Adolescent Motherhood? In *Workshop on Demographic Effects of Girls' Education in Developing Countries*. Washington DC: The national academic press. Recuperado de https://sites.nationalacademies.org/cs/groups/dbasssite/documents/webpage/dbasse_181700.pdf

Avellaneda, C. N., & Dávalos, E. (2017). Identifying the Macro-Level Drivers of Adolescent Fertility Rate in Latin America: The Role of School-Based Sexuality Education. *American Journal of Sexuality Education*, 12(4), 358–382. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/15546128.2017.1372830>

Bearak, J., Popinchalk, A., Alkema, L., & Sedgh, G. (2018). Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014. *The Lancet Global Health*, 6(4), e380–e389. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30029-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30029-9)

Berthelon, M., & Kruger, D. (2014). The Impact of Adolescent Motherhood on Education in Chile. *IZA Discussion Paper*, 8072(8072).

Berthelon, M., Kruger, D., & Eberhard, J. (2017). Estimating the effects of teen motherhood in Chile: a family fixed effects approach. *Estudios de Economía*, 44(1), 5–32. Recuperado de <https://doi.org/10.4067/s0718-52862017000100005>

Blanc, A. K., Tsui, A. O., Croft, T. N., & Trevitt, J. L. (2009). Patterns and trends in adolescents' contraceptive use and discontinuation in developing countries and comparisons with adult women. *International perspectives on sexual and reproductive health*, 35(2), 63–71. Recuperado de <https://doi.org/10.1363/ipsrh.35.063.09>

Boniol, M., Mclsaac M., Xu L., Wuliji T., Diallo K., Campbell J. (2019) Gender Equity in the Health Workforce. *Health Workforce Working paper 1, World Health Organization*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-2019.1-eng.pdf>

Bradley, S., Schwandt, H., Khan, S. (2009). Levels, Trends, and Reasons for Contraceptive Discontinuation. DHS Analytical Studies No. 20. Calverton, Maryland, USA: ICF Macro.

- Cepal, & OIJ/Naciones Unidas. (2012). *Juventud y bono demográfico en Iberoamérica*. (CEPAL, Ed.). Santiago de Chile. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1495-juventud-bono-demografico-iberoamerica>
- Céspedes, C., Robles, C. (2016). Niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe. *Serie Asuntos de Género No 133*. N° 133. Recuperado de <https://www.unicef.org/lac/media/6316/file/PDF%20Ni%C3%83%C2%B1as%20y%20adolescentes%20en%20Am%C3%83%C2%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe:%20Deudas%20de%20igualdad.pdf>
- Clacai (2019). Embarazo y maternidad en niñas y adolescentes menores de 15 años. Aportes de evidencias socio-sanitarias y jurídicas en la región. Recuperado de <https://clacai.org/portfolio-item/embarazo-y-maternidad-en-ninas-y-adolescentes-menores-de-15-anos/>
- Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Lammers, C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(2), 342–349. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.10.593>
- Delprato, M., Akyeampong, K., Sabates, R., & Hernandez-Fernandez, J. (2015). On the impact of early marriage on schooling outcomes in Sub-Saharan Africa and South West Asia. *International Journal of Educational Development*, 44, 42–55. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev.2015.06.001>
- Federación Iberoamericana de Ombudsman (2019) *Violencia de Género*. XVII Informe sobre Derechos Humanos. Trama: Madrid.
- Gammage, S., Joshi, S., & Rodgers, Y. van der M. (2020). The Intersections of Women’s Economic and Reproductive Empowerment. *Feminist Economics*, 26(1), 1–22. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/13545701.2019.1674451>
- Godoy Garraza L., Tobar F., Rodríguez Bernate I. (Forthcoming, 2020). Out-of-pocket spending for contraceptives in Latin America. *Sex Reprod Health Matters SRHM* under review.
- Lima, E. E. C., Zeman, K., Sobotka, T., Nathan, M., & Castro, R. (2018). The Emergence of Bimodal Fertility Profiles in Latin America. *Population and Development Review*, 44(4), 723–743. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/padr.12157>
- Londoño, S., & Sánchez, A. (2016). *El Impacto de la Maternidad Adolescente en Colombia: Efectos sobre el mercado laboral y la asistencia escolar a corto plazo*. Universidad EAFIT. Recuperado de https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/11969/Santiago_LondonoMartinez_Andres_SanchezSierra_2016.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Martich, E. (2018) *Acesso a contraceptivos: estratégias políticas e configuração institucional dos sistemas de saúde da Argentina e do Brasil* (Tesis de Doctorado) Universidad Federal Fluminense. Escuela de Servicio Social. Programa de Estudios de Postgrado en Política Social. Brasil. Recuperado de https://www.academia.edu/40289007/ACESSO_A_CONTRACEPTIVOS_estrat%C3%A9gias_pol%C3%ADticas_e_configura%C3%A7%C3%A3o_institucional_dos_sistemas_de_sa%C3%BAde_da_Argentina_e_do_Brasil
- OIT (2020). Informe Mundial sobre el Empleo Juvenil 2020. Tendencias mundiales del empleo juvenil 2020: La tecnología y el futuro de los empleos. Recuperado de https://www.ilo.org/global/publications/WCMS_737662/lang-es/index.htm

- Pardo, I., & Cabella, W. (2018). A Bimodal Pattern in Age at First Birth in Southern Cone. *Population Review*, 57(2), 1–22. Recuperado de <https://doi.org/10.1353/prv.2018.0004>
- Riley, T., Sully, E., Ahmed, Z. & Biddlecom, A. (2020). Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health In Low- and Middle-Income Countries. Institute Guttmacher. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, Volume 46, 2020, p. 73-76. Recuperado de <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2020/04/estimates-potential-impact-covid-19-pandemic-sexual-and-reproductive-health>.
- Rodríguez-Vignoli, J., & Cavenaghi, S. (2014). Adolescent and youth fertility and social inequality in Latin America and the caribbean: What role has education played? *Genus*, 70(1), 1–25. Recuperado de <https://doi.org/10.4402/genus-543>
- Rodríguez Vignoli, J. (2017). *Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas: un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos*. (No. 119). *Población y desarrollo* (Vol. 119). Santiago de Chile. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42511/1/S1700871_es.pdf
- Sachs, J. (2020) How Inequality Fuels COVID-19 Deaths. *Project Syndicate*. Recuperado de <https://www.project-syndicate.org/commentary/inequality-fuels-covid19-mortality-by-jeffrey-d-sachs-2020-06>
- Sistema de Información gerencial de Salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (Sigsa Mspas) (2020) Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guatemala.
- Sociedad Española de Contracepción (2020) Posicionamiento de la Sociedad Española de Contracepción sobre la atención a la Salud sexual y reproductiva durante el estado de Alarma Sanitaria por la pandemia del COVID-19. Recuperado de http://hosting.sec.es/descargas/PosicionamientoSEC_Covid.pdf
- Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., ... Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, 6736(18). Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)
- Tobar, F. (2015). *La anomalía del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <https://lac.unfpa.org/es/publicaciones/anomalías-del-embarazo-adolescente-en-américa-latina-y-el-caribe>
- Tobar, F. (3 de julio de 2020). Impacto del Covid-19 en el acceso a los anticonceptivos [Webinar]. *Impacto de Covid-19 en la salud sexual y reproductiva en Bolivia y América Latina*. Unfpa.
- Unicef (2014). Ocultos a plena luz: un análisis estadístico de la violencia contra los niños. Recuperado de: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/informeocultosbajolaluz.pdf>
- Unicef (2017). Embarazo y Maternidad en adolescentes menores de 15 años. Hallazgos y desafíos para las políticas públicas. Argentina.
- United Nations (2020) Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2020. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Recuperado de: https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.asp

Unfpa & Pathfinder (2012). Introducción de métodos anticonceptivos en la oferta de servicios públicos. Demanda Potencial. Lima 2012. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publicaciones/estudio-introducci%C3%B3n-de-m%C3%A9todos-anticonceptivos-en-la-oferta-de-servicios-p%C3%BAblicos>

Unfpa (2014) Latin America and Caribbean Fact Sheet. Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014. New York: Guttmacher Institute. Recuperado de <http://www.unfpa.org/resources/adding-it-2014-latin-america-and-caribbean-fact-sheet>

Unfpa (2017). Análisis sobre legislaciones y políticas que afectan el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de SSR y VIH en América Latina. Panamá. 2017. Recuperado de <https://lac.unfpa.org/es/publications/an%C3%A1lisis-sobre-legislaciones-y-pol%C3%ADticas-que-afectan-el-acceso-de-adolescentes-y>

Unfpa. (2017). *El costo económico del embarazo en niñas y adolescentes, El Salvador 2017*. Recuperado de [http://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Costo económico del embarazo adolescente_0.pdf](http://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Costo%20econ%C3%B3mico%20del%20embarazo%20adolescente_0.pdf)

Unfpa. (2018). *Estado de la población mundial 2018*. Recuperado de <https://www.unfpa.org/es/swop-2018>

Unfpa (2019). Metodología para Estimar el Impacto Económico del Embarazo y la Maternidad Adolescentes en Países de América Latina y el Caribe – Milena noviembre, 2019. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Panamá

Unfpa (2019). Sistematización de evidencias sobre consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente. Diciembre 2019. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Panamá. Recuperado de: <https://lac.unfpa.org/es/publications/sistematizaci%C3%B3n-de-evidencias-sobre-consecuencias-econ%C3%B3micas-y-sociales-del-embarazo>

Unfpa (2020). Atención en Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar durante la emergencia sanitaria por la COVID-19 en América Latina y el Caribe. *Resumen técnico interno*. Recuperado de <https://lac.unfpa.org/es/publications/atenci%C3%B3n-en-salud-sexual-y-reproductiva-y-planificaci%C3%B3n-familiar-durante-la-emergencia>

Unfpa (2020). Embarazo adolescente y bono demográfico. Septiembre, 2020. Fondo de población de las Naciones Unidas – Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Panamá.

Unfpa (2020). Impacto del COVID-19 sobre el acceso a anticonceptivos en países de América Latina y el Caribe. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Recuperado de https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/factsheet_peru_impacto_del_covid_19_en_el_acceso_a_los_anticonceptivos_2.pdf

Unfpa (2020). Repercusión de la pandemia de COVID-19 en la planificación familiar y la eliminación de la violencia de género, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil. *Nota técnica provisional*. Recuperado de <https://lac.unfpa.org/es/publications/repercusi%C3%B3n-de-la-pandemia-de-covid-19-en-la-planificaci%C3%B3n-familiar-y-la-eliminaci%C3%B3n-de>

Unfpa (2020). State of World population 2020. Recuperado de <https://sites.lumapps.com/a/unfpa/myunfpa/state-of-world-population-2020-against-my-will>

Usaid (2009). Levels, Trends, and Reasons for Contraceptive Discontinuation. *DHS Analytical Studies* N°. 20. Calverton, Maryland, USA: ICF Macro. Recuperado de https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADQ639.pdf

Weissman, E., Saltner, J., & Friedman, H. (2008). Reproductive Health Costing Model Version 3.0. New York.

World Health Organization (2015). *Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM)*. Department of Reproductive Health and Research World Health Organization: Switzerland. Recuperado de <https://doi.org/ISBN9789241508483>

World Health Organization (2020) *El embarazo en la adolescencia*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Zampas, C. (2020) Covid 19: awake-up call to eliminate barriers to SRHR. Sexual and Reproductive Health Matters. Recuperado de <http://www.srhm.org/news/covid-19-a-wake-up-call-to-eliminate-barriers-to-srhr/>



Fondo de Población
de las Naciones Unidas